

Atresia esofágica. Experiencia en el Hospital “Dr. Domingo Luciani”

Drs. José Malaspina, Fernando Martín, Raquel Milgrom

Departamentos de Pediatría, Neonatología. Hospital General del Este “Dr. Domingo Luciani”

RESUMEN

En el período comprendido de abril 1988 a octubre 1995, se trataron cuatro pacientes con atresia esofágica, tres del sexo masculino y uno del sexo femenino. La edad de gestación varió de 35 a 39 semanas, con un promedio de 37, el peso al nacer abarcó desde los 1 900 hasta los 3 300 g (con un promedio de 2 500).

No se observaron otras anomalías congénitas asociadas. Todos los casos correspondieron a atresia esofágica con fístula traqueoesofágica distal, ameritando intervención quirúrgica y atención en la unidad de terapia intensiva neonatal. La sobrevida fue del 50%. En un solo caso se realizó seguimiento posoperatorio con evolución satisfactoria.

Palabras clave: Atresia. Esófago.

SUMMARY

From April 1988 to October 1995, four patients were treated for esophageal atresia, three males and one female, the gestational age varied from 35 to 39 weeks, with a mean of 37, the birth weight at ranged from 1 900 to 3 300 grams (with an average of 2 500). We did not see any congenital anomalies associated with this disease. The cases were esophageal atresia with tracheoesophageal fistula, requiring surgery and special nursing in the neonatal intensive care unit. The survival rate was 50%. Only one case was followed up after surgery with satisfactory outcome.

Key words: Esophageal atresia.

INTRODUCCION

La atresia esofágica es una urgencia quirúrgica, se presenta en uno de cada 3 000 a 4 500 nacidos vivos; en más del 85% de los casos se acompaña de una fístula entre la tráquea y esófago distal (1). Las anomalías congénitas severas asociadas, son la causa más importante de muerte en los pacientes con atresia esofágica; y la sobrevida de los neonatos a término sin malformaciones es cercana al 100% (2-3). El primer caso conocido en el país, fue publicado por Landaeta Payares, Angulo Ortega y Vizcarrondo, en 1949, como hallazgo de autopsia (4). En 1950, González Celis y Miranda Ruiz, publican el primer caso operado en Venezuela, el cual falleció (5). El primer caso operado con éxito definitivo se practica en el año 1962 en el Sanatorio Infantil “Luisa Cáceres de Arismendi” por Rincón (6-7).

En esta patología el pronóstico mejoró en los últimos años, debido principalmente al avance tanto de las técnicas quirúrgicas como de los cuidados intensivos neonatales.

En este estudio se revisó la casuística de atresia esofágica en el Hospital Dr. Domingo Luciani en el Servicio de Neonatología, en un período de siete años.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron las historias de los neonatos ingresados al Servicio de Neonatología del Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani, en el período comprendido entre el 01/01/1988 y 31/10/1995, con el diagnóstico final de atresia esofágica.

Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad de gestación, peso al nacer, estudios prenatales, Apgar al nacer, test de Silverman, anomalías congénitas asociadas, signos clínicos, estudios paraclínicos, tipo y momento de la intervención quirúrgica, complicaciones y seguimiento.

RESULTADOS

En un lapso de siete años, de un promedio de 3 225 nacidos vivos por año, cuatro pacientes presentaron el diagnóstico de atresia esofágica, de los cuales 3 fueron del sexo masculino (75%) y 1 del sexo femenino (25%). La edad de gestación determinada por el método de Capurro, varió desde las 35 hasta las 39 semanas, con un promedio de 37 semanas, el peso al nacer promedio fue de 2 500 g, con un valor mínimo de 1 900 y un valor máximo de 3 300. En dos casos (50%) se halló como antecedente prenatal, polihidramnios por medio de ecosonografía abdominal realizada a la madre durante el último trimestre del embarazo.

La puntuación de Apgar al momento del nacimiento fue baja (menor de 6 puntos a los 5 minutos) solamente en uno de los casos (25%), presentando éste además un test de Silverman elevado a los 10 minutos (4 puntos).

La excesiva secreción salival y la dificultad del paso de la sonda nasogástrica fueron los primeros signos indicativos de la presencia de esta patología en estos pacientes.

