Braquiesófago o esófago corto congénito

I.		Triadu
----	--	--------

Barcelona

La clasificación de Åkerlund, propuesta para el estudio de las hernias del hiato del esófago, en 1926, parece la más adecuada según la inmensa mayoría de los autores.

Comprende tres tipos: Hernia nº 1, formada por un esófago corto de origen congénito con estómago intratorácico, en la cual, el cardias, se encuentra situado siempre por encima del diafragma. Hernia nº 2, formada por una hernia para-esfágica del polo superior del estómago, en la cual, el cardias, ocupa su situación normal, siendo el esófago también normal. Hernia nº 3, formada por una hernia del estómago y del cardias, semejante al tipo 1, pero con esófago normal. De estos tres tipos de hernias, del hiato del esófago, la única que presenta dificultades para su diagnóstico exacto y la formulación de un criterio terapéutico, es la hernia nº 1 de Åkerlund. Esta afección, denominada también «esófago corto», «estómago torácico», y «braquiesófago», es de origen congénito, viéndose raramente en la clínica.

Su descubrimiento, como entidad nosológica, se debe a Bright, quien, en 1836, halló en la autopsia de una joven de 19 años, un esófago corto, anomalía que designó entonces, con el nombre de «desplazamiento del estómago». Siguió Bonn, en 1838, que describió asimismo este síndrome, como lo atestigua Resano. Más recientemente, Percival Bayley, en 1919, publicó también un hallazgo necrópsico. Se trataba de un hombre de 70 años, en el que encontró un esófago corto congénito. Dicho autor hizo resaltar que, en este síndrome, «el estómago se desarrolla primitivamente en el tórax, no tratándose, por lo tanto, de una hernia del hiatus». La individualidad clínica de este síndrome, también ha sido establecida por diversos autores, particularmente por Santy, Brown-Quelly, Nemours-Auguste, etc.

Ateniéndose por lo tanto, a la descripción primera que de este síndrome hizo Bayley, se trata de un «Short esophagus with partial thoracic stomach». Están de acuerdo con esta definición la generalidad de los autores, destacando el hecho de que no existe relación entre la posible precocidad de los signos clínicos y la causa de la misma. La disfagia y otros síntomas, en efecto, se pueden presentar tanto al nacer como en la edad adulta o en la ancianidad, a causa de una estenosis a nivel de la unión esófago-gástrica intratorácica.

En cuanto a los síntomas, conviene hacer observar que, muchas veces, son poco característicos. En tales casos, la orientación debe buscarse clínicamente, investigando la relación que presentan las molestias torácicas y digestivas, y también, los vómitos que alivian dichas molestias, así como la reaparición de las mismas, según la posición adoptada por el paciente.

El esófago corto puro, es poco frecuente y muy raro, como lo demuestran las estadísticas de la inmensa mayoría de los autores.

75 Congress

Triadu

207

Patogenia. Para la mayor parte de los autores, se trata de una malformación embrionaria, que se manifiesta hacia la segunda o tercera semana de la vida intra-uterina. Para Brund, se debería a una fijación defectuosa del esófago en el diafragma, acaecida en el periodo embrionario. En tal caso, el trastorno consiste en que, la union del septum transversum (del que nace toda la porción anterior del diafragma), con los mamelones frénicos posteriores, acaece antes de que, el cardias, haya efectuado su desplazamiento caudal. Esta anomalía, motiva que, la posición final del esófago, junto con una porción mayor o menor del estómago, permanezca en situación intratorácica.

Examen radiológico. Fineman y Conner, y más adelante Manges (1924-33), como resumen de un estudio efectuado en sus pacientes, indicaron, que, en esta afección, «el esófago es tan corto, que no alcanza el nivel del diafragma, como también que, el extremo cardíaco del estómago, es supra-diafragmático, persistiendo en esta posición, sea cual fuere la postura o el decúbito del enfermo».

Esofagoscopia. Imprescindible, para confirmar el diagnóstico radiológico, aunque muchas veces existen dificultades para saber con precisión la separación de las mucosas esofágica y gástrica. El empleo de los clips de Allison, colocados a diversas alturas y confirmados radiográficamente, pueden ayudar mucho su interpretación.

Tratamiento. Eliminado todo proceso maligno, se intentará veneer la estenosis mediante tratamiento medico, con dilatadores, curas tópicas y posturales, antes de proceder a una intervención quirúrgica. Un dato interesante a tener en cuenta, durante el tratamiento medico de esta afección, es que, cuando se desarrolla nueva-mente una úlcera en el braquiesófago congénito (causante de la estenosis en la mayor parte de los casos), no da lugar a ningún síntoma, mientras no se haya fraguado la estenosis. Importante detalle, como señalan algunos autores, para no descuidar la revisión periódica de estos pacientes, aunque clínicamente no presenten síntomas. Bajo el punto de vista quirúrgico, la mayor parte de los autores indican «que, el esófago corto congénito, no es favorable a la cirugía». Cuando se tiene que acudir a ella, todas las intervenciones tienen como finalidad, evitar la enfermedad péptica, responsable, por lo común, de las lesiones que conducen a los trastornos ya indicados. En el tratamiento de esta anomalía congénita, todos los autores están de acuerdo, en que, la reducción del estómago dentro del abdomen, está llena de dificultades, siendo en la práctica, sino imposible, muy difícil de conseguir, como también que, la brevedad del esófago, no permite la reducción del cardias debajo del diafragma.

En determinados casos, puede intentarse la frenicectomía que actúa sobre el diafragma o la vagotomía, que disminuye la secreción gástrica, intervenciones siempre de resultados dudosos. La gastrectomía total, con anastomosis esófago-yeyunal, suele dar buenos resultados. Muchas veces, será aconsejable practicar la resección esófago-gástrica, a nivel de la estenosis, con exclusión del estómago y anastomosis esófago-yeyunal. Sweet, señala pueden aliviarse los síntomas, si el saco herniario se libera del estómago y se invagina, ya sea plegándolo, o rese-cándolo, pues que así se elimina el pellizcamiento de los bordes peritoneales en las márgenes del hiato. La operación se completa, reduciendo el tamaño del hiato a una medida apropiada, sin intentar alterar la localización del cardias y del estómago, ni desplazar el diafragma hacia arriba.