

Presentación de caso

Hospital Docente Octavio de la Concepción de la Pedraja

Presentación de un paciente con atresia esofágica y malformaciones asociadas

Esofagic atresia and associated anomalies. A case report

*Regis Gerardo Rosales Labrada*¹, *Irca Pupo Morales*², *Janice Morales Rodríguez*³, *Matilde S. Fagés Ramírez*⁴

- 1 Especialista de Primer Grado en Radiología. Asistente. Hospital Pediátrico Octavio de la Concepción de la Pedraja. Holguín.
- 2 Especialista de Primer Grado en Pediatría. Instructor. Policlínica René Ávila. Holguín.
- 3 Especialista de Primer Grado en Radiología. Asistente. Hospital Pediátrico Octavio de la Concepción de la Pedraja. Holguín.
- 4 Master en Medicina Natural y Tradicional .Especialista de Segundo Grado en Alergología. Especialista de Primer Grado en Pediatría. Asistente. Hospital Pediátrico Octavio de la Concepción de la Pedraja.

RESUMEN

Se presentó un recién nacido con atresia esofágica, fístula traqueoesofágica distal, labio leporino, paladar hendido, atresia duodenal y malformación vertebral. Existió correspondencia entre los hallazgos clínico- radiológico de la atresia esofágica y las malformaciones asociadas con los reportes de otros autores y en dependencia de magnitud constituyen un indicador pronóstico en la evolución del neonato por lo que el tratamiento debe ser quirúrgico y precoz.

Palabras clave: atresia, esófago, malformaciones.

ABSTRACT

A newborn patient with esophageal atresia, a distal tracheoesophageal fistula, cleft lip, cleft palate, duodenal atresia and vertebral malformation was presented in this paper. There was a correspondence between clinical - radiological findings of esophageal atresia and the malformations associated with those ones reported by other authors. The surgical treatment should be given early.

Key words: atresia, esophagus, malformations.

INTRODUCCIÓN

La atresia esofágica (AE) con fístula traqueoesofágica distal (FTE) es una malformación congénita incompatible con la vida, se le debe considerar como una emergencia médico quirúrgica y es una malformación bastante frecuente, se observa en 1:3000 nacimientos de las cuales el 50% tienen malformaciones asociadas ^{1,2,5}. Con el aumento en la supervivencia de estos niños operados de AE las anomalías asociadas han adquirido mayor significación y constituyen un factor pronóstico importante en la evolución del neonato ³. Se reportó un caso clínico donde se asocian la AE, FTE, labio leporino, paladar hendido, atresia duodenal y malformación vertebral. Es objetivo de esta presentación describir los hallazgos clínicos y radiológicos en la AE con fístula distal, así como las características de las malformaciones asociadas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Neonato producto de un parto distócico a las 37,3 semanas debido a una posición viciosa y antecedentes prenatales de polihidramnios. Con peso al nacer de 2 300 g, Apgar de 3-7 por lo que necesitó maniobras de reanimación y acoplamiento a ventilador mecánico. El 16 de septiembre de 2010 ingresa en la Unidad de Terapia

Intensiva Neonatal por presentar distress respiratorio moderado y abundantes secreciones espesas blancas por la boca en ocasiones de color verde amarillentas. En el rayo X de tórax en posición AP (fig. 1) se apreció la presencia de bolsón de aire en la región superior del tórax y signos de neumonitis hilio basal bilateral a predominio derecho. Existió dilatación gaseosa de estómago y primera porción del duodeno constituyendo la imagen radiológica “en doble burbuja” por lo que sugirió el diagnóstico de AE con FTE distal y obstrucción duodenal. Se comprobó la imposibilidad del paso de sonda nasogástrica hasta el estómago por lo que se mantiene al nivel de la obstrucción, drenando material viscoso abundante de color verdoso en cantidad aproximada a 120 ml.

Al examen físico se constató presencia de labio leporino (fig. 2). El estudio contrastado de esófago AP en posición de pie muestra la AE con fístula distal; mediante el empleo de una sonda y 1ml de contraste se delinea la bolsa proximal esofágica. Se visualizó, además la obstrucción duodenal con imagen en “doble burbuja”. La malformación vertebral es evidente en los cuerpos vertebrales lumbares, se observó hemivértebra a nivel de L-2 que condiciona incurvación de la columna lumbar (fig. 3).