No se observaron anomalías congénitas asociadas en ninguno de los neonatos.

A todos los pacientes se les realizó estudio radiográfico tóracoabdominal con sonda radioopaca colocada en el esófago superior, confirmándose la existencia de una atresia esofágica. La presencia de aire en el tracto intestinal es indicativo de la existencia de una fístula del esófago superior a la tráquea. Además, a tres de ellos se les practicó esofagograma con contraste hidrosoluble, confirmando el diagnóstico.

Se procedió a realizar gastrostomía de Stamm a tres pacientes (75%), en el primero, segundo y quinto día de vida, de los cuales uno falleció a las 24 horas de vida, a los tres restantes se les practicó toracotomía extrapleurales (al quinto día de vida). Entre las complicaciones preoperatorias se encontró: una neumonía (25%). Posterior al acto quirúrgico, se encontraron como complicaciones: desunión de anas-

tomosis y estrechez esofágica en un paciente (25%) y sepsis neonatal temprana multifactorial en otro paciente (25%). El inicio de la tolerancia oral se realizó a los 3 días, 4 días y 24 días del posoperatorio (cierre de la fístula). Dos pacientes fallecieron (50%), uno a las 24 horas de vida y otro a los 32 días. La sobrevida fue de un 50%, sólo uno de los casos cuenta con seguimiento posoperatorio con evolución satisfactoria hasta los momentos. Todos los pacientes recibieron antibioticoterapia. El tiempo de estadía en el unidad de terapia neonatal varió entre 24 horas y 32 días, con un promedio de 17 días.

DISCUSION

En los actuales momentos, los neonatos con atresia esofágica proximal pura o asociada a fístula traqueoesofágica se reconocen poco tiempo después de su nacimiento.

En nuestra serie de casos, a diferencia de lo expuesto en otros estudios de revisión, no encontramos anomalías congénitas asociadas, aun cuando no se les realizó autopsia a los pacientes fallecidos (5,6, 8-13). En el estudio de Ceballos y col. (13), se evidenció un 60% de malformaciones congénitas asociadas. El antecedente de polihidramnios materno estuvo presente en un 50% de nuestros casos, a diferencia de lo reportado por O'Neill y col. (10) y Ceballos y col. (13). La incidencia de prematuridad asociada en nuestra revisión fue de un 50%, similar a lo hallado por Ein y col. (8). La primera manifestación de la presencia de atresia esofágica la constituye la salivación abundante (10).

En los casos en los cuales el diagnóstico se retrase 48 horas o más, se presentan complicaciones como neumonías y atelectasias, particularmente en pacientes con atresia esofágica y fístula traqueoesofágica (10), contando nosotros con un caso. La falta de diagnóstico precoz puede deberse a la falsa impresión de pasar una sonda que tiende a enrollarse en la porción superior del esófago sin llegar al estómago (Figura 1).

En la radiografía simple de abdomen, al apreciarse aire en el tracto gastrointestinal distal nos debe hacer pensar en la presencia de fístula traqueoesofágica tal como se demostró en nuestra serie (Figura 2).

El tipo de atresia esofágica que se presentó en nuestro estudio corresponde a la atresia esofágica con fístula distal, la cual es la variedad más frecuente (10,11,14).

