

Atresia del esófago

Operación, evolución

Dr. FOLCO ROSA

"La atresia del esófago con o sin fístula traqueoesofágica se ha vuelto un problema desconcertante para el cirujano. Si existe un cirujano que no haya tenido numerosas contrariedades y penosas desdichas tratando de salvar la vida de estos enfermos, yo jamás he oído hablar de él".

WILLIAM E. LADD.

La cirugía pediátrica ha hecho grandes progresos en los últimos quince años, ya sea en el campo del diagnóstico como en el de la técnica (6, 10).

La cirugía del recién nacido, considerada de gran gravedad por su elevada mortalidad, ha entrado actualmente en la rutina de los servicios especializados, bien organizados, con resultados cada vez más alentadores.

Estos progresos han sido posibles gracias a una perfecta adaptación al recién nacido de las técnicas de anestesia y sobre todo de reanimación.

Actualmente es posible operar, con un gran margen de seguridad, lesiones imputadas hasta hace unos años como inabordables y de llevar a feliz término intervenciones largas y minuciosas para la restauración de órganos con resultados lo más aproximados posible al estado normal.

La atresia del esófago es un ejemplo bien demostrativo de este dominio de la cirugía del recién nacido (11, 12, 13, 16, 17, 20).

Es respecto a esta malformación del tubo digestivo que aportamos una nueva observación (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 14, 15, 18, 19, 21, 22) intervenida con éxito, y en la que la evolución fue muy accidentada.

Hospital de Clínicas. Reg. Nº 272.300. Sexo femenino.

4-X-1968. Hora 9.30: Nacimiento. Peso: 2 Ks. 600 gr. Hora 10.30: Abundantes secreciones bronquiales. Hora 15.30: Abundantes

secreciones, estertores subcrepitantes gruesos en ambos campos pulmonares. Se pasa una sonda nasal que se detiene a los 9 cm. Hora 17: Radiografía contrastada del esófago (fig. 1). Bolsa esofágica. Gases en estómago e intestino delgado. *Diagnóstico:* Atresia del esófago tipo 3 b de Vogt. Se coloca en carpa de oxígeno con ambiente húmedo y se procede a aspirarle las secreciones y cambiarle de posición periódicamente.

5-X-1968. Hora 7.30: *Operación:* Previamente descubierta de la safena en el cuello del pie. Toracotomía en el 4º espacio intercostal derecho. Ligadura de la fístula traqueo-



FIG. 1.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 9 de julio de 1969.

* Docente Adscripto de Cirugía Infantil (Facultad de Medicina de Montevideo).

esofágica. Anastomosis terminoterminal del esófago en un plano sobre sonda que llega al estómago. Algunos puntos en U. Drenaje pleural y cierre de la pared de la manera habitual.

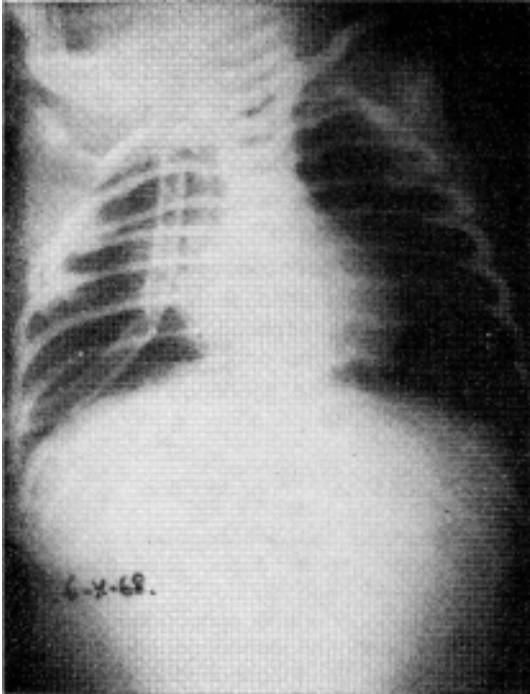


FIG. 2.



FIG. 3.

Se retiró la sonda gástrica luego de la anastomosis.

6-X-1968. Radiografía de tórax (fig. 2). Se retira el tubo de drenaje pleural.

9-X-1968. Radiografía de tórax (fig. 3). Neumomediastino y neumotórax derechos. Sospecha de dehiscencia de la sutura.

