

ATRESIA ESOFAGICA

Dra. María Lorena Angel G.
Cirujano Pediátrico
Hospital Dr. Humberto Elorza Cortez, Illapel

I. DESCRIPCIÓN

Defecto congénito caracterizado por la falta de continuidad del esófago, con o sin comunicación con la vía aérea. Es una malformación incompatible con la vida, cuya resolución se logra con tratamiento quirúrgico.

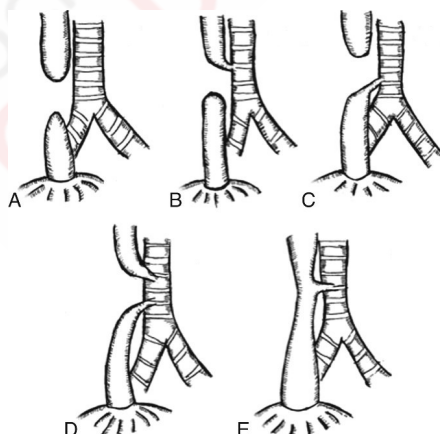
Su origen preciso durante la embriogénesis no está bien establecido, pero se estima que la alteración ocurre entre la tercera y sexta semana de vida intrauterina.

En el 50% de los casos se acompaña de alguna otra malformación, lo cual determina el pronóstico del paciente. Las malformaciones asociadas más frecuentes son: cardíacas, genito urinarias, ano-rectales y del sistema músculo-esquelético.

Además, puede presentarse como un síndrome malformativo que afecta a varios sistema: *VATER* (vértebras, ano, tráquea, esófago y riñón), *VACTERL* (se agrega cardiopatía y agenesia de radio), *CHARGE* (coloboma, cardiopatía, atresia de coanas, retardo mental, hipoplasia genital y anormalidades del oído).

Según la relación entre esófago y tráquea, se describen 5 tipos de atresia esofágica:

- A (10%) Atresia esofágica aislada, sin fístula traqueoesofágica
- B (2%) Atresia esofágica con fístula traqueoesofágica proximal
- C (80%) Atresia esofágica con fístula traqueoesofágica distal
- D (6%) Atresia esofágica con fístula traqueoesofágica proximal y distal
- E (2%) Fístula traqueoesofágica en H



II. FRECUENCIA

La atresia esofágica tiene una prevalencia de 1 caso por cada 4.000 recién nacidos vivos, sin diferencia entre sexos.

En Chile, es una patología relativamente frecuente: 3,7 casos por cada 10.000 nacidos vivos.

III. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La ecografía pre-natal puede mostrar *polihidroamnios* (exceso de líquido amniótico) en el 20% de los casos con fístula traqueoesofágica y en el 80% de los casos sin fístula.

El diagnóstico presuntivo de las formas más comunes se realiza en la sala de partos: no se logra progresar la sonda de aspiración hasta el estómago.

En aquellos casos de diagnóstico tardío, aparecen manifestaciones clínicas derivadas de la malfunción esofágica: salivación aumentada, dificultad respiratoria, cianosis, regurgitación alimentaria, episodios de dificultad respiratoria (ahogos) y neumonía a repetición en caso de fístula traqueoesofágica en H.

IV. ESTUDIO COMPLEMENTARIO

Los estudios complementarios tienen por objetivo certificar el diagnóstico de la atresia esofágica y precisar la variante anatómica, así como confirmar o descartar las posibles malformaciones asociadas.

Una radiografía de tórax anteroposterior y lateral que evidencia la detención de la sonda tiene valor diagnóstico. La presencia de aire en el estómago confirma que se trata de una variante con fístula traqueoesofágica distal a la atresia.

Los estudios adicionales incluyen: radiografía de abdomen, radiografía de columna, ecocardiograma y ultrasonografía abdominal, renal y vesical.

V. TRATAMIENTO

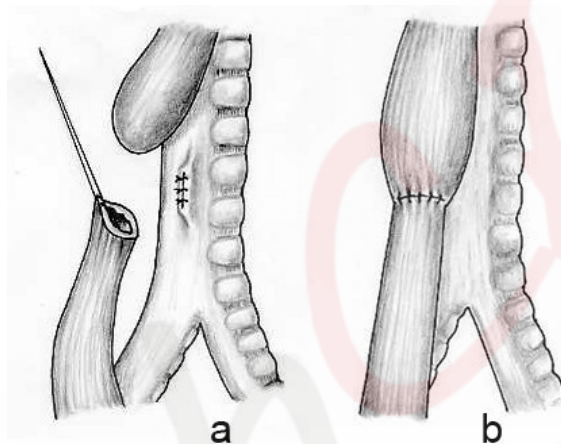
Establecido el diagnóstico, debe procederse a la reparación quirúrgica.

El estado fisiopatológico del paciente es clave para decidir el momento de la cirugía. Se utiliza la clasificación de Spitz, que identifica 3 grupos de pacientes:

- Grupo I > 1500 g, sin otra patología (sobrevida 96%)
- Grupo II < 1500 g, o cardiopatía mayor (sobrevida 60%)
- Grupo III < 1500 g, y cardiopatía mayor (sobrevida 18%)

Esta clasificación permite estimar los riesgos potenciales en cada paciente y priorizar, según corresponda, el manejo de la cardiopatía o de la prematurez antes que la corrección de la atresia.

El tratamiento quirúrgico de la forma de atresia más habitual, ya sea por toracotomía (vía abierta) o por toracoscopia, consiste en la sección y cierre de la fístula traqueoesofágica inferior y la unión de ambos cabos esofágicos.



Durante el período post-operatorio inmediato se requiere ventilación mecánica bajo una adecuada sedación, en la Unidad de Cuidados Intensivos. Un estudio radiológico con medio de contraste al 8º día post-cirugía permitirá constatar la permeabilidad esofágica.

VI. EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES

Un correcto diagnóstico, la derivación oportuna y el tratamiento perinatal optimizan tanto el éxito del procedimiento quirúrgico como la evolución a largo plazo.

La sobrevida es mayor del 90%. La mortalidad dependerá directamente de la severidad de las malformaciones asociadas.

Las complicaciones que se pueden presentar son:

- Dehiscencia de la anastomosis esofágica (separación de la unión)
- Dehiscencia de la sutura traqueal
- Estenosis (estrechamiento) de la anastomosis esofágica
- Re-fistulización traqueoesofágica
- Dismotilidad esofágica
- Reflujo gastroesofágico (complicación tardía, más severa, que puede estenotar la anastomosis esofágica)
- Traqueomalacia

La incidencia de las complicaciones será más elevada cuanto mayor sea la distancia entre los cabos esofágicos.

Tras el alta quirúrgica, el paciente deberá mantenerse bajo seguimiento multidisciplinario y periódico para la detección precoz de las complicaciones tardías.

