


Reflujo gastroesofágico como manifestación de malformación pulmonar congénita: a propósito de un caso

Autores Maritza Malavé¹ , Nina Colina², Osmar Durán³, Maygreg Ruiz³, Dayana Fajardo³, Nazareth Mosquera³

Afiliación 1- Residente de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Pediatra Puericultor.
2- Gastroenterólogo – Hepatólogo. Pediatra Puericultor.
3- Gastroenterólogo. Pediatra Puericultor.
Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo”, Caracas. Venezuela.

Autor de Correspondencia: Maritza Malave Correo: maritzamalave2530@gmail.com ORCID: [0009-0008-8768-3380](https://orcid.org/0009-0008-8768-3380)

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2024; 78(3):125-128.
© Los Autores. Caracas, Venezuela - ISSN 2477-975X.
<https://doi.org/10.61155/2024.78.3.006>



Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la [Licencia Creative Commons Attribution \(CC BY\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Fecha de recepción: 22/07/2024

Fecha de revisión: 15/08/2024

Fecha de aprobación: 01/09/2024

Resumen

Introducción: Las malformaciones pulmonares representan el 7,5-18,7% de todas las malformaciones congénitas. La variante anatómica bronquial puede ser displásica, ausente o supernumeraria, ocasionando síntomas intra y extrapulmonares, como cardíacos y gastrointestinales. **Objetivo:** Incluir el manejo multidisciplinario como protocolo en pacientes con reflujo gastroesofágico que no responde a tratamiento convencional. **Métodos:** Lactante menor de 6 meses de edad, femenino, con inicio de enfermedad actual desde los 2 meses de edad, con regurgitaciones progresando a episodios eméticos postprandiales recurrentes y afectación de peso sin mejoría clínica. Es referida a la Unidad de Gastropediatría del Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo”, con esofagograma donde se describe estrechez esofágica medial y estudio de endoscopia digestiva superior realizado con hallazgos en esófago de bezoar lácteo y estrechez concéntrica de aspecto mural, no franqueable la cual amerita dilatación esofágica. En 2 oportunidades tras administración de sedación para estudio endoscópico presenta desaturación. Se solicita evaluación por cardiología infantil y TAC de Tórax con reconstrucción 3D concluyendo: cardiopatía congénita tipo CIA y CIV e indemnidad del sistema arteriovenoso, malformación pulmonar congénita tipo traqueo-bronquial sin repercusión pulmonar es evaluado por equipo multidisciplinario. **Resultados:** Paciente actualmente eutrófica, sin manifestaciones gastrointestinales, ni respiratorias, con adecuada tolerancia de vía oral. **Conclusiones:** A pesar que en los lactantes menores el reflujo gastroesofágico

fisiológico sea lo más frecuente, cuando hay afectación de peso, se debe sospechar y descartar malformaciones congénitas bien sea, del tracto gastrointestinal, cardíaco o respiratorio. Este caso, es demostrativo de lo inusual, con la descripción de un bronquio accesorio como malformación traqueo bronquial.

Palabras clave: Reflujo gastroesofágico, enfermedad por reflujo gastroesofágico, malformaciones traqueo-bronquiales, estenosis esofágica.

GASTROESOPHICAL REFLUX AS MANIFESTATION OF CONGENITAL PULMONARY MALFORMATION ABOUT A CASE

Summary

Introduction: Pulmonary malformations represent 7.5-18.7% of all congenital malformations. The bronchial anatomical variant can be dysplastic, absent or supernumerary, causing intra- and extrapulmonary symptoms, such as cardiac and gastrointestinal symptoms. **Objective:** Include multidisciplinary management as a protocol in patients with gastroesophageal reflux disease that does not respond to conventional treatment. **Methods:** Infant less than 6 months of age, female, who presented regurgitation progressing to recurrent postprandial emetic episodes with weight impairment without clinical improvement. She was referred to the Gastropediatrics Unit of the Hospital Militar Universitario “Dr. Carlos Arvelo”, with an esophagogram describing medial esophageal stricture and an upper digestive

