

Temas de actualización *del Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Cirugía General*

Atresia, estenosis y fístulas congénitas del esófago

Dr. Alejandro García Gutiérrez¹

1. CLASIFICACIÓN

- 1.1. Atresia esofágica sola, sin comunicación fistulosa con la tráquea (5 % de los pacientes).
- 1.2. Atresia esofágica con fístula traqueoesofágica proximal.
- 1.3. Atresia del esófago con fístula traqueoesofágica distal o inferior (Aproximadamente 90 % de los pacientes).
- 1.4. Atresia esofágica con doble fístula, proximal y distal.
- 1.5. Fístula traqueoesofágica congénita sin atresia del esófago.
- 1.6. Estenosis esofágica congénita.

2. DIAGNÓSTICO

- 2.1. El diagnóstico se puede hacer en su gran mayoría en el examen primario, por el neonatólogo, en el cunero, basándose en el nivel de sospecha y el no paso de la sonda de Nélaton nasogástrica. Más frecuente en niños de menos de 2500 g. Es usual verla en fetos procedentes de embarazos con polihidramnios.
- 2.2. Síntomas respiratorios: tos, disnea, continua o intermitente, cianosis, por paso directo de secreciones o alimentos, o por reflujo, en las variedades con fístula, o por broncoaspiración, cuyos síntomas se exacerban con la ingestión de alimentos.
- 2.3. Sialorrea.
- 2.4. Regurgitación de los líquidos ingeridos.
- 2.5. El examen físico del tórax puede mostrar estertores pulmonares húmedos.
- 2.6. El abdomen puede estar escavado, en la variedad sin fístula, o distendido, en la que se acompaña de fístula traqueoesofágica distal.
- 2.7. Al introducir una sonda en el esófago, ella quedará detenida a una distancia variable en su trayecto. Se debe tener en cuenta la posibilidad de una acodadura de la sonda.
- 2.8. La variedad de fístula sin atresia puede sospecharse si el paciente presenta bronconeumonías a repetición o crisis de disnea o sofocación cuando ingiere alimentos.

3. EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

3.1. Radiografía simple de tórax.

3.2. Radiografía simple del abdomen: mostrará la presencia o ausencia de gases en el abdomen, según se trate de la variedad con fístula traqueoesofágica distal o sin ella.

3.3. Examen radiológico contrastado : Se pasará una sonda Nélaton num. 8 o 10 F a la bolsa esofágica superior (Preferiblemente por una fosa nasal), se aspirará su contenido y se instilará de ½ a 1 ml de contraste yodado hidrosoluble, o 5 ml de aire y se realizará un estudio radiológico del tórax en vistas anteroposterior y lateral en posición vertical. Mediante este estudio se podrá visualizar la bolsa esofágica superior.

Se aspirará cuidadosamente el contenido esofágico al final de esta investigación. En la variedad de fístula sin atresia se realizará el estudio radiológico del esófago en decúbito prono y en vista lateral.

3.4. Esofagoscopia: Realizada con un endoscopio infantil de fibra óptica, está indicada especialmente en las estenosis congénitas del esófago, para confirmar el diagnóstico y precisar su calibre y extensión. Es de gran valor para conocer la evolución de la estenosis después de las dilataciones y, en algunas ocasiones, puede constituir el medio para la colocación de una prótesis autoexpandible.

4. TRATAMIENTO

El único tratamiento adecuado consiste en la intervención quirúrgica (En un centro pediátrico docente).

4.1. Medidas preoperatorios.

4.1.1. Colocar al paciente en una incubadora en posición semisentada, para evitar el reflujo de las secreciones gástricas a las vías respiratorias. Excepcionalmente, en la variedad con fístula traqueoesofágica proximal o en la variedad sin fístula, se colocará al paciente en la posición de Trendelenburg.

4.1.2. Se aspirarán las secreciones bucofaríngeas de modo constante o intermitente (Cada 10 ó 15 minutos).

4.1.3. Si las secreciones traqueobronquiales fueran muy abundantes, se realizará laringoscopia directa y aspiración intratraqueal, o, si fuera necesario, broncoaspiraciones.

