Septotomía de banda fibrosa esofágica como causa infrecuente de disfagia en paciente de 17 años

Vinicio Jesús León Moreno, Vinicio Jesús León Romero, Zulimar Carolina Suarez Mendoza

Autor de Correspondencia: Vinicio Jesús León Moreno Correo Electrónico: leonvinicio02@gmail.com

Afiliación

Resumen

La disfagia es una secuela frecuente en pacientes con antecedente de corrección quirúrgica de fístula traqueoesofágica (FTE), asociada a estenosis cicatrizales. El tratamiento convencional mediante dilataciones endoscópicas seriadas puede resultar no exitosa. En este contexto, la terapia incisional endoscópica (TIE) surge como una alternativa eficaz para el manejo de complicaciones estenóticas o septales complejas. Se presenta el caso de un paciente masculino de 17 años con antecedente de reparación quirúrgica de FTE congénita. Acudió por presentar disfagia progresiva de dos meses de evolución. La endoscopia digestiva superior (EDS) reveló una variante morfológica atípica: dos septos mucofibrosos intraluminales en la unión del tercio superior y medio del esófago. Acompañados de esofagitis péptica grado C en el tercio inferior. Se realizó resolución terapéutica mediante TIE utilizando un asa de polipectomía en modo Endocut para seccionar el septo de mayor longitud. El procedimiento se ejecutó sin complicaciones y con adecuada tolerancia. Al mes de seguimiento refirió resolución completa de la disfagia. La terapia incisional endoscópica con asa de polipectomía en modalidad Endocut demostró ser una alternativa terapéutica segura, accesible y altamente eficaz para restablecer la luz esofágica y resolver la disfagia en este tipo de malformaciones estructurales complejas.

Palabras clave: Fístula Traqueoesofágica, Terapia Incisional Endoscópica, Disfagia, Septos Mucofibrosos, Septotomía.

Septotomy of esophageal fibrous band as a rare cause of dysphagia in a 17-year-old patient

Abstract

Dysphagia is a common complication in patients with a history of surgical correction of a tracheoesophageal fistula (TEF), associated with scar-induced stenosis. Conventional treatment using serial endoscopic dilations may prove unsuccessful. In this context, endoscopic incision therapy (EIT) emerges as an effective alternative for managing complex stenotic or septal complications. We present the case of a 17-year-old male patient with a history of surgical repair of a congenital TEF. He presented with progressive dysphagia that had been present for two months. Upper gastrointestinal endoscopy (UGI) revealed an atypical morphological variant: two intraluminal mucofibrous septa at the junction of the upper and middle thirds of the esophagus. These were accompanied by grade C peptic esophagitis in the lower third. Therapeutic resolution was achieved via therapeutic endoscopic intervention (TIE) using a polypectomy snare in Endocut mode to section the longer septum. The procedure was performed without complications and was well tolerated. At the one-month follow-up, the patient reported complete resolution of dysphagia. Endoscopic incision therapy with a polypectomy snare in Endocut mode proved to be a safe, accessible, and highly effective therapeutic alternative for restoring the esophageal lumen and resolving dysphagia in this type of complex structural malformation.

Keywords: Tracheoesophageal Fistula, Endoscopic Incisional Therapy, Dysphagia, Mucofibrous Septa, Septotomy.

Introducción

La disfagia se define como la dificultad para deglutir, dicho trastorno se debe a un obstáculo en el transporte de líquidos o de sólidos desde la faringe al estómago. Afectando tanto a la población adulta como a la pediátrica, pudiendo ser consecuencia de trastornos estructurales o neuromusculares del esófago.[1] La disfagia en la población general pediátrica tiene una incidencia anual estimada del 1%. En pacientes sometidos a corrección quirúrgica de atresia esofágica (AE) con fístula traqueoesofágica (FTE) la disfagia es una secuela masiva y persistente a largo plazo, con tasas de prevalencia reportadas entre el 54% y el 94.8% tras la cirugía.[2-4]