endoscopy study performed with findings in the esophagus of milky bezoar and concentric narrowing with a mural appearance, not passable. Which warranted esophageal dilation. On 2 occasions during sedation for endoscopic study, he presented desaturation. Evaluation by pediatric cardiology and CT of the Chest with 3D reconstruction was requested, concluding: congenital heart disease type ASD and CIV and indemnity of the arteriovenous system, congenital pulmonary malformation of the tracheo-bronchial type without pulmonary repercussions is evaluated by a multidisciplinary team. Currently the patient is eutrophic, without gastrointestinal or pulmonary symptoms, with adequate oral tolerance. **Results:** Patient currently with consistent weight and height, without gastrointestinal or respiratory manifestations. **Conclusions:** Despite the fact that physiological gastroesophageal reflux is the most frequent in young infants, when there is weight impairment, congenital malformations should be suspected and ruled out. Either from the gastrointestinal, cardiac or respiratory tract. This case shows how unusual it is, with the description of an accessory bronchus as a tracheobronchial malformation.

Key words: Gastroesophageal reflux, gastroesophageal reflux disease, tracheobronchial malformations, esophageal stricture.

Introducción

Las malformaciones pulmonares congénitas, representan entre el 7,5 y el 18,7% de todas las malformaciones de los diferentes órganos. Con incidencia anual estimada de 30 a 42 casos por 100.000 habitantes. Cuya patogenia actualmente está por aclarar desconociéndose la explicación definitiva sobre el origen de las mismas. Existen variantes de la anatomía bronquial y nos podemos encontrar con ramas bronquiales displásicas, ramas ausentes o ramas supernumerarias¹. Estas pueden existir de forma aislada o asociarse a otras anomalías de la ramificación de la vía aérea, enfermedades cardíacas congénitas, alteraciones costo-vertebrales², malformaciones del tubo digestivo, anomalías pulmonares o síndromes genéticos y se acompañan de síntomas intra pulmonares y extra pulmonares principalmente cardíacos y gastrointestinales debido a la cercanía.³

Caso clínico

Lactante menor de 6 meses de edad, femenino, natural y procedente del Estado Trujillo- Venezuela, con inicio de enfermedad actual desde los 2 meses de edad, caracterizado por regurgitaciones postprandiales y episodios eméticos, con afectación de peso, es evaluado por pediatra donde indica tratamiento médico sin mejoría. Por persistencia de los síntomas acude con gastroenterólogo pediatra, quien indica medidas antiirreflujo y realización de esofagograma con hallazgos de dilatación esofágica superior con estrechez medial y cámara gástrica dilatada, así mismo realiza estudio de endoscopia digestiva superior, observando en tercio esofágico bezoar lácteo y proximal a Unión Esófago Gástrica se evidencia estrechez

concéntrica de aspecto mural, que impide la progresión del equipo. Se procede a realizar dilatación neumática con balón QUANTUM, con fines de orientación diagnóstica, siendo compatible con lesión mural. Es referida a la Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", solicitando realización de ecosonograma abdominal y realización de endoscopia digestiva superior.

El ecosonograma abdominal describe en estómago: ascenso del contenido gástrico, a través de tercio distal de esófago en forma intermitente con paso lento a través de canal pilórico y duodeno sin embargo es continuo, sin criterios de hipertrofia pilórica y mal rotación intestinal por este método. Relación arteria/vena mesentérica normal, duodeno no dilatado sin signos ecográficos de hernia hiatal. Hallazgos ecográficos sugestivos de reflujo gastroesofágico.

