Rev. Cir. Uruguay, V. 36, Nº 3-4: 266-269, jul./dic., 1966

Atresia de esófago *

Una observación. Curación

Dr. FOLCO ROSA

Es mi deseo contribuir a la casuística nacional con una nueva observación de atresia de esófago intervenida con éxito.

Observación Nº 26.818 del I. Q. T.— Sexo: femenino. Edad: 2 días. Procedencia: Tacuarembó. Peso al nacer: 3kg.100.

Al recibir la primera mamadera, regurgitaciones, flemas y cianosis marcada.

21-VI-65: Se intenta pasar una sonda gástrica que se detiene. Se le practica entonces una radiografía contrastada, utilizándose bario, que mostró una bolsa esofágica y gases en el estómago (fig. 1). Con este examen se diagnostica atresia de esófago, con fístula traqueo-esofágica inferior (tipo 3b de la clasificación de Vogt.). Es enviada a Montevideo.

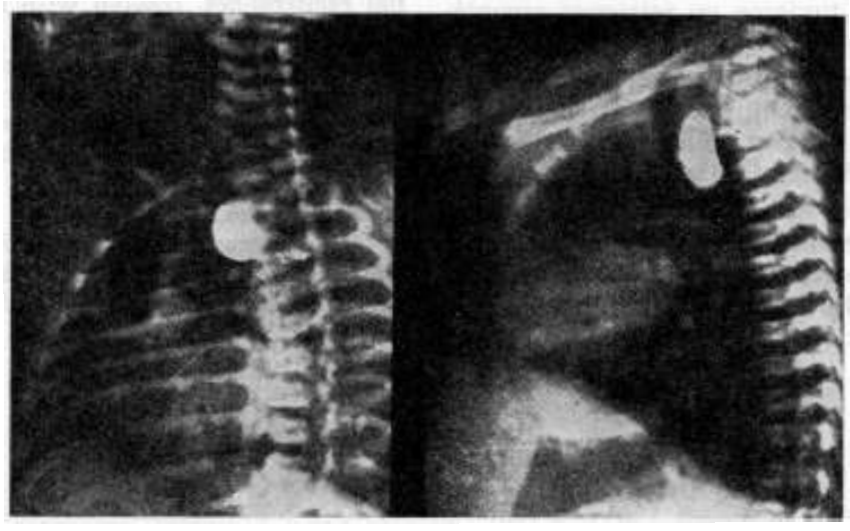

Fig. 1.

22-VI-65: Ingresa al Instituto Quirúrgico Traumatológico. Pesa 2kg.700. Se coloca en carpa de oxígeno; cambiándola de posición y aspirando secreciones nasofaríngeas periódicamente.

Operación (22-VI-65): Anestesia general. Posición decúbito lateral izquierdo. Toracotomía en 4º espacio intercostal derecho. Pulmón de aspecto y coloración normal. Reclinado hacia adelante se visualiza la vena ázigos, que se secciona entre dos ligaduras. Abertura de la pleura mediastinal. Aorta en dextroposición. El cabo distal del esófago tiene alrededor de 4 mm. de diámetro y está casi adosado al cabo superior y en comunicación con la pared posterior de la tráquea. Se secciona. Doble ligadura del mismo. En este momento el anestesista pasa una sonda de polietileno hacia el cabo proximal. Abertura de éste y pasaje de la sonda a través del cabo distal hasta el estómago. Sutura del esófago en un plano con puntos separados de deknatel 5-0, haciéndose los nudos hacia afuera y sobre el cabo distal. Drenaje pleural con sonda Nélaton 12, exteriorizada de la manera habitual. Cierre por planos. Nylon en la piel. Al finalizar la intervención gran cianosis por anoxia, provocada por obstrucción del tubo traqueal. Al retirarse éste se comprueba que la causa de la obstrucción era un tapón de bario. La niña se recuperó rápidamente.

* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 28 de julio de 1965.

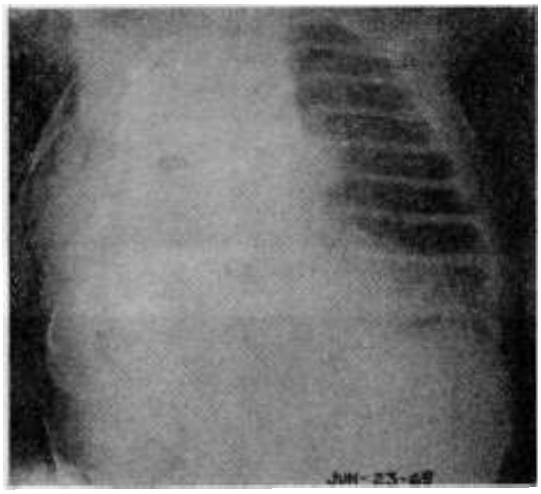

FIG. 2.