10-X-1968. Sale líquido purulento por el orificio del drenaje pleural. Se instala un nuevo drenaje pasando por el mismo orificio una sonda Nélaton 12. Se decide hacer una gas-

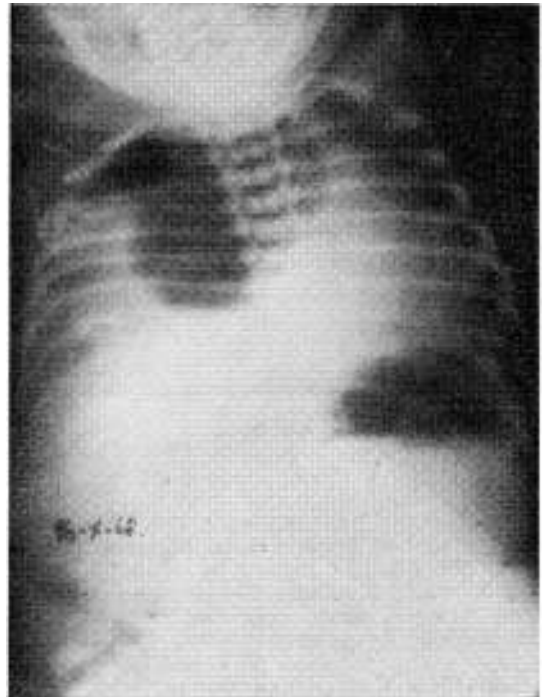


FIG. 4.

trostomía por tenerse casi la certeza de que ha habido una dehiscencia de la sutura.

11-X-1968. Se comienza la alimentación por la gastrostomía, pero se mantiene la vía parenteral. Peso: 2 Ks. 325 gr.

13-X-1968. Ha decaído el estado general. Aparece contenido gástrico por el tubo pleural. Se le dan dos cucharaditas de suero fisiológico con 2 cm. de azul de metileno por vía oral y aparecen por el tubo de drenaje pleural. Se confirma la existencia de una fístula esofágica.

14-X-1968. Durante un llanto, crisis de cianosis generalizada con marcada polipnea, aleteo nasal y quejido respiratorio. Se aspiran secreciones y se le suministra oxígeno por catéter nasal; se fue recuperando lentamente.

16-X-1968. Rostro plomizo, cianosis de tronco. Miembros de color rosado pálido. Deprimida, algo obnubilada, disnea intensa. Frecuencia respiratoria 64 p.m. Radiografía de



FIG. 5.

tórax (fig. 4). Neumotórax a tensión. Hernia del mediastino. Toracentesis. Mejoría casi inmediata.

19-X-1968. Epistaxis de pequeño volumen. Viene sangre oscura por la sonda pleural. Transfusión de sangre fresca. Vitamina K 10 mg.

23-X-1968. Curación. Dehiscencia de planos cutáneos en tercio anterior de la toracotomía.

27-X-1968. Vómito de alimentos; restablecimiento del tránsito esofágico.

5-XI-1968. Radiografía contrastada del esófago con hypaque (fig. 5). Tránsito restablecido. No hay fistula. Pequeña imagen diverticular a nivel de la zona de la anastomosis, probablemente donde se produjo la falla de la sutura. Se inicia alimentación por vía oral.

11-XI-1968. Se retira el drenaje pleural.

18-XI-1968. Se retira el tubo de gastrostomía. La toracotomía está cerrada totalmente. Evolución posterior en mejoría sostenida.

27-XI-1968. Peso 3 Ks. 140 gr. Alta en buenas condiciones a los 54 días. Actualmente tiene el peso y la talla correspondiente a la edad. Tolerancia bien los alimentos. No tiene disfgia ni tos.

CONSIDERACIONES

El interés de esta observación radica, a nuestro juicio, en: I) la instalación de una fistula esofágica, entre el tercero y

cuarto día del postoperatorio, por dehiscencia de la sutura; y II) la evolución favorable, pese a las graves alternativas que debieron ser sorteadas.

La causa de la dehiscencia de la sutura puede atribuirse a la infección, a un error de técnica o ambos a la vez. Quizá uno de los puntos en U que se practicaron fue necrotizante.

