

Estenosis congénita del esófago. Resolución laparoscópica

Autores: Courel J., Baez J.J.N., Mesples G., Mercado C., Casado R., Rassi R.
Servicio de Cirugía Infantil y Laparoscopia pediátrica
Hospital Infantil de Córdoba
Córdoba, Argentina

Objetivo: La estenosis esofágica debido causa intrínseca es una enfermedad no común que suele presentarse con vómitos y fallo en el crecimiento. Afección extremadamente rara con una incidencia estimada en 1 en 25 mil-50 mil nacidos vivos. El tratamiento inicial consiste usualmente en dilataciones intraluminales, reservándose la Cirugía sólo a aquellas sin respuesta a la misma.

Material y metodos: Paciente de sexo femenino de 1 año y 8 meses de edad. Antecedente de SOB y estrechez de válvula aortica, vómitos persistentes, disfagia progresiva y estancamiento en la progresión del peso desde el 8 mes de vida, peso de 7,600 kg (pc- 3) déficit del 30% , TEGD: esófago a nivel del tercio medio con distal con estrechez persistente de 4 mm de longitud con pasaje de contraste dificultoso por la misma, con estasis de medio de contraste; sugestivo de estenosis esofágica. Fibroesofagoscopia progresa hasta 18 cm de ADS con stop NO pudiendo llegar a estómago. Se programa dilatación con balón ureteral de 7 fr siendo dificultoso franquear la zonaestenótica. Se decide corrección quirúrgica (Resección de estenosis por vía toracoscópica derecha). Se realiza esofagectomía completa y posterior sutura esofágica a puntos separados de pds 5.0 con sonda transanastomotica y drenaje al lecho.

Resultados: Tiempo quirúrgico de 135 minutos. Alimentación al 3 día por sonda. Día 7 nuevo tránsito con buen pasaje de contraste a estómago con escasa fuga a nivel de anastomosis. Día 13 persistencia de la fistula con escaso débito a través de sonda pleural, se comienza con alimentación por vía parenteral. Escasa progresión del peso por lo que el día 23 se realiza gastrostomía laparoscópica y sonda transpilorico. Alta al día 25. Nuevo tránsito al día 30 con cierre completo de la fistula con pequeña zona de estrechez de aproximadamente 2 mm de longitud en zona anastomótica con moderada dilatación prestenótica. Sin fistula. Buen pasaje a estómago. Sin reflujo gastroesofágico. Al mes 3 endoscopia con pasaje aceptable a través de la anastomosis y sin dificultad. Se retira gastrostomía.

Conclusiones: El diagnóstico de la E.C.E es dificultoso y el abordaje terapéutico controversial. Si bien el tratamiento tradicional de esta patología es la dilatación mediante buginaje o balón bajo guía fluoroscópica. El abordaje toracoscópico en nuestra experiencia inicial aparece como una alternativa factible y con buen resultado postquirúrgico.