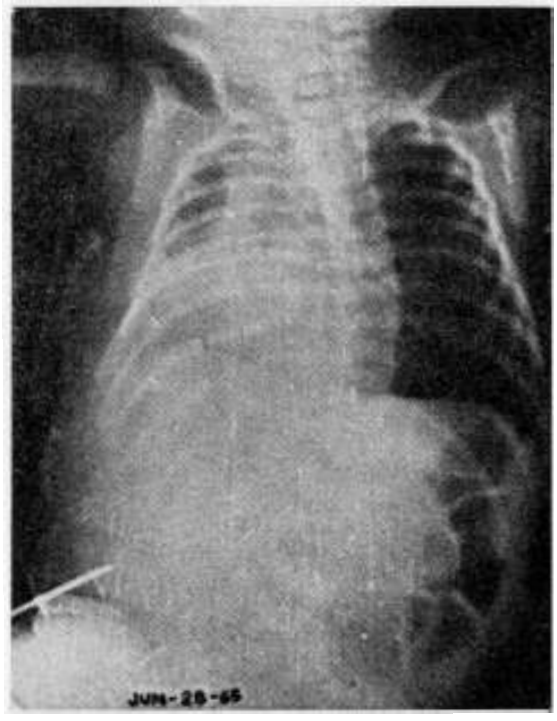

FIG. 3.

Transfusión intraoperatoria: 40 c.c.

Postoperatorio: Resumiremos los hechos más salientes.

Primer día: Atelectasia del pulmón derecho (fig. 2) que obliga a tres broncoaspiraciones, dos el primer día de la intervención y la restante al tercer día. Se aclara el campo pulmonar progresivamente (figs. 3 y 5).

Segundo día: Se sale la sonda gástrica. Fue necesario cateterizar la vena umbilical para hidratarla por vía parenteral.

Octavo día: Radiografía de esófago contrastada con hypaque (fig. 4). Buen pasaje al estómago. No hay fistulización.

Noveno día: Se retira el catéter de la vena umbilical y se comienza la alimentación oral.

Diecisieteavo día: Evolución ulterior muy satisfactoria. Peso: 2kg.900. *Alta* (figs. 6, 7 y 8).

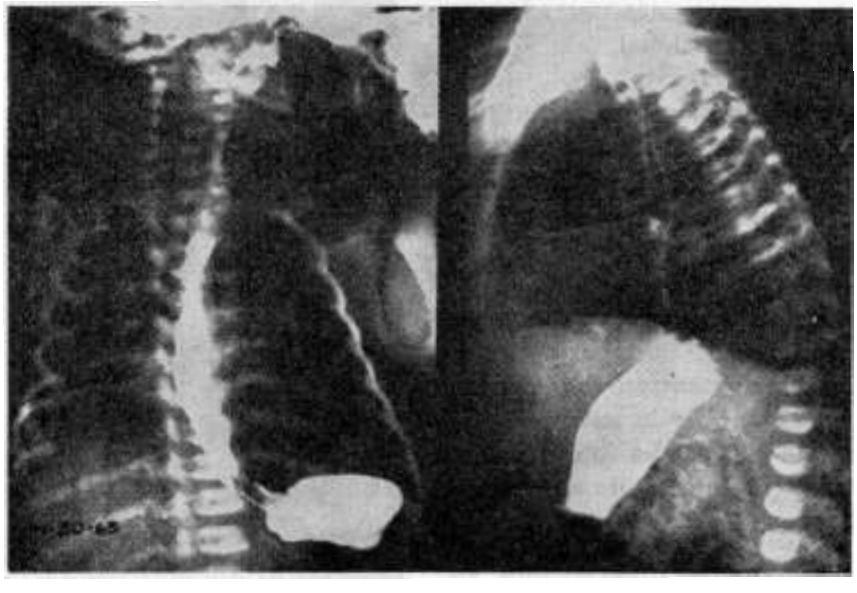

FIG. 4.

