

Estenosis péptica del esófago en el niño

Dres. A. M. Marin, A. Rocca, C. Fraire, S. Takeda, M. Valicenti, J. Ruiz, M.T.G. de Dávila

Servicios de Cirugía General, Gastroenterología y Anatomía Patológica.
Htal. de Pediatría Juan P. Garrahan. Buenos Aires, Argentina.

Resumen

La estenosis péptica esofágica (EP) se produce como resultado del reflujo gastroesofágico (RGE) no controlado. El objetivo de este trabajo es mostrar la experiencia y analizar la evolución de 12 pacientes estudiados y tratados con estenosis péptica, en el Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan, desde 1990 a 1999. La media de edad al diagnóstico fue de 5.5 años (1.4 a 14 años). Nueve fueron varones. Los signos y síntomas fueron: disfagia en el 100% de los casos, vómitos y pirosis en el 91% desnutrición en el 75%; anemia en el 58%; síntomas respiratorios en el 41% y hemorragia digestiva alta en el 16%. El esofagograma mostró estenosis en todos los pacientes. En 8 se observó hernia hiatal (66%) y esofagitis severa en el 83.3%. La Phmetría se realizó en 7 pacientes, y fueron patológicas. Todos los pacientes recibieron tratamiento médico con bloqueantes H2 o inhibidores de la bomba de protones y proquinéticos, soporte nutricional y manejo adecuado de la patología respiratoria. Se efectuaron dilataciones preoperatorias seriadas con intervalos variables, neumáticas, flexibles o rígidas. Luego de obtener un calibre esofágico adecuado y mejoría de la esofagitis, se realizó la cirugía antirreflujo en 11 pacientes, con técnica de Nissen en 360° sin piloroplastia; el restante está a la espera de su mejoría para ser operado. Seis requirieron dilataciones postoperatorias, con buena respuesta en 5. En un niño de 5 años de edad se hizo diagnóstico de esófago de Barrett a los 4 meses de la cirugía antirreflujo. En un paciente con persistencia del reflujo postoperatorio se realizó una operación de Collis-Nissen por acortamiento esofágico y luego requirió resección y anastomosis esofagogastrica. Un paciente no volvió a la consulta. La EP requiere inicialmente tratamiento médico intensivo y dilataciones seriadas. La cirugía antirreflujo puede ser diferida hasta obtener un calibre adecuado y mejoría de la esofagitis. Es recomendable el control endoscópico a largo plazo, dada la posibilidad de complicaciones tardías del RGE como el esófago de Barrett.

Palabras clave: Estenosis péptica del esófago - Reflujo gastroesofágico - Dilatación de esófago - Operación de Nissen.

Summary

Esophageal stricture (ES) can be the result of uncontrolled gastroesophageal reflux (GER). The aim of this study is to show the experience and analyze results of children managed at the Juan P. Garrahan Children's Hospital with esophageal strictures. Between 1988 and 1999 we managed twelve children with esophageal stricture. Median age was 5.5 years (range 1.4 to 14 years), and nine were males. All children developed dysphagia, 91% had vomiting, 75% failure to thrive, 58% anemia, 41% respiratory symptoms and 16% upper gastrointestinal bleeding. Esophagogram was diagnostic in all patients. Eight (66%) had an associated hiatal hernia and 83.3% severe esophagitis. pH studies done in seven children were abnormal in all. All patients were initially managed medically with H-2 blockers, proton inhibitors, prokinetic agents, nutritional support and respiratory therapy. Serial preoperative esophageal dilations (pneumatic, flexible or rigid) were done in all cases. After obtaining an adequate esophageal lumen and improving esophagitis a Nissen fundoplication without pyloroplasty was done in eleven cases. Six children needed postoperative dilatation with adequate response in five. In a five-year old child Barrett's esophagus developed four months after antireflux surgery. Another child with recurrent reflux had a Collis-Nissen procedure due to short esophagus followed by gastro-

esophageal resection and anastomosis. A child was lost to follow-up and another is waiting for surgery. Esophageal strictures require medical treatment and serial dilations initially. Antireflux surgery should be done when esophagitis is controlled and an adequate esophageal lumen is obtained. Long term endoscopic surveillance is needed due to the possibility of developing Barrett's epithelial changes.

Index Words: Esophageal stricture - Gastroesophageal reflux - Esophageal dilatation - Nissen fundoplication.