A su vez, tras la reparación de una AE o FTE, la dismotilidad esofágica se demuestra en el 75% al 100% de los pacientes, manifestándose en una peristalsis deficiente y contracciones no coordinadas del esófago reconstruido. En seguimientos sistemáticos de resultados en la adultez, la disfagia llega a persistir en el 50.3% de los adultos operados durante la infancia. Asimismo, la disfagia post-FTE coexiste de forma muy estrecha con el desarrollo de estenosis esofágica residual reportada en hasta un 35% de los casos en series históricas y con el reflujo gastroesofágico crónico (ERGE), cuya prevalencia en la edad adulta alcanza el 40.2% bajo la forma de esofagitis activa y el 56.5% en casos sin cambios inflamatorios macroscópicos.[5]

La fístula traqueoesofágica congénita sin atresia es una malformación poco frecuente que representa el 4% de los

Cómo citar este artículo: León Moreno VJ, León Romero VJ, Suarez Mendoza ZC. Septotomía de banda fibrosa esofágica como causa infrecuente de disfagia en paciente de 17 años. Rev Gen. 2026;80(4): 214-217. doi: 10.61155/gen.v80i4.832.

© Revista Gen. Caracas, Venezuela - ISSN 2477-975X

defectos esofágicos, caracterizada por un trayecto oblicuo en forma de "H" entre la tráquea y el esófago. Su tratamiento definitivo es quirúrgico, indicándose cervicotomía lateral para lesiones en T2 o superiores, y toracotomía o toracoscopia para ubicaciones más caudales. La estenosis esofágica como complicación del proceso de cicatrización posquirúrgico, se maneja con dilataciones endoscópicas con balón, que de igual manera existe el riesgo de provocar la recurrencia de la fistula.[5,6]

En cuanto a las dilataciones endoscópicas seriadas (DE) con bujías semirrígidas de Savary-Giliard o dilatadores de balón son el tratamiento de referencia de la (EE) en la edad pediátrica. En el caso de la estenosis esofágica recurrente (incapacidad de mantener un diámetro luminal satisfactorio durante cuatro semanas una vez que se ha alcanzado un diámetro de alimentación adecuado para la edad), las dilataciones reiteradas aumentan el riesgo de complicaciones y pueden causar problemas psicológicos en los niños, con altos costos para las familias y los sistemas de salud.[7]

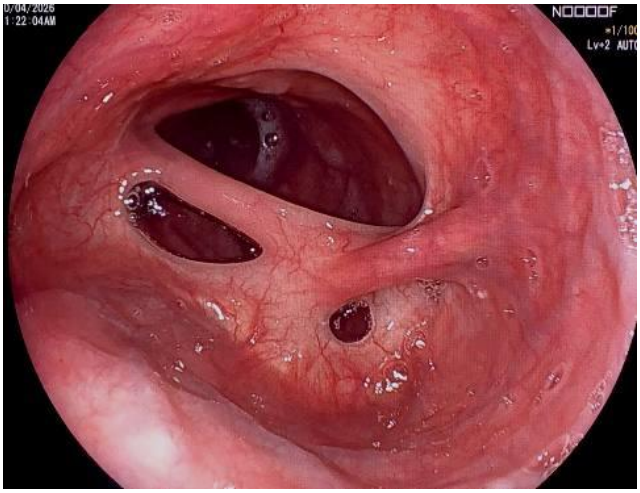
Por el motivo anteriormente explicado, se plantea la terapia incisional endoscópica (TIE) siendo este un procedimiento mínimamente invasivo empleado en el tratamiento de la (EE). Esta técnica utiliza un bisturí endoscópico para crear incisiones a través de esta, empleando electrocirugía monopolar de alta frecuencia. La aplicación electroquirúrgica implica una acción de doble fase, que comienza con un ciclo de corte para la incisión, seguido de un ciclo de coagulación para lograr la hemostasia.[8] En respuesta a esta condición, se plantea como objetivo la corrección mediante Septotomía/terapia incisional endoscópica de banda fibrosa esofágica secuela de cicatrización post cirugía por fístula traqueoesofágica congénita.