Hay que repetir aquí, y tenerla muy presente, una frase de Prevost y Renard: "La anastomosis de la atresia esofágica no tolera la mediocridad".

La evolución favorable creemos que se debe primordialmente a la perfecta conjunción del equipo medicoquirúrgico, complementado por una atención de enfermería verdaderamente ejemplar.

BIBLIOGRAFIA

1. ALONSO, J. M. Sobre malformaciones congénitas del esófago. *Revista Argentina de Oto-Rino-Laringol.*, 8, 6: 1-28, 1932.
2. ARRUTI, C. Atresia de esófago. *Duodécimo Congreso Uruguayo de Cirugía*, 2: 186-198, 1961.
3. BARANI, J. C. Atresia congénita de esófago. Primer caso operado exitosamente en América Latina. *An. Oto-Rino-Laringol.*, 20: 133-136, 1950.
4. BARANI, J. C. Patología del esófago en el niño. *Arch. Pediat. Uruguay*, 34: 289-291, 1963.
5. BARANI, J. C. y ALONSO REGULES, J. E. Lesiones del esófago puestas de manifiesto por los cuerpos extraños. *Arch. Pediat. Uruguay*, 26: 868-869, 1955.
6. BENSON, C. D., MUSTARD, W. T., RAVITCH, M. y otros. *Pediatric surgery*. Chicago. *Year Book Med. Publ.*, vol. 1, 1962.
7. CABRERA ROCA, M. Atresia experimental de esófago en perros fistula esofagotraqueal. *Arch. Pediat. del Uruguay*, 37: 835, 1966.
8. CASELLI, E. G. Atresia del esófago con fistula traqueoesofágica. *Arch. Pediat. del Uruguay*, 16: 246, 1945.
9. CASSINELLI, J. F. y TISCORNIA, R. E. Nuevo caso de atresia congénita del esófago. *Arch. Pediat. del Uruguay*, 15: 206-222, 1944.
10. GROSS, R. E. *The surgery of infancy and childhood*. Philadelphia, W. B. Saunders, 1953.
11. HAIGHT, C. Some observations on esophageal atresias and tracheo-esophageal fistulas of congenital origin. *J. Thoracic Surg.*, 34, 2: 141-172, 1957.
12. HOLDER, Th. M. Transpleural versus retropleural approach for repair of tracheoesophageal fistula. *Surg. Clin. North Am.*, 44, 6: 1433-1439, 1964.
13. KOOP, C. E. and VERHAGEN, A. Early management of atresia of the esophagus. *Surg. Gynecol. & Obst. Inter. Abstr.*, 113: 103-112, 1961.

14. MATTEO, A. L. Presentación de un film sobre anatomía patológica de atresia del esófago. *Arch. Pediat. del Uruguay*, 27: 422, 1956.
15. MOURIGAN, H., SOTO, J. A., MATTEO, A. L. y CURBELO URROZ, J. C. Atresia del esófago y fistula esofagotraqueal congénitas. *Arch. Pediat. Uruguay*, 20: 399-400, 1949.
1. POTTS, W. J. *The sugeon and the child*. Philadelphia, &. B. Saunders, 1959.
17. PREVOST, J. et RENARD, M. *L'atrésie congénitale de l'oesophage*. Paris, Doin, 1964.
18. RAMON GUERRA, A., CASSINELLI, J. F. y BAZZANO, H. C. Atresia congénita del esófago. *Arch. Pediat. del Uruguay*, 12: 285-316, 1941.
19. ROSA, F. Atresia de esófago. Una observación; curación. *Rev. Cirug. del Uruguay*, 36: 266-269, 1966.
20. TY, T. C., BRUNET, T. C. and BEARDMORE, H. E. A variation in the operative technic for the treatment of esophageal atresia with trachea esophageal fistulas. *J. Pediat. Surg.*, 2, 2: 118-126, 1967.
21. YANNICELLI, R. B. Atresia de esófago. A propósito de 3 casos intervenidos con éxito. *Rev. Cirug. del Uruguay*, 36: 43-48, 1966.
22. YANNICELLI, R. B. Atresia de esófago. Síntomas y diagnósticos. *Trigésimosexto Congreso Argentino de Cirugía*, p. 300-303. Mar del Plata, 1965.