

Quiste broncogénico de la pared esofágica: un caso inusual de disfagia en un paciente pediátrico

V. Briganti¹, Ph. Molle¹, V. Miele², S. Vallasciani¹, A. Calisti¹

¹Unidad Operativa de Cirugía Pediátrica. ²Departamento de Radiología. Hospital «San Camilo». Forlanini. Roma, Italia.

RESUMEN: El quiste broncogénico es una malformación broncopulmonar del intestino anterior. Su localización en la pared del esófago es una rareza, respecto al hallazgo más común a ese nivel, que es la duplicación esofágica o el leiomioma.

Los autores describen un caso de un quiste broncogénico de la pared esofágica en una niña de 3 años de edad. Se trataba de un caso de disfagia de causa desconocida, en el cual se llegó al diagnóstico mediante endoscopia y una tomografía axial computerizada, después de que en otra institución fueron realizadas dos cirugías antirreflujo que no resultaron satisfactorias y que habían llevado a un empeoramiento de los síntomas, los cuales tampoco desaparecieron después de repetidas dilataciones esofágicas. Con la exéresis completa de la lesión a través de una toracotomía y la restauración de un procedimiento antirreflujo se obtuvo una curación completa con desaparición de los síntomas.

PALABRAS CLAVE: Quiste broncogénico; Esófago; Niño.

INTRAMURAL ESOPHAGEAL BRONCHOGENIC CYST: AN UNUSUAL CAUSE OF DISPHAGIA IN PEDIATRIC PATIENTS. CASE REPORT

ABSTRACT: Bronchogenic cyst a bronchopulmonary foregut malformation. An intramural esophageal localization has rarely been reported in respect to more common esophageal duplications or leiomyoma. The authors describe a case of bronchogenic cyst of the esophageal wall in a 3 years old girl. It was an misdiagnosed cause of dysphagia and was revealed by endoscopy and CT scan after two uneffective antireflux procedures performed in different institutions, which caused a worsening of symptoms. Complete excision of the lesion through a thoracotomic approach and a redo of the antireflux procedure were followed by complete recovery.

KEY WORDS: Bronchogenic cyst; Oesophagus; Children.

INTRODUCCIÓN

El quiste broncogénico (QB) y la duplicación esofágica (DE) tienen como origen embriológico común el intestino

anterior. El QB es más frecuente que la DE y está normalmente localizado en el mediastino posterior, en región para-traqueal, hiliar o pericárdica. La localización intramural esofágica es muy inusual y ha sido raramente descrita.

CASO CLÍNICO

Niña de 3 años de edad que fue ingresada por una disfagia que persistía después de un tratamiento mediante múltiples dilataciones esofágicas; presentaba vómitos post-prandiales y nocturnos, grave epigastralgia y dificultad en la deglución. La paciente había sido ya internada en otra institución con el diagnóstico de reflujo gastroesofágico complicado con síntomas respiratorios, y a la edad de 14 meses, se le había realizado una funduplicatura con la técnica de Nissen por vía laparoscópica. Debido a la presencia de disfagia progresiva en el postoperatorio se realizaron repetidas dilataciones esofágicas que no resultaron eficaces para la resolución del problema. Seis meses más tarde se rehizo la funduplicatura de Nissen, esta vez por laparotomía, la cual no tuvo efecto curativo sobre la disfagia. Después de ser ingresada en nuestro hospital, se realizó una esofagoscopia que reveló a 7 cm por encima del cardias, una estrechez por la presencia de una protuberancia que ocupaba parte de la luz de la víscera (Fig. 1). Después de un esofagograma (Fig. 2a) y una tomografía computerizada (Fig. 2b) se sospechó la presencia de un leiomioma esofágico.

A través de una toracotomía posterolateral en el 5º espacio intercostal, con acceso transpleural, se accedió fácilmente el esófago. Una masa encapsulada de 3x2 cm de diámetro fue disecada de la pared esofágica sin lesionar la mucosa del mismo. El postoperatorio resultó sin complicaciones y la paciente fue dada de alta el quinto día de la operación. El examen histológico mostró un quiste broncogénico congénito tapizado por un epitelio ciliado y con contenido mucoso. La paciente mejoró desde el punto de vista de la disfagia si bien persistió la epigastralgia. Un examen radiológico

Correspondencia: Dr. Vito Briganti, Via Cicerone, 60. 00193 Roma (Italia).

Recibido: Mayo 2002

Aceptado: Junio 2002

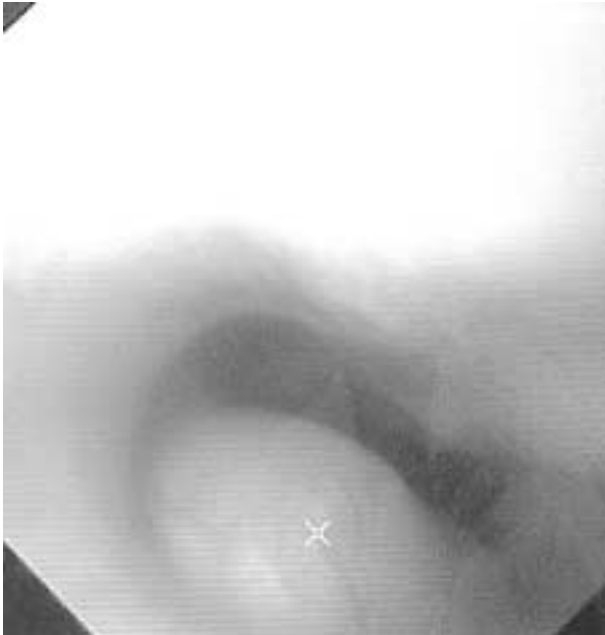


Figura 1. Oclusión parcial de la luz del esófago a 7 cm por encima del cardias debido a la presencia de una masa submucosa (señalada con una cruz).