Presentación del caso clínico

Se presenta el caso de un paciente masculino de 17 años, con antecedente de fístula Traqueo-Esofágica congénita corregida quirúrgicamente a los dos días de nacido, quien acudió por presentar disfagia progresiva de dos meses de evolución aproximadamente, asociada a pirosis y regurgitación de larga data. Motivo por el cual se procede a realizar endoscopia digestiva superior (EDS).

Paciente es sometido a (EDS), en posición decúbito lateral izquierdo se introduce gastroscopio estándar (Fujifilm EG 760Z) bajo la medicación implementada de Doricum más Propofol asistida por anestesiólogo; evidenciándose esófago de calibre disminuido en la unión del tercio superior con el tercio medio, en dicha área se proyectan dos septums mucosos de un lado de la pared al otro, creando puentes fibrosos que dejan espacios que comunican el esófago proximal con el distal (**Figura 1**). Mucosa, de 1/3 inferior con erosiones longitudinales, mayores de 1 cm, que abarcan el 75% de la circunferencia esofágica. La transición escamocolumnar coincide con la impresión diafragmática. El estómago y Duodeno normal. Dicho procedimiento contó con una buena tolerancia. Se establecieron los diagnósticos de septum fibroso intraluminal del esófago que divide el lumen en dos trayectos paralelos y esofagitis péptica grado C en el tercio inferior.

Figura 1. Septums mucosos en luz Esofágica



Se procede a realizar terapéutica, en la cual se secciona uno de los septos, el de mayor longitud y el que ocupaba mayor espacio en la luz, con asa de polipectomía mediante la modalidad de solo corte (Endocut), lográndose ampliar de forma importante la luz esofágica (**Figura 2 y 3**).

Figura 2. Asa de Polipectomía preparada para corte de septum

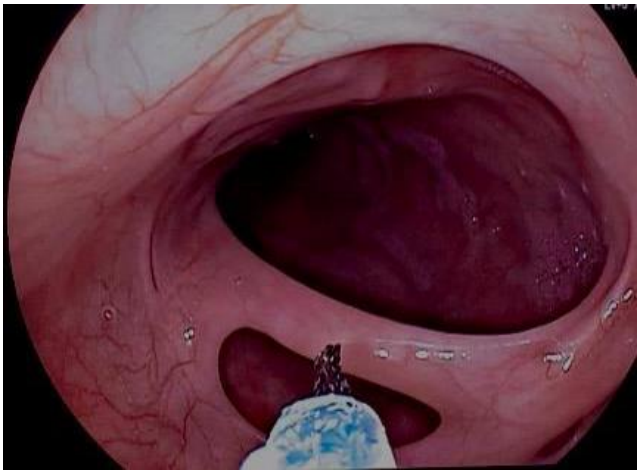
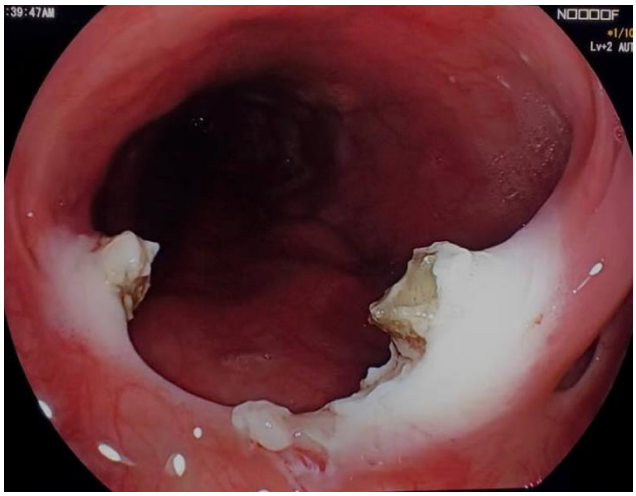


Figura 3. Luz esofágica ampliada posterior a corte de Septum



Durante las primeras 72 horas se hizo seguimiento estricto de signos y síntomas para descartar la aparición de fiebre, dolor torácico, tos, odinofagia o disnea, este no presentó ningún tipo de complicaciones. Al mes es citado para su evaluación, donde refirió ausencia de disfagia.

