

# DUPLICACIÓN ESOFÁGICA TUBULAR EN UN RECIÉN NACIDO: REPORTE DE UN CASO

## TUBULAR ESOPHAGEAL DUPLICATION IN A NEWBORN INFANT: A CASE REPORT

Juan Murillo-Ortiz 1\*, Oswaldo Alvarado-Jiménez<sup>1</sup>

*Recibido: 19/02/07*

*Aceptado: 17/05/07*

### RESUMEN

Las duplicaciones del tracto digestivo son malformaciones congénitas bien conocidas, que pueden ocurrir a cualquier nivel desde la lengua hasta el ano. La duplicación esofágica puede ser de tipo tubular o quística y asociarse o no a otras malformaciones congénitas. La mayoría de las lesiones son asintomáticas; se manifiestan cuando adquieren gran tamaño o evolucionan a perforación, infección, sangrado o malignizan (2-3). En este artículo se presenta el caso de un paciente con duplicación esofágica tubular, al cual se le realizó el diagnóstico y tratamiento quirúrgico en la etapa neonatal.

**PALABRAS CLAVE:** duplicación esofágica, quiste tubular.

### ABSTRACT

The digestive tract duplications are congenital malformations that can occur at any level from the tongue to the anus. The esophageal duplication can be tubular or cystic and can be

associated or not to other congenital malformations. Most of the patients present no symptoms until the duplication enlarges or evolves to perforation, infection, bleeding or becomes malignant (2-3). The following is a case of a newborn patient with tubular esophageal duplication.

**KEY WORDS:** esophageal duplication, tubular cyst.

### CASO CLÍNICO

Paciente masculino de un día de edad, con peso de 2765 gramos, edad gestacional de 34,3 semanas, Apgar 7-9, referido al Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera" por dificultad en el paso de sonda orogástrica, como parte de los cuidados del recién nacido.

Se realiza un esofagograma que evidencia dos estructuras esofágicas con las siguientes características: Estructura 1. Mecanismo de deglución normal. Esófago con forma conservada, paso del medio de contraste sin dificultad. No se evidencian estenosis

---

1. Servicio Cirugía de Tórax y Cardiovascular. Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera". CCSS. San José, Costa Rica.

\*Correspondencia. Dr. Juan Pablo Murillo Ortiz. Apartado 1730-1100 Tibás. Fax: 2235-7216. Correo electrónico: jpmuro@hotmail.com

ni fístulas. Estructura 2. Trayecto digestivo alto que nace de hipofaringe, se extiende paralelo y corre longitudinal al esófago, de pared tortuosa, termina en un fondo ciego sobre diafragma. No hay fugas del medio de contraste. No comunica con el esófago normal.

El paciente se traslada a sala de operaciones donde se le realiza una toracotomía posterolateral derecha; se localiza un remanente esofágico de 5 mm de diámetro y 40 mm de longitud, comunicado en su extremo proximal con el esófago normal y que termina en un saco ciego. Se realiza resección del remanente esofágico y cierre de la comunicación con el esófago normal.

El paciente evoluciona en forma satisfactoria. En el séptimo día post-operatorio se realiza esofagograma control que no evidencia fístula esófago pleural ni estenosis del esófago. Se inicia alimentación por vía oral y es egresado.

## DISCUSIÓN

La incidencia de duplicación esofágica quística se ha estimado en 1 en 8.200 pacientes, existiendo comunicación con el lumen del esófago normal sólo en el 10% de los casos (2, 4, 6). Se puede asociar a otras malformaciones congénitas como duplicación intestinal, fístulas traqueo-esofágicas, anomalías vertebrales, quistes broncogénicos, secuestros pulmonares y malrotación intestinal (3-7,9).

La forma de presentación es diversa, la mayoría son asintomáticos y se diagnostican en forma incidental. El paciente ocasionalmente se presenta

por compresión de la vía aérea o del esófago por acumulación de secreciones en el quiste, con disnea, disfagia, neumonitis recurrente, tos crónica, regurgitación y dolor torácico (1, 6, 8, 10), y pueden evolucionar a perforación, sangrado o malignidad (1-3, 6).

El diagnóstico de las duplicaciones esofágicas se realiza de forma tardía en la niñez o en la vida adulta, en forma incidental o por grandes lesiones quísticas que producen efecto de masa. En la literatura de diagnóstico neonatal hay escasos reportes sobre esta patología, que es poco frecuente en nuestro medio.

## REFERENCIAS

1. Sharma K, Ranka P, Meretiya S. Isolated cervical esophageal duplication: a rarity. *J Pediatr Surg* 2005; 40: 591-592.
2. Snyder Ch, Bickler S, Gittes G, Ramachandran V, Aschcraft K. Esophageal duplication cyst with esophageal web and tracheoesophageal fistula. *J Pediatr Surg* 1996; 31: 968-969.
3. Hasegawa S, Koga M, Matsubara T, Oga A, Furukawa S. Congenital cystic adenomatoid malformation complicated by esophageal duplication cyst in a 6-month-old girl. *Pediatr Pulmonol* 2002; 34: 398-401.
4. Kumar D, Samujh R, Rao L. Infected esophageal duplication cyst simulating empyema. *Indian Pediatr* 2003; 40: 423-425.
5. Dorairajan S, Senthamarai A. Combined esophageal duplication cyst with bronchogenic Cyst. *Indian Pediatr* 2005; 42: 86-87.
6. Singh S, Lal P, Sikora S, Datta N. Squamous cell carcinoma arising from a congenital duplication cyst of the esophagus in a young adult. *Dis Esoph* 2001; 14: 258-261.

7. Kitano Y, Iwanaka T, Tsuchida Y, Oka T. Esophageal duplication cyst associated with pulmonary cystic malformations. *J Pediatr Surg* 1995; 30: 1724-1727.
8. Gorenstein A, Serour F, Bujanover Y. Unusual presentation of esophageal communicating duplication in a Child. *J Pediatr Surg* 1999; 34: 1430-1431.
9. Fuchs J, Grasshoff S, Schirg E, Gluer S, Burger D. Tubular esophageal duplication associated with esophageal stenosis, pericardial aplasia, diaphragmatic hernia, ramification anomaly of lower lobe bronchus and partial pancreas anulare. *Eur J Pediatr Surg* 1998; 8:102-104.
10. Cioffi U, Bonovina L, De Simone M, Santambrogio L, Pavonni G, Testori A, et al. Presentation and surgical management of bronchogenic and esophageal duplication cysts in adults. *CHEST* 1998; 113: 1492-1496.