Se realiza estudio endoscópico con quipo videogastroscoپی Olympus Evis Exera gifq150 5.0 mm, con hallazgos en esófago de Mucosa pálida se evidencia a 15 cm de AD cuerpo extraño orgánico que ocluye toda la luz esofágica impresionando insinuación de estenosis la cual no se evidencia en su totalidad, paciente presenta en dos oportunidades tras administración de sedación por anesthesiólogo desaturación de oxígeno tras el paso del equipo de endoscopia 5.0mm siendo diferido el procedimiento. Tomando en cuenta estos episodios se solicita evaluación por cardiología y tac de tórax con contraste y reconstrucción 3D con la finalidad de descartar malformaciones vasculares y/o anatómicas la cual devela indemnidad del sistema cardiovascular sin presencia de alguna malformación arteriovenosa con engrosamiento bronquial bilateral de distribución hilio basal, de probable etiología inflamatoria, bronquio accesorio. Evaluada por equipo multidisciplinario. Evaluada Cardiología infantil quienes concluyen los diagnósticos de:

1. Cardiopatía congénita acianogena:
 - 1.1. Comunicación interauricular: tipo ostium secundum.
 - 1.2. Comunicación interventricular: perimembranosa restrictiva.
2. Función ventricular conservada.
3. Ritmo sinusal.

Se realiza esofagograma control en julio del 2023 que reporta esófago de paredes regulares lisas, con adecuada peristalsis no se aprecia estenosis.

En el transcurso del tiempo, sin intervención endoscópica, solo con tratamiento médico y orientación nutricional la paciente empezó a mejorar desde el punto de vista clínico y recuperación del peso.

Se concluye con los siguientes diagnósticos:

1. Malformación pulmonar congénita tipo traqueo-bronquial (sin repercusión
 - 1.1 Malformación pulmonar congénita tipo traqueo-bronquial (sin repercusión pulmonar)
2. Cardiopatía congénita acianogena:
 - 2.1. CIA tipo foramen oval permeable.
3. Lactante mayor con peso y talla acorde.