Discusión

En primer lugar, es fundamental señalar que las complicaciones estenóticas, membranosas o septales tras la corrección neonatal de una fístula traqueoesofágica (FTE) suelen causar disfagia tardía en la juventud o adultez, persistiendo en el 50.3% de los pacientes adultos. Esta condición se ve favorecida por el reflujo gastroesofágico crónico presente en hasta un 96.7% de los casos (40.2% con esofagitis activa y 56.5% sin esta), cuyo ambiente inflamatorio continuo promueve la formación de cicatrices y membranas obstructivas a largo plazo.[5]

Esta presentación tardía coincide con lo reportado en un estudio del 2017 donde se menciona como la primera serie de complicaciones congénitas y recurrentes en adultos, donde la edad de manifestación osciló entre los 15 y los 65 años. En dichos pacientes adultos, la disfagia y la dilatación esofágica proximal al sitio de estenosis cicatrizal previa fueron hallazgos clínicos determinantes.[9] En el caso de nuestro paciente de 17 años, el desarrollo de bandas mucosas y fibrosas representa una variante morfológica atípica de estas complicaciones cicatrizales, exacerbada por una esofagitis péptica severa que afectaba el 75% de la circunferencia del esófago distal, esofagitis péptica grado C.

Tomando como punto de partida estas observaciones, se plantea que el hallazgo endoscópico en nuestro paciente de 17 años revela una variante morfológica excepcionalmente atípica de las complicaciones cicatrizales tardías tras la reparación de una FTE. A diferencia de las estenosis concéntricas habituales las cuales representan una de las secuelas postquirúrgicas más comunes y afectan a cerca del 35% de los casos operados o de las fístulas esófago-esofágicas que condicionan un esófago de doble luz real.[5,12,13] Nuestro paciente presentó múltiples bandas muco-fibrosa intraluminal que cruzaba de una pared a otra, dividiendo el tránsito, pero manteniendo una luz esofágica única.

Proponemos que esta presentación atípica es el resultado de un proceso de cicatrización fenestrada o en puente, catalizado por la coexistencia de una esofagitis péptica severa grado C de Los Ángeles y la dismotilidad esofágica intrínseca. Esta última complicación, observable en el 75% al 100% de los pacientes postoperados de FTE, condiciona un aclaramiento esofágico deficiente y un vaciamiento ineficaz. La exposición ácida crónica y masiva erosionó de manera focalizada pliegues mucosos opuestos; la hipomotilidad y el colapso pasivo del esófago permitieron que estas áreas denudadas permanecieran en contacto prolongado durante la fase de reparación, fusionándose y organizándose en puentes cicatrizales cubiertos de epitelio en lugar de retraerse de forma circunferencial.

Aunque en la literatura clásica establece que el bisturí endoscópico (needle-knife, IT-knife o hook-knife) es el estándar de oro moderno para la TIE, el uso del asa de polipectomía (ya sea utilizando la punta expuesta como estilete de cauterio o realizando una resección/disección directa) cuenta con reportes históricos y series de casos bien documentadas. Se decidió la implementación del asa de polipectomía por su disponibilidad y endocut de tal manera de producir menos calor y la reducción de la posibilidad de perforación y de una mejor distensión esofágica por disminución de la fibrosis cicatricial generada por el calor, de igual manera el movimiento de corte se realizó orientándose desde la periferia al centro para evitar tocar la pared esofágica. La TIE, realizada con un bisturí de aguja o asa de polipectomía y evaluada en series de casos pequeñas, es segura y particularmente efectiva en estenosis cortas (<10 mm). En un estudio se utilizó en pacientes previamente tratados con terapia de dilatación o no, y mostró una tasa de éxito del 87,5 % después de una sola sesión.[10]

En comparación con la terapia de dilatación continua, la TIE tuvo un mejor desempeño que la dilatación con tasas de permeabilidad significativamente más altas a los 6 meses (65,3% frente a 19,8%) y a los 12 meses (61,5% frente a 19,8%) de seguimiento.[11] En otro estudio se menciona los resultados de 133 procedimientos de TIE esofágica en pacientes pediátricos, informando una tasa de éxito del 61% al 100% (para estenosis refractarias y no refractarias, respectivamente) y una tasa de eventos adversos del 5,3%.[8]

Conclusiones

Ante la presentación inusual de bandas muco-fibrosas intraluminales en el esófago como complicación posquirúrgica tardía atípica por corrección neonatal de una fístula traqueoesofágica, la terapia incisional endoscópica (TIE) con asa de polipectomía con Endocut es una alternativa terapéutica altamente eficaz como solución a problemas de disfagia asociado al tránsito anormal del esófago vinculado a estas bandas muco-fibrosas.