Resumo

A estenose péptica esofágica (EP) é resultante de um refluxo gastroesofágico (RGE) não controlado. O objetivo deste trabalho é mostrar a experiência e analisar a evolução de pacientes pediátricos com estenose péptica, no Hospital de Pediatria Juan P. Garrahan. De 1988 a 1999 foram estudados e tratados 12 pacientes com estenose péptica de esôfago, cuja média de idade ao diagnóstico foi de 5,5 anos (1,4 a 14 anos). Nove eram meninos. Os sintomas foram disfagia em 100%, vômitos e azia em 91%, desnutrição em 75%, anemia em 58% sintomas respiratórios em 41% e hemorragia digestiva alta em 16%. O esofagograma mostrou estenose em todos os pacientes. Em 8 observou-se hérnia hiatal (66%) e esofagite severa em 83,3%. A pHmetria foi realizada em 7 pacientes, tendo sido patológica em todos. Em todos foi indicado tratamento médico com bloqueadores de H2 ou inibidores da bomba de proton e procinéticos, suporte nutricional e manejo da patologia respiratória. Foram efetuadas dilatações pré operatórias seriadas com intervalos variados, pneumáticas, flexíveis ou rígidas. Depois de se obter um calibre esofágico adequado e melhora da esofagite, realizou-se cirurgia antirrefluxo em 11 pacientes, com técnicas de Nissen em 360° sem píloraoplastia. Seis requereram dilatações pós operatórias com boa resposta em 5. Em uma criança de 5 anos de idade fez-se o diagnóstico de esôfago de Barrett aos 4 meses da cirurgia antirrefluxo. Em um paciente com persistência do refluxo pós operatório realizou-se uma operação de Collis-Nissen por encurtamento esofágico e que logo exigiu ressecção e anastomose esofágogástrica. Um paciente não voltou à consulta e um espera melhor para ser operado. A EP exige inicialmente tratamento médico intensivo e dilatações seriadas. A cirurgia antirrefluxo pode ser postergada até se obter um calibre adequado e melhora da esofagite. É recomendável o controle endoscópico a longo prazo, dada a possibilidade de complicações tardias do RGE como o esôfago de Barrett.

Palavras chave: Estenose péptica do esôfago - Refluxo gastroesofágico - Dilatações do esôfago - Nissen.

Introducción

La estenosis péptica de esófago, es producida por reflujo gastroesofágico (RGE) no controlado o no diagnosticado. La repetida injuria ácida en la mucosa esofágica produce daños que van desde una esofagitis superficial hasta la destrucción de la arquitectura mucosa, que es reemplazada por fibrosis.

Este trabajo muestra la experiencia de 9 años en el manejo de esta patología en el Consultorio Multidisciplinario de Patología Esofágica, en el Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan de Buenos Aires.

Material y método

Entre 1990 y 1999 se estudiaron 12 niños con edades comprendidas entre 1 y 12 años al momento de la primera consulta, de los cua-

les 9 fueron varones. La edad media al diagnóstico fue de 5.5 años, con un rango de 1.4 a 14 años.

Fueron excluidos de esta serie los pacientes con estenosis secundarias a atresia de esófago, aunque tuvieran RGE, las producidas por ingestión de cáusticos y las estenosis congénitas.

Los 12 pacientes tenían en común la presencia de vómitos dentro del primer año de vida, asociados a problemas respiratorios, anemia y desnutrición en grado variable (Tabla 1).

Diez pacientes presentaban disfagia a sólidos. Dos niños se internaron en afagia y necesitaron una gastrostomía debido a las graves lesiones esofágicas.

Entre los antecedentes, un niño con síndrome genético había sido operado de hernia diafragmática en el primer día de vida.

Signos y Síntomas	Porcentaje
Disfagia	100%
Vómitos	91%
Pirosis	91%
Desnutrición	75%
Anemia	58%
Síntomas respiratorios	41%
Hemorragia digestiva alta	16%

Tabla 1: Síntomas presentes al diagnóstico.



Fig. 1: Esofagograma con estenosis de esófago y hernia hiatal.

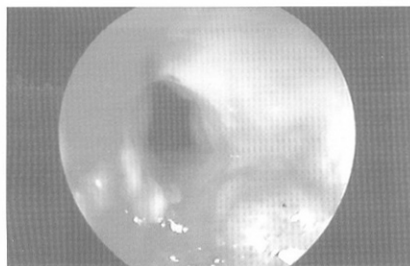


Fig. 2: Endoscopia con signos de esofagitis severa.

La seriada esofagogastroduodenal mostró estenosis del esófago en los 12 pacientes, en 8 se asociaba a hernia hiatal (Fig.1). En la endoscopia con toma de biopsia se halló esofagitis severa en el 83.3% de los casos y moderada en el resto (Fig.2), hallazgo

confirmado por histología (Fig.3). La Phmetría fue patológica en los 7 pacientes en los que se realizó (Fig.4).

La conducta adoptada para el tratamiento de estos pacientes, fue consensuada en el Consultorio Multidisciplinario de Patología Esofágica Compleja del Hospital. Se indicaron bloqueantes H2, inhibidores de la bomba de protones, protectores de la mucosa y prokinéticos, soporte nutricional que en ocasiones requirió internación para alimentación enteral continua.

Se efectuó el tratamiento de los síntomas respiratorios, que estuvieron presentes en el 41% de los pacientes.

En todos los casos se realizaron entre 1 y 4 dilataciones preoperatorias con balón neumático y bujías de Savary con intervalos variables, según la res-

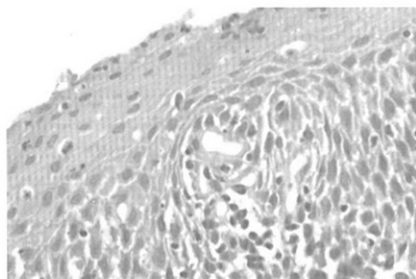


Fig. 3: Histología de esofagitis severa, caracterizada por epitelio pavimentoso con elongación papilar y severo infiltrado de leucocitos polimorfonucleares y eosinófilos intraepiteliales y en la lámina propia. Hematoxilina y eosina, 25x.

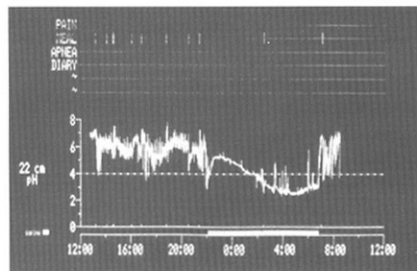


Fig. 4: Phmetría esofágica patológica.

Tratamiento médico	12/12
Gastrotomía previa	2/12
Dilatación preoperatoria	12/12
Cirugía antirreflujo	11/12
Diatación postquirúrgica	6/11

Tabla 2: Tratamientos realizados en los 12 pacientes.

puesta y la gravedad de la estenosis. El plan de dilataciones se comenzó después de iniciado el tratamiento médico, para que el esófago estuviera en mejores condiciones, disminuyendo el riesgo de perforación.

Después de 4 ó 5 meses de comenzado el tratamiento, y luego de haber conseguido un adecuado calibre esofágico, mejoría endoscópica de la esofagitis y recuperación nutricional y respiratoria en 11 pacientes se realizó la cirugía antirreflujo: mediante técnica de Nissen en 360° sin piloroplastia. Un paciente será intervenido próximamente (Tabla 2).

Resultados

De los 11 pacientes operados, 10 resolvieron la estenosis, aunque 6 de ellos requirieron dilataciones postoperatorias, con buena respuesta en 5.

Nueve pacientes (81.8%), están actualmente asintomáticos, con endoscopia y Phmetría normales, luego de 4 a 7 años de seguimiento.

En un paciente de 5 años de edad, se hizo diagnóstico de esófago de Barrett a los 4 meses de la cirugía antirreflujo. Actualmente, después de 3 años, se encuentra asintomático y con Phmetría normal, no recidivó la estenosis y el Nissen es continente. En el control endoscópico, no se evidenció progresión del Barrett, no se halló displasia y la sobreexpresión de la P53 fue negativa (Figs. 5, 6 y 7).

En un paciente con persistencia de RGE y estenosis después de la funduplicatura de Nissen, se realizó una operación de Collis-Nissen por acortamiento esofágico. Se comprobó nueva estenosis por lo que se hizo resección y anastomosis esofagogástrica con funduplicatura anterior. Después de 7 años de seguimiento, continuó con RGE, está medicado con inhibidores de la bomba de protones a la espera de una nueva resolución quirúrgica.

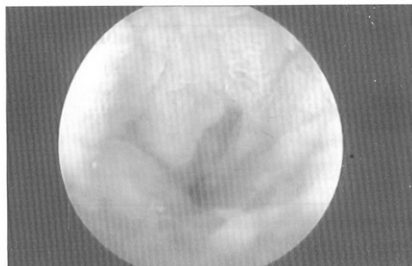


Fig. 5: Endoscopia que muestra lesiones compatibles con esófago de Barrett.

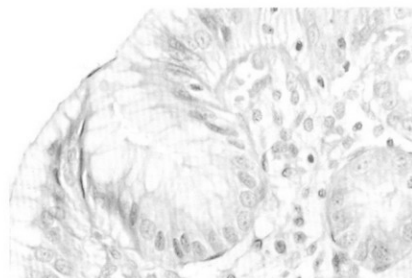


Fig. 6: Histología de esófago de Barrett: epitelio columnar con células caliciformes. Hematoxilina y eosina. 40x.

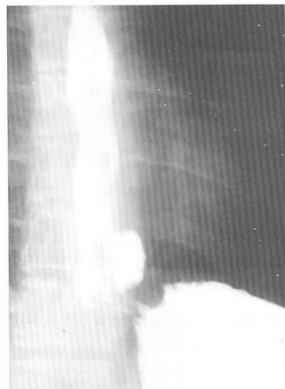


Fig. 7: Esofagograma sin estenosis. Obsérvese la imagen negativa de la funduplicatura de Nissen.

Un paciente está cumpliendo tratamiento médico y plan de dilataciones a la espera de su mejoría para ser operado.

Un paciente no regresó a la consulta, por lo que no hay seguimiento.

Discusión

La estenosis péptica del esófago es una entidad relativamente rara en Pediatría, la bibliografía es escasa y pertenece en su mayoría a países en vías de desarrollo. Las series presentadas tienen un máximo de 19 pacientes y el resto son casos clínicos aislados.

Es bien conocida la terapéutica del RGE: una vez hecho el diagnóstico, se establece tratamiento médico durante un periodo variable entre 3 y 6 meses y dependiendo de la edad del paciente, del grado de esofagitis y de los resultados de la Phmetría, se indica cirugía antirreflujo.

Para la resolución de la estenosis péptica de esófago, la mayoría de los autores coincide en realizar tratamiento médico intensivo y dilatación de la estenosis seguida de cirugía antirreflujo con técnica de Nissen^{3,2}, pero otros mencionan la resección de la estenosis con interposición de un segmento de intestino, (generalmente yeyuno) o reemplazo esofágico^{3,4}.

Nosotros preferimos, para el manejo de esta patología el tratamiento conservador. Procuramos mejorar la esofagitis y la periesofagitis, y obtener un adecuado calibre del esófago. Complementamos el tratamiento con apoyo nutricional, que lleve al paciente a niveles de albúmina dentro de los límites normales. Hacemos además el control de la patología respiratoria coexistente, cuyos síntomas corresponden a broncoaspiración permanente, con abundante broncorrea y neumonías a repetición. Todas estas medidas procuran el éxito de la cirugía antirreflujo.

Esta postura coincide con la adoptada por otros centros y creemos que es el tratamiento de elección. Los resultados obtenidos en este grupo de pacientes son concordantes con la bibliografía: Cives de Sud Africa³ tiene un 88% de curaciones en un grupo de 16 pacientes y Ohama de Japón⁴, refiere un 70% de pacientes libres de síntomas, sobre un total de 10 niños. Ambos grupos siguieron el mismo plan de tratamiento.

Básicamente el principal concepto en el tratamiento de la estenosis péptica es el completo control del RGE para revertir el proceso patológico.

Diferentes centros de EEUU, Europa y Japón, reportan el tratamiento médico del RGE, con inhibidores de la bomba de protones y bloqueantes H2; no se refieren al tratamiento de las estenosis porque con la detección temprana y el tratamiento adecuado del RGE⁵, se evitan las mismas.

Creemos que la estenosis péptica requiere un tratamiento médico intensivo y dilataciones esofágicas previo a la cirugía antirreflujo.

La operación de Nissen puede ser diferida hasta obtener un calibre esofágico adecuado y mejoría de la esofagitis.

En nuestra experiencia el 90,9 % de los pacientes resolvieron la estenosis y el reflujo gastroesofágico.

Es recomendable el control endoscópico a largo plazo, dada la posibilidad de complicaciones tardías del RGE como el esófago de Barrett.

Bibliografía

1. Rode H, Millar AJ, Brown R, et al. Reflux strictures of the esophagus in children. *J Pediatr Surg*; 27 (4):123-127, 1992.
2. Ohama Y, Tsunoda A, Nishi T et al.: Surgical treatment of reflux stricture of the esophagus. *J Pediatr Surg*; 25 (7): 236-240, 1990.
3. Saeki M, Tsuchida T, Ogata T, et al. Long-term results of jejunal replacement of the esophagus. *J Pediatr Surg*; 23 (5): 766-769, 1988.
4. Broto J, Marhuenda C, Maldonado J, et al. Tratamiento de las estenosis esofágicas en el niño. *Cir Pediatr* 2: 11-16, 1989.
5. Cuchiara S, Minella R, Campanozzi A, et al. Effects of omeprazole on mechanisms of gastroesophageal reflux in childhood. *Dig Dis*; 42 (2): 121-123, 1997.

Trabajo presentado en el 33º Congreso Argentino de Cirugía Pediátrica. Buenos Aires, Argentina. Noviembre de 1999.

Dr. A. M. Marín
Armenia 2279, 7º 16
(1425) Buenos Aires,
Argentina