

## ATRESIAS DEL APARATO DIGESTIVO

### Discusión

Dr. SOTO BLANCO.— Felicito al Dr. Yannicelli y a los colaboradores de este tema por todo lo que he aprendido en este momento.

Es importantísimo que en un niño que tiene su vida perdida, porque ha nacido con una malformación, el médico general y el cirujano se den cuenta de que esta malformación puede ser corregida y el niño vivir perfectamente bien. Cuando uno ve un niño, como el que trajo el Dr. Rodríguez Juanotena, que es bien regular, y sabe que tenía una malformación que la hubiera costado la vida —primer hijo, con todo el cariño que le pueden tener sus padres—, recién comprueba el valor del cirujano que lo intervino.

Yo no digo que todos sean éxitos, pero lo que hay que alabar en los cirujanos pediatras es que por lo menos tengan éxitos de cuando en cuando, porque es una tarea desastrosa, expuesta a todos los riesgos, expuesta al fracaso.

Por otra parte, hay niños que a nosotros, cirujanos generales, nos llegan y tenemos que verlos, pero a veces no los podemos trasladar. Esa es la situación de los colegas de campaña. Pero, es importante, aún estando alejado, el simple hecho de hacer el diagnóstico, por ejemplo, de una imperforación anal.

Agradezco al Dr. Yannicelli y a los colaboradores de saber que existe un medio de diagnóstico bueno: la radiología; y que algunos niños puedan ser curados.

Sr. COORDINADOR. Tengo que hacer algunas consideraciones para completar el tema, dado que no vino el Dr. Curbelo.

Hemos demostrado la posibilidad de hacer el tratamiento en la doble lesión —de los cabos distal y proximal— del tubo digestivo. Asimismo demostramos la gran resistencia del niño recién nacido, pero que indudablemente a esa resistencia hay que oponer la cantidad de dificultades que se van a presentar; es posible que durante el acto operatorio el anestésico y el cirujano tengan que advertir una bradicardia progresiva frente a la cual hay que suspender la intervención y oxigenar al enfermo para poder seguir posteriormente con ella. A veces hay que terminar el acto operatorio.

Nosotros tenemos grandes colaboradores en anestesia. De manera que podemos decir que en esa materia no tenemos dificultades. Consideramos que no debe usarse el curare en la cirugía de urgencia del recién nacido porque se han observado depresiones respiratorias inesperadas con este agente; este incidente no se encuentra cuando se hace exclusivamente éter y oxígeno.

Para tratar quirúrgicamente la atresia de esófago se hace una toracotomía más o menos a la altura del cuarto espacio. Cuando el cirujano encuentra la *ázigos* la liga y la corta. De esa manera queda descubierto el esófago. Entonces, se debe liberar alguno de los cabos: el superior o el inferior. El inferior es generalmente más fácil de ver; se libera y se le pasa una cinta de libera o algún catgut grueso. Se debe liberar, si es necesario, hasta el diafragma, de lo contrario cuando se lo acerca al otro cabo nos encontramos con que no hay posibilidades de hacer una sutura. Una vez liberado el cabo inferior se procede a la liberación del cabo superior. En los casos en que existe fístula esófagotraqueal —casi siempre— debe seccionarse antes de realizar la liberación del cabo superior. Por último debe realizarse la unión.

Cuando existe una fístula tráqueoesofágica, en cuanto sea posible, y antes de realizar la liberación de los cabos, debe hacerse la ligadura de ella, porque el anestésista al oxigenar a presión al enfermo está aumentando la distensión abdominal, puesto que al hacer pasar oxígeno a la vía respiratoria está insuflando a través de esa fístula la vía digestiva.

Posteriormente debe colocarse un tubo pleural por si hay una supuración, para asegurar una completa expansión pulmonar y, además, diría yo, para prevenir los efectos de una posible falla en la sutura. Hablamos de falla no porque se rompa el hilo o se desate; lo que pasa es que la nutrición de estos cabos —sobre todo en los niños que han tenido una evolución de varias horas y, especialmente, en los que vienen con malformaciones agregadas, con distensión abdominal, deshidratados— es tan precaria que hay un desgarramiento en la zona de sutura.

Lo único que me queda es agradecer a los que han colaborado en el tema, y lamentar la no concurrencia de algunos colegas que tienen experiencia.

Debo hacer notar que, a pesar de todo, hemos llegado a reunir en el núcleo de cirujanos de niños algunas atresias operadas con éxito, cosa que hasta hace unos años no teníamos. En el país tenemos seis atresias de esófago operadas con éxito: la primera, del Dr. Urioste, tres tiene el Dr. Curbelo y yo tengo dos. Son casos excepcionales, pero muy numerosos en relación a los que teníamos hace unos años. Creo que es una cuestión que la tenemos dominada y que hay varios cirujanos de niños en el país que la pueden hacer. Todo está en afinar un poco los equipos y que los enfermos lleguen en tiempo. De manera que ya se conoce una cosa que hasta hace poco no se conocía bien.

Además se han presentado casos de atresia de delgado, de colon, anorrectal, con éxito. De manera que, estamos también en condiciones de abordar esas malformaciones.

Desde luego que, como muy bien dijo el Dr. Soto Blanco, esta es una cirugía un poco desesperante, porque los enfermos de atresia de esófago mueren a veces por falla de la sutura, pero ésta viene como consecuencia de la infección del organismo del niño por el proceso pulmonar. Cuando los chicos son alimentados las sustancias pasan a la vía respiratoria y se produce una neumonía. La sutura es impecable pero la neumonía sigue evolucionando, y el terreno infectado es un mal lugar para las suturas. Sin embargo no hay que desesperar, y si se opera una atresia de esófago y aparece una fístula, no se debe dar por perdido el caso. Nosotros dejamos la sonda esofágica.

Espero que los colegas del interior traigan algunas contribuciones; para eso necesitan la colaboración de los que actúan en las maternidades para hacer un diagnóstico precoz. Con la simple realización del cateterismo rectosigmoideo, la simple colocación de la sonda rectal que obligue a revisar y a decir sí o no, llegaremos a ver si es positivo o negativo. Con una sonda rectal se puede saber si un niño tiene una atresia anal, anorrectal o sigmoidea baja. De manera que no se explica por qué se deja pasar tiempo.

La atresia de esófago es más difícil de diagnosticar, pero en aquellos lugares, por ejemplo la Caja de Asignaciones, donde hay un equipo pediátrico y donde hay elementos de maternidad que están permanentemente, se ha formado un personal especializado, en forma tal que cuando un niño empieza a salivar y a tener regurgitaciones se le advierte al pediatra que probablemente se trate de una fistula. No se le da nada a tomar; viene el pediatra, le intenta pasar una sonda. Esa sonda que se quiere pasar tiene una ventaja: que es de una fácil determinación; pero tiene un inconveniente, que lo hemos comprobado nosotros mismos y otros colegas experimentados en pasar sondas, que es el de que a veces uno tiene la impresión de que esa sonda pasa y no sucede así, se arrolla. Solamente en el caso de que pase al estómago y venga líquido gástrico se debe dar por pasaje positivo. En cambio, lo que es más categórico, y está al alcance de todos, es llevar el enfermo bajo una pantalla radiográfica, medio centímetro cúbico de lipiodol, colocar la sonda con la jeringuilla, mirar si hay un stop y aspirar en seguida .

Agradezco, repito, las colaboraciones a este tema y la atención que se le ha prestado al mismo.