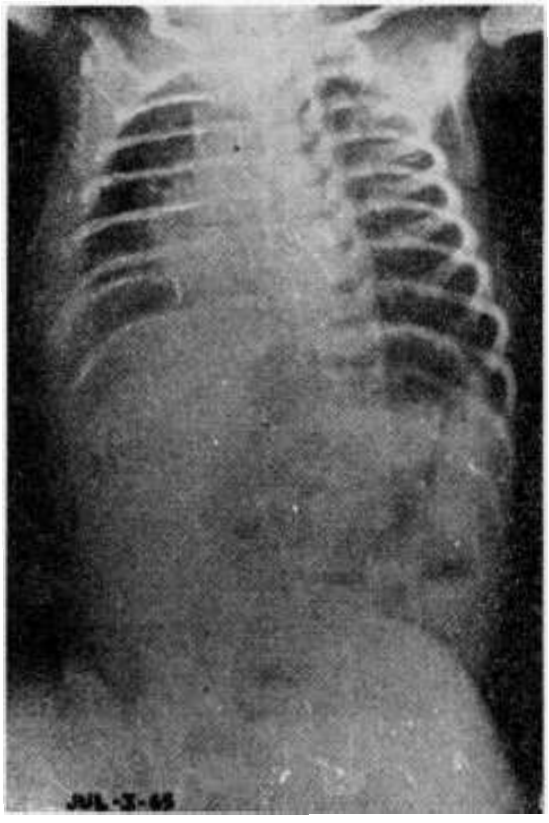

FIG. 5.

FIG. 6.

FIG. 7.

FIG. 8.

El interés de esta comunicación surge de:

1) Aportar un caso más operado con éxito a la casuística nacional.

2) La radiografía de contraste fue realizada con bario, el que pese a estar muy diluido, dio origen a la obstrucción del tubo traqueal y en parte fue responsable de la atelectasia postoperatoria.

3) Se confirma una vez más que los cuidados de enfermería postoperatorios y el local en que se encuentran este tipo de enfermos, pueden decidir la suerte de los mismos. Es ésta la octava observación, operada con éxito, de atresia de esófago en nuestro medio.

De ellas, seis fueron intervenidas en medios sanatoriales.

RESUMEN

Se presenta una observación de atresia de esófago en una niña de 2 días, operada con éxito.

RÉSUMÉ

On présente une observation d'atrésie œsophagique dans une enfant âgée de deux jours qui fut opérée avec succès.

SUMMARY

A case of esphageal atresia is observed in a two days old child, who has been successfully operated.

DISCUSION

Dr. Carlos Stajano: No es mi intento tocar el problema especializado de la cirugía del esófago, pero esa placa que se denomina de atelectasia es una manifestación radiológica opaca y uniforme de todo el hemitórax derecho opacificando costillas en todo un velo homogéneo lo que hace pensar en muchas placas denominadas atelectasias erróneamente y son fluxiones intersticiales de la subserosa de la pared costal. En la obturación bronquial se puede percibir el pulmón retraído disminuido de volumen dentro de la cavidad pleural, pero en aquellos casos las sombras no son tan homogéneas, y de tal extensión. Cuando no se ven costillas, no se ve absolutamente nada, no se ve ningún espacio pleural deshabitado. Esas placas revelan un velo opaco que se disipa como una tormenta de verano, al día siguiente o a los dos días, desapareciendo sin haber dado el menor síndrome respiratorio. Pienso que en este caso el pulmón no ha participado grandemente, y que esa opacidad homogénea que toma desde la clavícula hasta el reborde y se extiende hasta el otro lado, es una sombra que no responde a la cavidad pleural ni al pulmón, sino a una opacidad de toda la pared, de toda la subpleura que está congestiva, traduciendo una fluxión intersticial refleja de todo el espacio subpleural. Esas placas se ven muy frecuentemente. La misma fluxión intersticial que hay en el pulmón por muchas causas hace participar al espacio subpleural y es el que da esa sombra homogénea prácticamente extratorácica. Posiblemente la predominancia en la pared da la prueba que no ha dado síndrome de insuficiencia respiratoria y fugazmente a los dos días todo desapareció. Llamo la atención, sobre este aspecto, conversado muchas veces con el radiólogo.

Nuestro concepto de la llamada atelectasia es ya bien conocido. Es una fluxión vasculointersticial refleja provocada por muchas causas. Puede ser de origen bronquial, puede ser de origen esofágico, puede ser de origen pleural o de origen visceral distante, como de origen traumático operatorio provocando por vía refleja la congestión vascular, participando extensamente, tanto en el pulmón como en toda la pared.

Felicito al Dr. Folco Rosa por su caso interesante y exitoso.

Dr. Folco Rosa: Agradezco las expresiones que han tenido quienes comentaron el trabajo. Agregamos que otra de las condiciones que favorecieron la evolución fue que se pudiera cateterizar la vena umbilicar, luego que se sacó la sonda gástrica porque pudo ser hidratada durante una semana más por esta vía.

En cuanto a lo que dice el Dr. Stajano, yo conozco sus ideas, también estoy de acuerdo. En este caso, además, hubo un factor mecánico, porque evidentemente en la intervención se le retiró un tapón de bario y varios días después en la brocoaspiración otro. Evidentemente la evolución fue muy favorable y muy rápida, lo que confirma sus teorías.