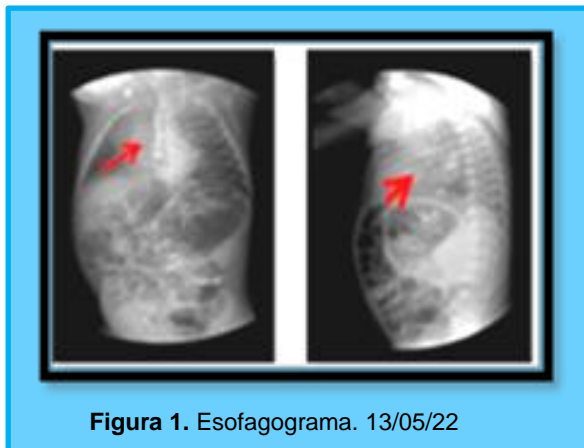


Figura 1. Esofagograma. 13/05/22

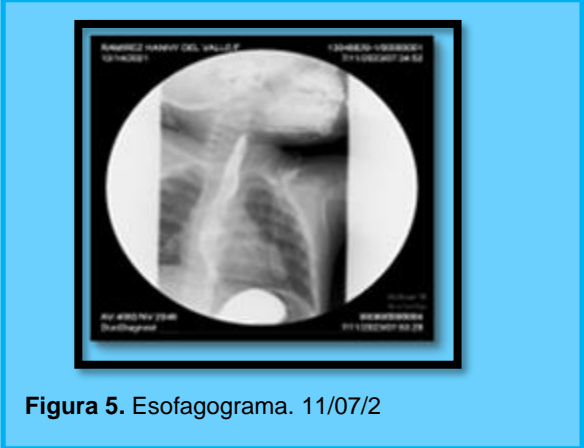


Figura 5. Esofagograma. 11/07/2

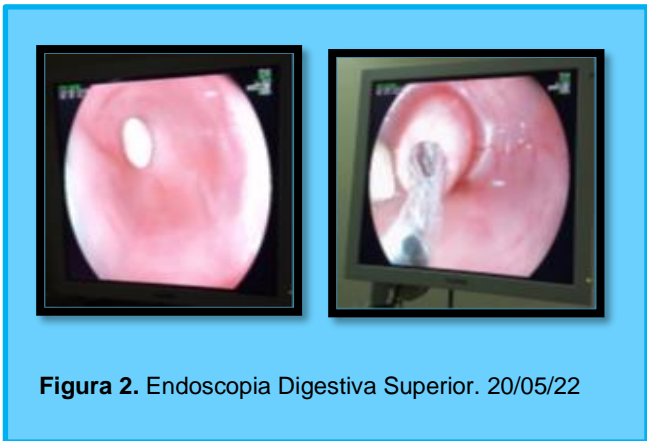


Figura 2. Endoscopia Digestiva Superior. 20/05/22



Figura 3. Endoscopia Digestiva Superior. 13/07/22

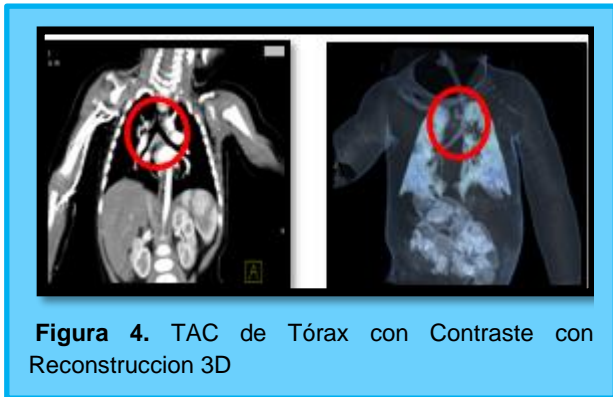


Figura 4. TAC de Tórax con Contraste con Reconstrucción 3D

Discusión

El reflujo gastroesofágico se define como el paso retrógrado de contenido desde el estómago hacia el esófago. En lactantes, el reflujo gastroesofágico es un fenómeno habitual, afectando alrededor de un 25% en los menores de 6 meses de edad. Esto disminuye con el tiempo y en la mayoría de los casos no constituye una enfermedad, definido dentro de los criterios de ROMA IV como regurgitaciones del lactante. La enfermedad por reflujo gastroesofágico puede por los síntomas gastrointestinales como pirosis y regurgitación. Ocasionalmente puede producir disfagia, dolor retroesternal e incluso hematemesis. En niños pequeños es frecuente observar rechazo a los alimentos, llanto posterior a los episodios de reflujo, posturas anómalas⁴ de hiperextensión cervical, entre otros. Diferentes síntomas y signos extraesofágicos se han relacionado con reflujo gastroesofágico.

Las variaciones congénitas del árbol traqueobronquial, se deben a una falla de la maduración de las estructuras bronquiales, son patologías poco frecuentes, en su mayoría asintomáticas, que cuando presentan manifestaciones principalmente son respiratorias. El paciente de este caso clínico, debutó con síntomas gastrointestinales, una forma atípica de presentación de una malformación congénita pulmonar, con enfermedad por reflujo gastroesofágico, por lo que deben estudiarse tanto los mecanismos de deglución como las anomalías del árbol bronquial, para realizar un diagnóstico certero, evitar complicaciones y tratamientos inadecuados.

Conclusión

A pesar de que en los lactantes menores el reflujo gastroesofágico fisiológico sea lo más frecuente, cuando hay afectación de peso, se debe sospechar y descartar malformaciones congénitas. Bien sea, del tracto gastrointestinal, cardíaco o respiratorio. Este caso, es demostrativo de lo inusual, con la descripción de un bronquio accesorio como malformación traqueo bronquial.

Conflictos de interés

El autor declara que no tiene conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

No se recibió financiamiento.

Referencias

1. Sylvester KG, Albanese GT. Bronchopulmonary malformations. En: Ashcraft KW, Holcom GW, Murphy JP, eds. Ashcraft's pediatric surgery. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2005. p. 276-89.

2. GHAYE B, SZAPIRO D, FANCHAMPS J M, DONDELINGER R F. Congenital bronchial abnormalities revisited. *Radiographics* 2021; 21: 105-19.
3. EVANS J A. Aberrant bronchi . and cardiovascular anomalies. *Am J Med Genet* 2000; 35: 46-54
4. León Jairo Londoño Velásquez, Dr. Juan Manuel Lozano León, Dr. Juan Gabriel Ruiz Peláez, editor. Caso clínico de gastroenterología y nutrición: reflujo gastroesofágico patológico versus trastornos de la maduración de los procesos deglutorios. vol. 42. comité editorial; 1999. Historia Clínica del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo.