

Guías Nacionales de Neonatología

Ministerio de Salud - Chile

2005

ATRESIA ESOFAGICA

- La atresia esofágica es una malformación del intestino anterior consistente en la falta de continuidad del esófago a nivel torácico.
- Junto a esto existe comunicación entre el esófago y la vía aérea (tráquea) constituyendo una fístula tráqueoesofágica .
- De las distintas combinaciones posibles entre los segmentos atrésicos y la comunicación con la tráquea surge la clasificación de la enfermedad.

CLASIFICACIÓN:

- Atresia esofágica con fístula distal (88%) (AE con FTE)
- Atresia esofágica sin fístula tráqueoesofágica (7%) (AE sin FTE)
- Atresia esofágica con fístula tráqueoesofágica proximal (1-2%)
- Fístula traqueo esofágica sin atresia (fístula en H) (1%)
- Atresia esofágica con doble fístula, proximal y distal (1-4%)

INCIDENCIA Ocurre en 1/3.000 a 3.500 recién nacidos, se asocia a otras malformaciones en un 40% de los casos.

DIAGNOSTICO:

- Sospecha Prenatal :
 - Presencia de polihidroamnios
 - Ausencia de visualización prenatal de bolsa gástrica.
- Sospecha al nacer :
 - RN con sialorrea y/o cianosis secundaria a ella. Las secreciones desaparecen al ser aspiradas pero rápidamente el RN vuelve a llenarse de secreciones.
 - No paso de la sonda gástrica durante atención inmediata.
- Confirmación :
 - Instalar por boca una sonda número 10 , (evitar que se doble) , tomar Rx de tórax sin medio de contraste . Colocar previamente 2 ml de aire para mejorar visualización del cabo proximal del esófago.
 - La radiografía de tórax AP y lateral muestra discontinuidad del esófago con dilatación del cabo proximal de éste . Si hay aire en el tubo digestivo, indica fístula traqueo esofágica.
 - La radiografía puede mostrar asociación con malformaciones vertebrales (Asociación VACTER) .

MANEJO Y TRATAMIENTO:

Una vez realizado el diagnóstico debe iniciarse el manejo médico quirúrgico .

- **Instalar inmediatamente sonda de doble lumen con aspiración continua e instilación de suero fisiológico, a razón de 5 cc/hora.**
- **Régimen Cero.**
- **Posición del RN con la cabeza más elevada (fowler 30 °) para minimizar el reflujo del contenido gástrico dentro de la tráquea por fístula distal o aspiración de contenido del cabo esofágico proximal.**
- **Oxigenoterapia si es necesaria para mantener una saturación normal.**
- **En los RN con insuficiencia respiratoria : intubación endotraqueal y ventilación mecánica según gases . Evitar ventilar con bolsa y máscara porque ésto puede causar distensión gástrica importante en neonatos con atresia y FTE distal.**
- **Iniciar tratamiento con antiácidos (ranitidina) y antibióticos (aminoglucósido + penicilina ó ampicilina) , protegiendo de la aspiración de contenido gástrico a través de la FTE:**
- **Realizar estudios para descartar otras malformaciones. Más del 40 % de los RN con atresia esofágica tienen otras malformaciones congénitas . Algunas de ellas constituyen la asociación VACTERL (V: anomalías vertebrales , A : atresia anal, C: cardiopatía congénita ; TE : atresia esofágica con fístula tráqueoesofágica, L: defectos radiales de las extremidades): Las malformaciones agregadas pueden ser determinantes en el pronóstico de vida de estos recién nacidos.**
- **Conducta quirúrgica.**

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

- **Atresia esofágica con FTE distal :**
 - **Se realizará dentro de las primeras 24 horas de vida cierre de la FTE distal y anastomosis término terminal entre los cabos a través de una toracostomía con abordaje extrapleural. Tambien se puede realizar abordaje toracoscópico.**
 - **Es discutido el uso de drenaje mediastínico y el uso de sonda nasogástrica transanastomótica.**
- **Atresia esofágica sin fístula:**
 - **Al nacer gastrostomía de alimentación, sin esofagostomía en espera del crecimiento de los cabos para solución quirúrgica definitiva (anastomosis término terminal) o estén dadas las condiciones para un reemplazo esofágico con ascenso gástrico ó de yeyuno o colon , dependiendo de las condiciones del paciente y de la experiencia del equipo quirúrgico.**
 - **Mantener permanentemente sonda de doble lumen con aspiración continua y manejo postural hasta la resolución definitiva.**
- **Atresia esofágica con FTE proximal :**
 - **Difícil diagnóstico preoperatorio y diferenciarlo de casos de atresia sin FTE:**
 - **El manejo quirúrgico es similar a los pacientes con fístula distal.**

- **Atresia esofágica con FTE proximal y distal :**
 - El manejo quirúrgico es similar a los pacientes con fístula distal, poniendo énfasis en la sospecha y búsqueda de la FTE proximal.
 - El diagnóstico preoperatorio es muy difícil.
- **Fístula traqueo esofágica en H :**
 - Generalmente se manifiesta en el período de lactante por infecciones respiratorias a repetición.
 - La cirugía se realiza por vía cervical y consiste en seccionar y suturar la fístula.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO:

- Se debe mantener tratamiento antibiótico, antiácido y analgésico.
- En caso de suturas sometidas a tensión mantener conectado a ventilación mecánica y sedoparalización 24 a 48 horas.
- Iniciar aporte enteral a las 24 - 48 horas por sonda nasogástrica en caso de haberse utilizado ó por vía oral en volúmenes crecientes.
- Estricto cuidado de enfermería : sonda transanastomótica (no reinstalar en caso de retiro accidental), drenaje mediastínico y posición, evitando flexoextensiones cervicales exageradas.
- Usar terapia antireflujo . El reflujo es frecuente en estos pacientes.
- Realizar radiografía de tórax 1 y 3 día postoperatorio.
- Esófagograma al décimo día postoperatorio.

COMPLICACIONES:

- Las complicaciones post operatorias inmediatas son: dehiscencia de suturas, fístula esófago pleural y reproducción de la fístula traqueo esofágica.
- La complicación precoz más grave es la filtración con mediastinitis secundaria que es importante detectar y tratar precozmente.
- Las complicaciones tardías son: estenosis esofágica, lo que se manifiesta por disfagia. Algunos niños operados por atresia esofágica con fístula traqueo esofágica presentan cuadros pulmonares a repetición; en ellos se debe descartar traqueomalacia y reflujo gastroesofágico.

PRONOSTICO:

- Dependerá del peso de nacimiento, tipo de atresia esofágica y de las malformaciones asociadas.
- Recién nacido con peso adecuado o de término sin malformaciones asociadas tienen mejor pronóstico.

Bibliografía:

1. **Hein. S.H., Shandling. B., Simpson. J., y col.: Fourteen years of gastric tubes. J Pediatr Surg 1978; 13(6):638-42.**
 2. **Louhimo. I, Lindahl. H.:. Esophageal atresia: Primary results of 500 consecutively patients. J Pediatr Surg 1983;18(3):217-29.**
 3. **Meneghello, Pediatría (4° Ed) 1608-11.**
 4. **Nelson Textbook of Pediatrics (14th Ed.) 941-2.**
 5. **Carlos Baeza H. Patología quirúrgica neonatal (2° Ed.) 14-24.**
 6. **Gleason O, Keith A, Eddelman A, Stone J Gastrointestinal disorders of the fetus. Clin Perynatol 2002 ; 27 : 901 - 921.**
-