4.1.4. Se tomarán muestras de las secreciones bucofaríngeas, para estudio bacteriológico (cultivo y antibiograma).

4.1.5. Hidratación por vía parenteral.

4.1.6. Antibióticoterapia de amplio espectro.

4.1.7. Se administrarán vitaminas: K (0,5 mg) y C (50 mg) por vía Intramuscular.

4.2. Elección de la técnica

4.2.1. Atresia esofágica con fístula traqueoesofágica distal: El procedimiento indicado consiste en practicar una toracotomía derecha, seccionar la fístula en su desembocadura en la tráquea y suturar ambos extremos con material fino no absorbible. A continuación se realiza la anastomosis primaria de ambas porciones del esófago con material de sutura de reabsorción tardía (De ácido poliglicólico) o irreabsorbible, 000 o más fino, en un solo plano a puntos separados.

Si esta anastomosis no fuera posible, por la gran separación de ambos cabos, se ligará la fístula y se abocará el cabo superior al cuello y, en un segundo tiempo, se procederá a realizar una sustitución esofágica, preferentemente con un segmento pediculado de colon. Al final, se practicará una gastrostomía complementaria con la finalidad de garantizar la alimentación precoz del paciente.

4.2.2. En las demás atresias esofágicas con fístula, proximal o doble, se seguirán los mismos principios: sección y sutura de las fístulas y anastomosis término-terminal de ambos extremos del esófago y si esto no fuera posible, se realizará un reemplazo del esófago.

4.2.3. En la fístula traqueoesofágica sin atresia, se realizará la sección de la fístula y sutura de ambos cabos en la misma forma.

4.2.4. En la atresia del esófago sin fístula, generalmente los extremos están tan separados que es imposible realizar una anastomosis término-terminal, por lo que se procederá a un reemplazo subtotal del esófago, preferentemente con un segmento pediculado del colon, si el paciente no presenta un proceso inflamatorio agudo del aparato respiratorio, en cuyo caso se debe practicar una esofagostomía cervical, dejando un segmento lo mas largo posible para facilitar su ulterior anastomosis cuando se realice la esofagoplastia en un segundo tiempo. El cabo distal del esófago se sutura y se deja abandonado en el mediastino.

4.2.5. Las estenosis congénitas del esófago generalmente permiten un tratamiento más tardío. De inicio deben preferirse los métodos conservadores: dilataciones y colocación de prótesis autoexpandibles, pero cuando estos procedimientos no son factibles, o fracasan, al no producir un alivio notable o la desaparición de la sintomatología, o cuando se acompañan de complicaciones respiratorias, deberá procederse a un tratamiento quirúrgico: Plastia local o reemplazo del esófago con segmentos pediculados de estómago, yeyuno o colon, según la localización y extensión de la estenosis, o mediante un autotrasplante de

yeyuno o colon, cuando la estenosis es del segmento cervical.

Cuando la estenosis interfiere severamente con la nutrición del paciente deberá realizarse previamente una gastrostomía o una yeyunostomía.

4.3. Medidas postoperatorias

4.3.1. Estos pacientes deben ser atendidos por enfermeras especializadas en cuidados intensivos y neonatología, con experiencia en el manejo de esta anomalía.

4.3.2. Colocar al paciente con la cabeza y el tórax ligeramente elevados. Cada media hora se le cambiará de un decúbito lateral al otro.

4.3.3. Aspirar las secreciones bucofaríngeas cada 10 a 15 minutos. A una sonda de Nélaton No. 8 ó 10, se le hace una marca que señale una distancia por encima del nivel de la sutura, para evitar que llegue a ese punto y la traumatice.

4.3.4. Hacer aspiraciones endotraqueales diarias, mediante laringoscopia directa, durante los primeros días del postoperatorio.

4.3.5. Se administrará oxígeno con alto grado de humedad, dentro de la incubadora.

4.3.6. Realizar hidratación parenteral durante 24 a 48 horas y comenzar después la alimentación por la gastrostomía.

4.3.7. Continuar la administración de antibióticos de amplio espectro, que se variarán si fuera necesario, de acuerdo con el resultado de los antibiogramas.

4.3.8. Realizar un estudio radiológico simple del tórax, en posición vertical, anteroposterior y laterales, durante los primeros 4 ó 5 días del período postoperatorio.

4.3.9. A los 7 u 8 días se realizará la comprobación de la permeabilidad y de la hermeticidad de la anastomosis, mediante la administración de una solución estéril coloreada con azul de metileno, para demostrar su salida por los drenajes y de una solución de contraste iodado hidrosoluble, cuyo tránsito se evidenciará mediante radiología con pantalla de televisión y placas radiográficas.

¹ Profesor de Mérito (ISCM-H), Profesor Titular de Cirugía (Consultante), Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García, Especialista de II Grado en Cirugía General, Jefe del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.