co demostró un síndrome del estómago pequeño con un retraso en el vaciamiento del mismo. Mediante una nueva laparotomía se procedió a la exploración de la unión gastroesofágica; la precedente funduplicatura que ocupaba dos tercios de la superficie gástrica fue desmontada; se procedió a una esofagocardiomiectomía según Heller, una operación antirreflujo con la técnica de Boix-Ochoa y una piloroplastia de Mickulicz.

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y a los seis meses no se ha registrado reaparición de los síntomas.

DISCUSIÓN

El QB y la DE son parte de un amplio espectro de malformaciones del primordio broncopulmonar del intestino anterior que incluye también el secuestro broncopulmonar y las malformaciones comunicantes del proceso broncopulmonar del intestino anterior^(1,2). El QB y la DE se originan desde procesos aberrantes del intestino anterior primitivo o desde procesos del árbol traqueobronquial. Difieren en la histología, si bien son similares en lo que respecta al cuadro clínico y el diagnóstico⁽³⁾. El QB se caracteriza por estar revestido por un epitelio cilíndrico ciliado, la presencia de tejido cartilaginoso en su pared y su contenido mucoso. La DE se encuentra próxima a la pared esofágica, con una pared constituida por dos láminas musculares y revestida con epitelio estratificado, cilíndrico o pseudoestratificado; es posible su complicación con metaplasia⁽⁴⁾, infección, hemorragia⁽⁵⁾ o perforación.



Figura 2. A: Esófagograma que muestra la estrechez esofágica en el tercio distal (flecha). B: La tomografía axial computerizada revela una masa de alta densidad de la pared esofágica con características de un leiomioma (flecha).

El QB ha sido clasificado como paratraqueal, hiliar, de la carina, pericárdico o paraesofágico; es por esto que su localización intraesofágica, típica de la DE es inusual. La posibilidad de su degeneración y la facilidad de su extirpación quirúrgica son indicaciones para su exéresis completa⁽⁶⁾, aun en casos asintomáticos. El diagnóstico puede ser casual durante una esofagoscopia, o un examen radiológico realizado en un paciente con sospecha de reflujo gastroesofágico. La biopsia endoscópica debe evitarse para reducir el riesgo de una lesión de la mucosa durante la exéresis quirúrgica. La tomografía computerizada⁽⁷⁾ o la ultrasonografía endoscópica⁽⁸⁾ son de rigor para llegar a un correcto diagnóstico diferencial entre una lesión quística y un leiomioma, el tumor benigno más frecuente de la pared esofágica. En una imagen tomográfica el leiomioma tiene una densidad mayor que una lesión quística. La exéresis quirúrgica es terapéutica. Consiste en una completa disección extramucosa del quiste a través de una toracotomía derecha o izquierda; se recomienda esta última en caso de tumor yuxtacardial. En el momento de la operación es importante recordar la cercanía del nervio vago y evitar lesionarlo. Un acceso toracoscópico es posible siempre y cuando lo permitan las características del paciente⁽⁹⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nobuhakara KK, Gorski JC, La Quaglia MP, Shamberger RC. Bronchogenic cyst and esophageal duplications: common origins and treatment. *J Pediatr Surg* 1997;**32**:1408-1415.
2. Gerle RD, Jaretzki A, Ashley CA. Congenital bronchopulmonary foregut malformation: pulmonary sequestration communicating with the gastrointestinal tract. *NEJM* 1968;**278**:1413-1419.
3. Ferguson TB Jr, Ferguson TB. Congenital lesion of the lung and emphysema. En: Sabiston DC, Spencer C. *Surgery of the Chest*, vol. 1, 6th edition. Philadelphia: Saunders, 1992:822-844.
4. Horwitz JR, Lally KP. Bronchogenic and esophageal duplication cyst in a single mediastinal mass in a child. *Pediatr Path Lab Med* 1996;**16**:113-118.

5. Ribet ME, Copin MC, Gosselin BM. Bronchogenic cysts of the lung. *Ann Thorac Surg* 1996;**61**:1636-1640.
6. St Georges R, Deslauriers J, Duranceau A. Clinical spectrum o bronchogenic cysts of the mediastinum and lung in the adult. *Ann Thorac Surg* 1991;**56**:6-13.
7. Suen HC, Mathisen DJ, Grillo HC. Surgical management and radiological characteristics o bronchogenic cysts. *Ann Thorac Surg* 1993;**55**:476-481.
8. Oti DS, Wolfmann NT, Wu WC. Endoscopic ultrasonography of benign esophageal cyst simulating leiomyoma. *J Clin Gastroenterol* 1992;**15**:85-87.
9. Lewis RJ, Caccavale RJ, Sisler GE. Imaged thoracoscopic surgery: a new thoracic technique for resection of mediastinal cyst. *Ann Thorac Surg* 1992;**53**:318-320.