ATRESIA ESOFÁGICA

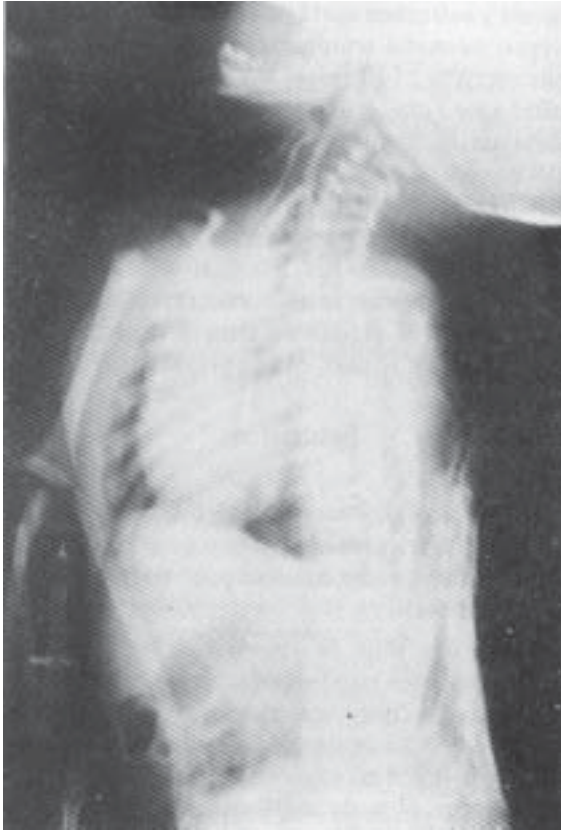


Figura 1: Sonda de Nélaton dando la vuelta en el cabo esofágico proximal.

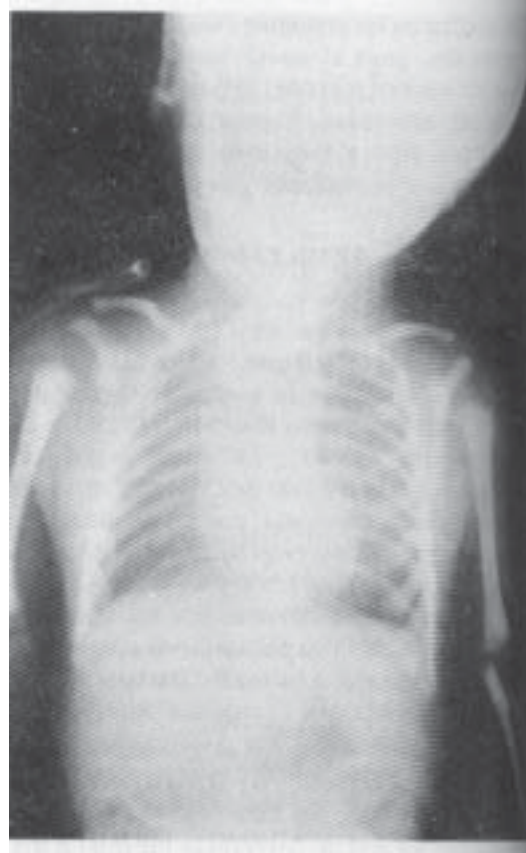


Figura 2: Vista frontal. Medio de contraste hidrosoluble en la parte inferior del cabo superior del esófago.

En vista del retardo diagnóstico, el manejo preoperatorio de los neonatos en nuestro centro no fue lo suficientemente adecuado (posición semisentada, aspiración del cabo proximal esofágico, uso de antibióticos) en dos casos. Los factores condicionantes del abordaje quirúrgico son: la condición clínica del paciente y el peso. Hoy en día se considera que esta patología no requiere una operación de emergencia inmediata; ya que se prefiere realizar medidas preoperatorias para garantizar un posoperatorio satisfactorio (8-10). En un caso se procedió a realizar la intervención quirúrgica en dos tiempos (primero la gastrostomía y luego la corrección definitiva), en vista de las condiciones clínicas del paciente, complicadas por una neumonía (10), la cual evolucionó satisfactoriamente.

Entre las complicaciones posoperatorias más frecuentes se hallan la desunión de la anastomosis y la estrechez esofágica (9-11,15), observada en un neonato de nuestra serie, contrario a lo reportado en

otra serie (13), quien aunado a esto, presentó una sepsis que no pudo superar, falleciendo a los 32 días de vida (13). La mayoría de los pacientes requieren cuidados respiratorios intensivos posteriores al acto quirúrgico, ya que las atelectasias, neumonías y la dificultad en el manejo de las secreciones son muy comunes en ellos, aumentando la morbilidad y empeorando el pronóstico.

El tratamiento quirúrgico en conjunto con los cuidados intensivos neonatales son prerrequisitos para un resultado satisfactorio. Fue muy difícil el seguimiento posoperatorio en nuestros pacientes, requisito indispensable para detectar complicaciones tardías (reflujo gastroesofágico, neumonías recurrentes, estrechez esofágica, etc.) (16).

Como conclusión, nosotros recomendamos el diagnóstico temprano, realizado tanto por el personal médico como por el paramédico, quienes tienen una relación estrecha con los neonatos, para disminuir la morbimortalidad por esta causa.