Conflictos de interés

Los autores declaran no poseer conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

Esta investigación no contó con apoyo financiero de ninguna entidad pública, comercial o sin fines de lucro.

Este es un artículo de acceso abierto.

Fecha de recepción: 12/11/2025
Fecha de revisión: 24/11/2025
Fecha de aprobación: 26/09/2026

Referencias

1. Lynch KL. Disfagia [Internet]. Manual MSD versión para profesionales; 2026. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/trastornos-esofágicos-y-de-la-deglución/disfagia

2. Francis E, Lundberg M, Yerraguntla S, Klein J, McElhanon B, Sharp WG, et al. Prevalence of a history of dysphagia among pediatric patients with avoidant/restrictive food intake disorder. J Otolaryngol Head Neck Surg. 2025;54. doi:10.1177/191602162513 38250.

3. Acher CW, Ostlie DJ, Leys CM, Struckmeyer S, Parker M, Nichol PF. Long-term outcomes of patients with tracheoesophageal fistula/esophageal atresia: survey results from tracheoesophageal fistula/esophageal atresia online communities. Eur J Pediatr Surg. 2016;26(6):476-80. doi:10.1055/s-0035-1570103.

4. Bakal U, Ersoz F, Eker I, Sarac M, Aydin M, Kazez A. Long-term prognosis of patients with esophageal atresia and/or tracheoesophageal fistula. Indian J Pediatr. 2016;83(5):401-4. doi:10.1007/s12098-015-1930-0.

5. Salik I, Paul M. Tracheoesophageal fistula. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535376/

6. Durakbasa CU. Management of congenital isolated H-type tracheoesophageal fistula. Curr Chall Thorac Surg. 2022;4:23. doi:10.21037/ccts-20-150.

7. Imondi C, Bartoli ME, Torroni F, Faraci S, Caldaro T, De Angelis P, et al. Innovative endoscopic alternatives for the conservative management of recurrent/refractory esophageal strictures in children: a case series. World J Gastrointest Endosc. 2025;17(8):104238. doi:10.4253/wjge.v17.i8.104238.

8. Rechtman OG, Slae M. Endoscopic incisional therapy for esophageal strictures in children: a retrospective cohort study. Surg Endosc. 2026;40:824-30. doi:10.1007/s00464-025-12477-8.

9. Downey P, Middlesworth W, Bacchetta M, Sonett J. Recurrent and congenital tracheoesophageal fistula in adults. Eur J Cardiothorac Surg. 2017;52(6):1218-22. doi:10.1093/ejcts/ezx164.

10. Casadei A, De Padova A, Manzi I, Ricci E. Therapeutic endoscopy for the treatment of benign anastomotic strictures. In: Galloro G, editor. Endoscopic follow-up of digestive anastomosis. Milan: Springer; 2014. p. 93-104. doi:10.1007/978-88-470-5370-0_13.

11. Samanta J, Dhaka N, Sinha SK, Kochhar R. Endoscopic incisional therapy for benign esophageal strictures: technique and results. World J Gastrointest Endosc. 2015;7(19):1318-26. doi:10.4253/wjge.v7.i19.1318.

12. Rubel CS, Fluxa GF, Fabre P, Ferraris M, Ramirez A. Endoscopic esophageal septotomy. VideoGIE. 2018;3(11):341-2. doi:10.1016/j.vgie.2017.12.009.

13. Rao R, Sweis R, Everson M, Plumb A, Haidry R. A case of dysphagia secondary to a double-lumen esophagus: endoscopic management with septotomy. VideoGIE. 2020;5(3):98-101. doi:10.1016/j.vgie.2019.11.015.