

Quiste congénito del esófago

A propósito de un caso

Dres. Enrique G. Gallo, Ricardo La Mura, Ruben D. Baldoni y Luis G. Frank

Presentación de un caso de quiste congénito del esófago torácico. A propósito de la observación se efectúan condiciones etiopatogénicas, diagnósticas y terapéuticas de esta infrecuente entidad.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Esophageal Diseases.

El motivo de la presente publicación se basa en la observación de los autores de un caso de Quiste Esofágico Congénito. La bibliografía consultada tanto nacional como extranjera destaca la rareza de estos quistes. En la literatura aparece con diversos nombres: "Quiste entérico", "Quiste enterógeno", "Quiste esofágico", "Duplicación esofágica", "Divertículo esofágico", etc. Desde el punto de vista de su embriogénesis se acepta actualmente su origen como duplicación intestinal. Ladd y Gross sugieren se adopte esta última acepción en lugar de las otras denominaciones.

Embriología

Lewis y Thyng (1908) observaron pequeños divertículos en la cara antimesentérica del intestino de embriones de 20 a 30 mm. (fin del 2º mes). Los divertículos normalmente desaparecen pero excepcionalmente pueden crecer y quedar separados de la luz intestinal. Bremer (1944), señala que en el embrión de seis semanas (10 mm.) se produce un notable incremento en la celularidad del tubo digestivo que llega a ocluir su luz. Esta condición se conoce como la etapa sólida del intestino. Normalmente las células epiteliales segregan un fluido dando origen a vacuolas intercelulares que se ordenan en cadenas a lo largo del tubo y pueden coalescer entre ellas o con la luz principal. Más tarde todas las vacuolas se abren en la luz. En casos raros las cadenas de vacuolas fusionadas pueden conservar su forma y originar duplicaciones.

Presentado como Tema libre al 29º Congreso Uruguayo de Cirugía. Piriápolis, diciembre de 1978.

Dirección: Urquiza 609, Bs. Aires, Argentina (Dr. L. G. Frank).

Frecuencia

Su incidencia es muy baja. En la literatura extranjera se han publicado 100 casos, aproximadamente. La casuística nacional, a la que aportamos nuestra observación, cuenta con ocho casos según nuestra revisión bibliográfica: Malenchini (1956) 1 caso; Gilardón (1960) 1 caso; Dubra (1966) 1 caso; Trajtemberg (1968) 1 caso; Etala (1972) 1 caso; Boretti (1975) 3 casos.

Anatomía Patológica

Son redondeados, esferoides, con cápsula bien definida, de tamaño variable. La pared está formada por fibras musculares lisas a veces en una capa y otras en dos. Pueden estar adheridas a la muscular externa del esófago. Son más comunes en el tercio medio y en el lado derecho. De las masas del mediastino posterior en niños estas disembrioplasias son la causa más común después de los tumores neurogénicos. Su frecuencia porcentual respecto a otras masas del mediastino es menor al 1 %. La comunicación del quiste con la luz del esófago es excepcional, aunque existen casos que atraviesan el diafragma y comunican con el tracto gastrointestinal, frecuentemente con duodeno. El contenido puede ser mucoso, espeso o acuoso, ácido o hemorrágico. Histológicamente están constituidos por epitelio pavimentoso estratificado o cilíndrico ciliado, pero pueden tener mucosa gástrica ectópica o intestinal. Por eso se dice que la histología es incapaz de determinar la embriogénesis. Aunque los adultos pueden desarrollar cáncer en duplicaciones intestinales, no se han publicado casos en los niños.

Diagnóstico

Generalmente son asintomáticos, hallados en examen de catastro radiológico en un 50 % de los casos. El otro 50 % consulta por infecciones respiratorias a repetición o por síntomas derivados por compresión. La hemoptisis aunque excepcional, ha sido relatada por Trajtemberg. El par radiológico del tórax es indispen-

sable, la tomografía los ubica en el plano posterior.

El esofagograma muestra una imagen de compresión extrínseca (muesca) que a veces ha sido confundida con leiomiomas. El resto de los exámenes complementarios para estudiar una masa de mediastino, son negativos. No hemos recogido en la bibliografía informe sobre T.C. en casos como el que nos ocupa.

Tratamiento

Consiste en el abordaje quirúrgico de la región y exéresis del quiste con lo cual se consigue la curación del paciente. La toracotomía posterolateral sin resección costal resulta la vía de elección. Abierta la pleura mediastínica se puede o no cargar el esófago. Lo importante es efectuar la resección sin abrir la mucosa esofágica. No es necesaria la sutura de la brecha en la capa muscular del esófago; la pleura mediastínica conviene dejarla abierta. Se debe asegurar un buen drenaje torácico.

Nuestro caso

Niña de 7 años procedente de la Prov. de Bs. Aires que a raíz de un catastro radiográfico en 1976, se comprueba imagen redonda paramediastínica superior izquierda. No refiere antecedentes de enfermedad actual. Asintomática en el momento de la consulta tres meses después del hallazgo radiológico. Al examen físico se trataba de una niña eutrófica no comprobándose anormalidades. Los estudios de rutina eran normales salvo la eritro de 67 mm. en la 1ª hora. El examen cardiovascular dentro de los límites normales. En la teleradiografía de tórax se reconoce en la frontal una opacidad redondeada de contornos netos paramediastinal izquierda por encima del bronquio fuente correspondiente. En el perfil la misma imagen en mediastino medio y posterior. En la tomografía se visualiza más nítidamente en los cortes posteriores. La radioscopia no muestra cambios de tamaño y forma con los cambios de decúbito y/o con las fases de respiración. Se realizó también Prueba de Casoni y fijación del complemento, que fueron negativas. Acido vainillil mandélico: 5,7 mg./%/24 hrs. Se opera el 11/V/77; anestesia general con intubación traqueal. Toracotomía posterolateral por 5º espacio intercostal izquierdo. Se ve tumor de 6 x 7 x 5 en mediastino posterior, posición por debajo del cayado aórtico y detrás del hilio. Se abre pleura mediastínica y comienza la disección siguiendo plano de clivaje bien definido, ligando los vasos que van al tumor separán-

dolos del vago izq. que apoyaba por el lado interno al mismo. Dada la encapsulación del tumor la exéresis fue completa. Estaba adherido por una de sus caras al esófago, órgano del cual se lo pudo separar sin apertura de su luz. Finalizando el tiempo de exéresis se deja un tubo que sale por dos espacios intercostales debajo de la toracotomía. Cierre por planos; procedimiento bien tolerado; postoperatorio sin complicaciones; alta al 7º día postoperatorio.

Estudio Histopatológico. — Descripción macroscópica: Se recibe formación quística ovoidea de 6 x 4 x 5 cm. renitente, de superficie lisa. Al corte presenta una pared delgada (1 a 2 mm. de espesor) y contenido amorfo blanco amarillento untuoso adherido en parte, a superficie interna del quiste.

Diagnóstico histopatológico. — Quiste mediastinal posterior de origen esofágico.

RESUME

Kyste congénite d'oesophage

Présentation d'un cas de Kyste congénite de l'oesophage toracique. A propos de l'observation on établit des conditions étiopathogéniques, diagnostiques et thérapeutiques de cette peu fréquente.

SUMMARY

Congenital Esophageal Cyst

Report of one case of congenital cyst in thorax portion of esophagus. Review of etiopathogeny, diagnosis and therapy of this rare condition.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BORETTI JJ. Tumores y quistes benignos de esófago. *Bol Trab Soc Argent Cir*, 59: 343, 1955.
2. BRACO A, POLACK M. Ordenamiento Patología y Clasificación de los Tumores de Mediastino. Relato presentado en Asoc. de Neurología Cap. Arg. del American College of Chest Physicians. La Plata, 1958.
3. DUBRA CC. Quistes Congénitos del Esófago. *Prensa Med Argent*, 53: 21, 1167.
4. ETALA. Quistes broncogénicos del esófago. *Prensa Med Argent*, 59: 38, 1972.
5. MALENCINI M, RESANO J, LEMBERG HOJMAN. Quiste intramural de esófago. *Prensa Med Argent*, 43: 1991, 1956.
6. MARTINEZ J. Tumores de Mediastino. *Congreso Argentino de Cirugía*, 31º, 1960.
7. MILANO M. Tumores benignos y quistes de esófago; nuestra experiencia. *Rev Argent Cir*, 24: 4, 219, 1960.
8. TRAJTEMBERG J. Quiste intramural del esófago. *Bol Soc Cir La Plata*, 28: 103, 1968.