REFERENCIAS

1. Reyes H, Meller J, Loeff D. Management of esophageal atresia and tracheoesophageal fistula. *Clin Perinatol* 1989;16:79-84.
2. Louhimo I, Lindahl H. Esophageal atresia: Primary results of 500 consecutively treated patients. *J Pediatr Surg* 1983;18:217-229.
3. Bishop PJ, Klein MD, Philippart AI, Hixson DS, Hertzler JH. Transpleural repair of esophageal atresia without a primary gastrostomy. *J Pediatr Surg* 1985;20:823-828.
4. Landaeta HA, Angulo A, Vizcarrondo E. Atresia congénita del esófago. *GEN* 1949;4:5-11.
5. González Celis J, Miranda Ruiz F. Atresia congénita del esófago con fístula esófago-traqueal. *Gac Méd Caracas* 1950;58:99-107.
6. Rodríguez C, Rivas Salazar JL, Perez Febres PJ. La fístula tráqueo-esofágica con atresia del esófago. *Gac Méd Caracas* 1969;77:163-182.
7. Urdaneta E, Rincon NL, Hernandez S. Atresia del esófago con fístula tráqueo-esofágica. *Arch Venez Pueric Pediat* 1964;27:464-485.
8. Ein SH, Shandling B, Heiss K. Pure esophageal atresia: Outlook in the 1990s. *J Pediatr Surg* 1993;289:1147-1150.
9. Ein SH, Shandling B. Pure esophageal atresia: A 50-year review. *J Pediatr Surg* 1994;299:1208-1211.
10. O'Neill JA, Holcomb GW, Neblett WW. Recent experience with esophageal atresia. *Am Surg* 1982;1956:739-744.
11. Sillen U, Hagberg S, Rubenson A, Werkmaster K. Management of esophageal atresia: Review of 16 year's experience. *J Pediatr S* 1988;239:805-809.
12. Suárez G, Yépez A. Atresia esofágica en el Hospital de Valencia. *Arch Venez Pueric Pediat* 1968;31:247-265.
13. Ceballos S, Zubillaga G, Ludewig C. Atresia esofágica y cuidados intensivos: análisis comparativo de 28 casos en el Departamento de Pediatría, Hospital Central "Antonio María Pineda" de Barquisimeto. *Bol Méd Post-Grado* 1986;2(3):41-58.
14. Avendaño JJ, Moncada Reyes F. Atresia congénita del esófago. *Arch Venez Pueric Pediat* 1963;26:161-164.
15. Chitmitrapap S, Spitz L, Kiely EM, Brereton RJ. Anastomotic leakage following surgery for esophageal atresia. *J Pediatr Surg* 1992;27:29-32.
16. Puri P, Ninan GK, Blake NS, Fitzgerald RJ, Guiney EJ, O'Donnell B. Delayed primary anastomosis for esophageal atresia: 18 month's to 11 year's follow-up. *J Pediatr Surg* 1992;27:1127-1130.

"Urticaria crónica"

"Aunque rara vez amenazante para la vida, la urticaria extendida con su asociado angio-edema, puede ser debilitante y atemorizante. En algunos casos el edema de la lengua requiere tratamiento con epinefrina. Aun cuando no hay datos seguros de la prevalencia real de la urticaria, el 15 al 23% de la población de los Estados Unidos pueden haber tenido esta prología, la cual en muchos casos es prolongada y recurrente. Sobre la base de información publicada, parece probable una prevalencia similar en el Reino Unido. La urticaria crónica es probable que esté presente alguna vez en alrededor del 25% de los pacientes con urticaria. Por urticaria crónica se entiende la ocurrencia de ronchas cada día o casi

dirias durante por lo menos seis semanas.

Puesto que la causa de la urticaria crónica no puede ser determinada en muchos casos, se la considera idiopática. En las urticarias físicas, la aplicación de estímulos físicos a la piel provoca la formación de ronchas locales, prurito y, en algunos casos, angiodema....La urticaria crónica afecta predominantemente a los adultos. Es aproximadamente dos veces más común en mujeres que en hombres. Hasta un 40% de los pacientes que tienen urticaria durante más de 6 meses, tienen aún ronchas diez años más tarde" (Greaves MW. *N Engl Med J* 1995;332:1767-1772).

