

Nuestros resultados en el tratamiento de la atresia esofágica en el Hospital Infantil "William Soler" (*)

Por los Dres.:

GUILLERMO HERNANDEZ AMADOR,**) ANGEL MORANDEYRA MARTIN,**)
HÉCTOR DUYÓS GATO,***) ROLANDO PEREIRAS COSTA,****)
JUAN GONZÁLEZ RODILES PLANAS,*****) Y MANUEL ALMANZA MÁZ(*****)

INTRODUCCION

La atresia esofágica es la más frecuente de las malformaciones congénitas del esófago.

Hasta hace sólo 26 años todos los niños nacidos con esta afección estaban condenados a morir; actualmente, en los centros especializados, de un 70% a un 80% de estos pacientes sobreviven.^{1,2}

Su incidencia en nuestro medio es de aproximadamente 1 por cada dos mil quinientos nacimientos. Sólo en la gran Habana nacen anualmente 60,000 niños, de los cuales unos 24 padecerán esta enfermedad.

(*) Trabajo presentado en el XI Congreso Médico y VII Estomatológico Nacional celebrado en la Habana, del 23 al 26 de febrero de 1966.

(**) Médicos Cirujanos en el Hospital Infantil "William Soler", Reparto Altahabana, Habana, Cuba.

(***) Médico Especialista en Pediatría, en el Hospital Infantil "William Soler", Reparto Altahabana, Habana, Cuba.

(****) Radiólogo en el Hospital Infantil "William Soler", Reparto Altahabana, Habana, Cuba.

(*****) Auxiliar de Cirugía, en el Hospital Infantil "William Soler", Reparto Altahabana, Habana, Cuba.

(******) Médico General en el Hospital Infantil "William Soler", Reparto Altahabana, Habana, Cuba.

MATERIAL Y METODOS

Hasta octubre de 1965, en un período de 5 años, se ingresaron en el Hospital Infantil "William Soler", 25 casos de atresia esofágica.

De estos 25 casos sólo se operaron 21, ya que los 4 restantes llegaron en condiciones tan desfavorables que murieron antes de poder ser intervenidos.

De los 21 casos operados sobrevivieron 7 y murieron 14. Se les practicó necropsia a todos los pacientes fallecidos.

Las medidas preoperatorias que se siguieron fueron las siguientes:

1. Preparación preoperatoria adecuada: nos tomamos de doce a veinticuatro horas para la preparación preoperatoria.
2. Se acostaron en posición semisentada en decúbito dorsal o lateral derecha.
3. Se practicó aspiración constante del cabo superior esofágico con una presión negativa de 8 a 10 cms. de agua.
4. Se administraron sus necesidades hidrominerales por vía parenteral.
5. Se administró oxígeno húmedo.

6. Se administraron antibióticos de amplio espectro de entrada. Se tomaron muestras del exudado faríngeo y de la secreción tráqueobronquial para estudio bacteriológico y antibiograma.
7. Se practicaron broncoaspiraciones preoperatorias en todos los casos que fue necesario.

La técnica quirúrgica que se siguió fue la siguiente:

En los casos de atresia esofágica con fístula tráqueoesofágica se practicó toracotomía derecha, cierre de la fístula tráqueoesofágica, sutura término-terminal del esófago y gastrostomía. En un caso, (Caso No. 2 del Cuadro No. 7) el cabo superior esofágico resultó muy corto practicándosele toracotomía derecha, cierre de la fístula traqueoesofágica, esofagostomía cervical izquierda y gastrostomía como primer tiempo operatorio y en un segundo tiempo, a los 3 años de edad se le restableció su tránsito esofágico mediante una esofagocoloplastia, utilizando el colon derecho y terminando de este modo su tratamiento definitivo.

En los casos de atresia esofágica sin fístula tráqueoesofágica se practicó, bajo anestesia local esofagostomía cervical izquierda y gastrostomía como primer tiempo operatorio. Estos casos una vez cumplido los 3 años de edad, serán tributarios de una esofagocoloplastia.

Las medidas postoperatorias que se siguieron fueron las siguientes:

1. Administración de oxígeno húmedo.
2. Administración de antibióticos de amplio espectro a las dosis máximas.
3. Hidratación parenteral por 24 horas.
4. Se comenzó la alimentación por la gastrostomía después de las primeras 24 horas.

5. Durante los primeros días del postoperatorio se continuó la aspiración nasofaríngea haciéndole una marca al catéter nasal a una distancia de 7 u 8 cms. para evitar traumatismos en las suturas.
6. Se practicaron broncoaspiraciones en número variable de acuerdo a las necesidades de los casos.
7. Se realizó esofagograma de comprobación a las dos semanas.

RESULTADOS

CUADRO No. 1

Distribución por pesos:

	Casos	%
Mayores de 5.5 libras	14	54
Menores de 5.5 libras	11	46

CUADRO No. 2

Distribución por edades:

	Casos	%
Mayores de 24 horas	18	72
Menores de 24 horas	7	28

CUADRO No. 3

Variaciones anatómicas:

	Casos	%
Atresia esofágica con fístula tráqueoesofágica	20	80
Atresia esofágica sin fístula tráqueoesofágica	5	20

CUADRO No. 4

Anomalías asociadas:

	Casos	%
Atresia esofágica sin otra anomalía	14	54
Atresia esofágica con anomalías asociadas	11	46

CUADRO No. 5

Tipos de anomalías encontradas:

	Casos	%
1. Imperforación anal	6	24
2. Polidactilia	4	
3. Riñón en herradura ..	2	
4. Agenesia renal bilateral	1	
5. Agenesia renal izquierda	1	
6. Agenesia renal derecha	1	
7. Hidronefrosis congénita	1	
8. Ectopia renal	1	
9. Sexo indefinido	1	
10. Comunicación interauricular	1	
11. Atresia tricuspídea	1	
12. Atresia de vías biliares ..	1	

13. Estenosis yeyunal	1
14. Agenesia antebrazo derecho	1
15. Implantación anómala de ambas manos	1
16. Sindactilia	1
17. Meningocele	1

CUADRO No. 6

Complicaciones

	Casos	%
1. Bronconeumonía	25	100
2. Ictero séptico	2	
3. Refistulización	2	
4. Neumotórax izquierdo ..	1	
5. Hemorragia cerebral	1	

CUADRO No. 7

DATOS SOBRE LOS CASOS VIVOS

Casos	Edad	Peso	Variiedad	Tipo de operación
1	3 días	6 lbs.	I	Sutura término-terminal y gastrostomía.
2	3 días	6 lbs.	I	Primer tiempo: Cierre de la fístula tráqueoesofágica, esofagostomía cervical izquierda y gastrostomía. Segundo tiempo: Esófagocoloplastia.
3	8 horas	5.3 lbs.	I	Sutura término-terminal de esófago y gastrostomía.
4	3 días	5.2 lbs.	II	Esofagostomía cervical izquierda y gastrostomía.
5	3 días	6 lbs.	I	Sutura término-terminal de esófago y gastrostomía.
6	3 días	7.3 lbs.	II	Esofagostomía cervical izquierda y gastrostomía.
7	3 días	8.6 lbs.	I	Sutura término-terminal de esófago y gastrostomía.

Variiedad I : Atresia esofágica con fístula tráqueoesofágica.

Variiedad II: Atresia esofágica sin fístula tráqueoesofágica.

DISCUSION

Casi la mitad de los casos de esta serie pesaban menos de 5.5 lbs. y las dos terceras partes ingresaron después de las primeras 24 horas de nacidos. Estos dos factores agravan el pronóstico.

Entre las anomalías asociadas la mayoría fueron graves como imperforación de ano, agenesia renal, atresia tricuspídea, atresia de vías biliares, etc.

las cuales complicaron más el pronóstico de los pacientes.

Dado que la bronconeumonía fue una complicación constante a todos los casos, enfatizamos la necesidad del diagnóstico precoz como esencial para evitarla.

Dada la alta incidencia de refistulizaciones consideramos que se debe tomar especial cuidado en independizar la sutura esofágica de la bronquial.

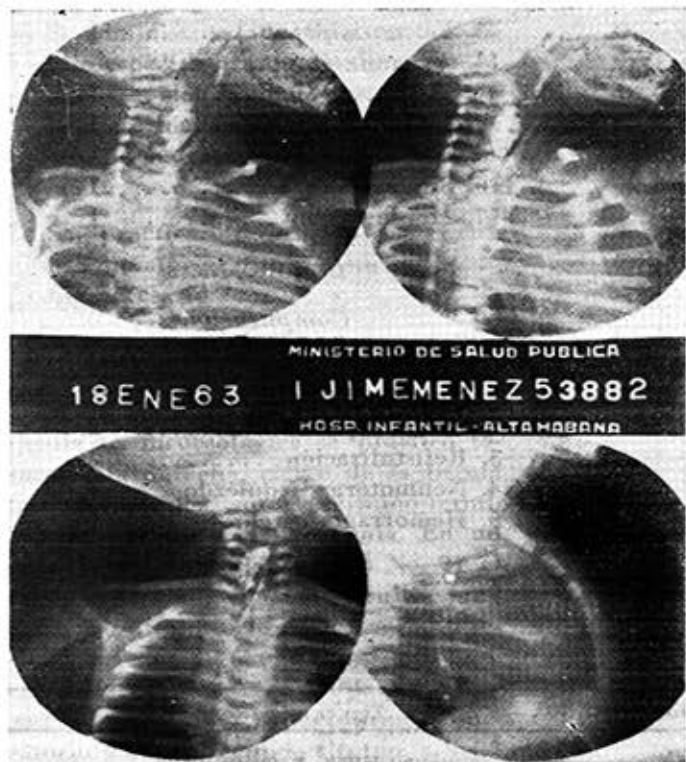


Fig. 1. Atresia esofágica con fistula tráqueoesofágica, presentando un cabo superior esofágico muy corto. (Caso No. 2 del Cuadro No. 7).



Fig. 2. Esofagograma en vista lateral del caso de la Fig. No. 1, después de una esofagocoloplastia a los tres años de edad.



Fig. 3. Atresia esofágica con fistula tráqueoesofágica (Caso No. 3 del Cuadro No. 7).

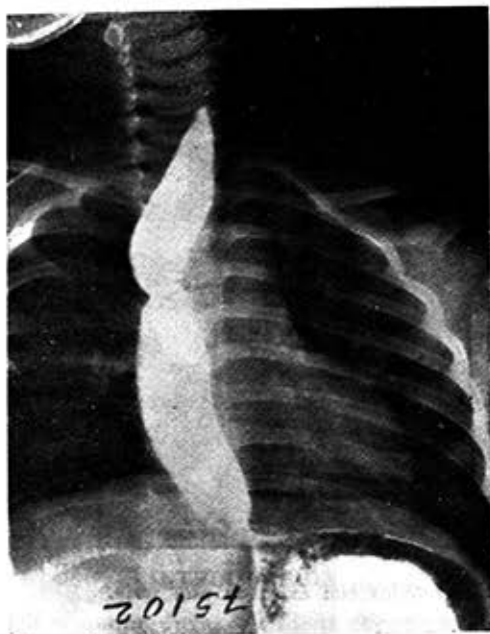


Fig. 4. Esófagograma del caso de la Fig. No. 3 realizado a los dos años de edad.



Fig. 5. Atresia esofágica con fístula tráqueoesofágica (Caso No. 7, del Cuadro No. 7).



Fig. 6. Esófagograma a las dos semanas de operado del caso de la Fig. No. 5.

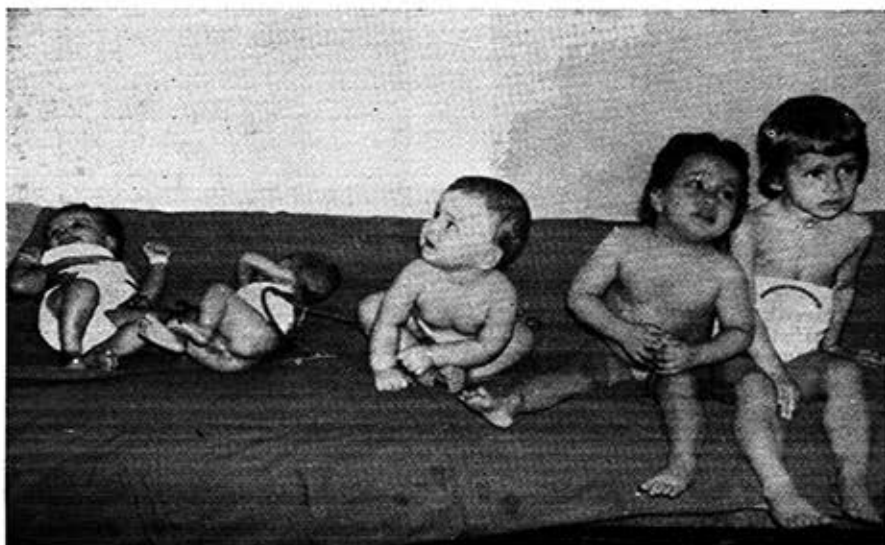


Fig. 7. Fotografía de los cinco primeros casos tratados con éxito en esta serie.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Hemos presentado una serie de 25 casos de atresia esofágica ingresados en el Hospital Infantil "William Soler", de los que se operaron 21 lográndose una supervivencia de un 33%.
2. La atresia esofágica es una afección curable en nuestro medio en el momento actual.
3. Consideramos que el diagnóstico precoz y el manejo cuidadoso por un personal especializado son los

factores fundamentales que condicionan el pronóstico favorable.

4. Insistimos una vez más en la necesidad de la exploración esofágica con sonda frente a todo recién nacido.
5. Es a destacar que la bronconeumonía fue la causa directa de la muerte en todos los fallecidos de esta serie por lo que su profilaxis, mediante un diagnóstico precoz, elevaría lógicamente la supervivencia de estos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Gross, R. E.: Thoracic Surgery for Infants, *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 48: 152-176, 1964.
- 2.—Haight, C.: The Management of Congenital Esophageal and Tracheoesophageal Fistula, *The Surgical Clinic of North America*, 41: 1281-1293, 1961.
- 3.—Deboer, Arthur: The Retrosternal Colonic Esophageal Substitute in Children, *The Surgical Clinic of North America*, 44: 1449-1457, 1964.