Se decidió realizar el cierre de la fístula traqueosofágica en un primer tiempo quirúrgico para eliminar la comunicación traqueosofágica y realizar la anastomosis término-terminal. Evolucionó satisfactoriamente por lo que se retiró el apoyo ventilatorio.

En una segunda etapa (19-09-2010) se realizó la reparación de la malformación digestiva comprobándose la atresia duodenal, se colocó una sonda de gastrostomía para su alimentación. Presentó complicaciones respiratorias y necesitó apoyo ventilatorio, al salir del salón se visualizó en rayos x neumotórax a tensión del 30% y se colocó sonda de pleurotomía mínima baja, por donde se constató salida de aire y secreciones biliosas con impresión diagnóstica de dehiscencia parcial de sutura esofágica.

Evolutivamente no mejoró y se reintervino por segunda vez (23-10-2010) para reinstaurar las sutura esofágica, deteriorándose su ya precario estado físico, posteriormente presentó dilatación gástrica con abundante salida de líquido verdoso por la sonda de gastrostomía que impedía su alimentación, se lleva al salón por tercera vez, suponiendo estenosis de sutura duodenal y se comprueba el

diagnóstico. Posteriormente presenta una fístula entero-cutánea. Mantuvo el deterioro de las funciones respiratorias, se añade sepsis nosocomial y fallece el 5-11-2010.



Fig. 1. Imagen
“en doble burbuja”



Fig. 2. Labio leporino



Fig. 3. Bolsón superior:
atresia esofágica

DISCUSIÓN

De entre todos los tipos de AE/FTE el más frecuente es el tipo C en el que la AE se asocia con una FTE distal ²⁻⁴. Las primeras manifestaciones de la enfermedad son referidas por las enfermeras al percatarse y reportar la presencia de labio leporino, así como, la imposibilidad del paso de la sonda de aspiración nasogástrica, coincidiendo con lo que se reporta en la literatura ^{1,4, 5,7}.

Al realizar el rayos X de tórax se pudo demostrar una bolsa aérea del esófago proximal que causaba la dilatación gaseosa en la radiografía simple sin poder determinar su terminación que en ocasiones, como reporta el Dr. Caffey ⁵, llega a distancias variables por encima de la carina y constituye diagnóstico de la enfermedad, sin embargo, en nuestro estudio al no poder determinar su terminación por el estudio simple decidimos instilar 1ml de contraste hidrosoluble por la sonda de aspiración con el paciente en posición erecta, técnica que permite contrastar el esófago superior demostrando la presencia de la bolsa superior esofágica atrésica (fig. 3). Coincidiendo con la bibliografía revisada, este patrón estructural permite que el aire llegue al estómago a través de la fístula traqueal y que el jugo gástrico

regurgite hacia los pulmones y es la causa de complicaciones respiratorias como la neumonitis por broncoaspiración ^{5,7}. Se reporta además que no es frecuente observar un trayecto largo de la bolsa esofágica que facilite su reparación ³⁻⁵.

A propósito de lo referido por la literatura coincidimos en la opinión de que la radiografía de tórax permite comprobar la existencia de un bolsón superior lleno de aire, así como su posición y longitud, confirma la situación de la sonda nasogástrica que aparece enrollada dentro del esófago, valora si existen lesiones pleuro-pulmonares, la situación y posición del arco aórtico, si hay anomalías óseas y las características del patrón gaseoso abdominal ^{4,5}.

Según nuestra experiencia clínica y en concordancia con la literatura la AE/FTE distal presenta algunas degluciones normales para luego presentar la broncoaspiración con tos y cianosis, repitiendo progresivamente hasta que se aspiren las secreciones ³⁻⁵, sin embargo, la presencia de secreciones amarillentas abundantes por la sonda de aspiración no son manifestaciones clínicas características de la A/E con FTE distal por lo que constituyó una interrogante clave en el diagnóstico la presencia de secreciones teñidas de bilis, este dato fue de vital importancia semiológica debido a que normalmente su presencia elimina del diagnóstico las lesiones obstructivas supraampolares como: obstrucción pilórica (atresia o estenosis) y obstrucción esofágica ⁷.

Esta atipicidad clínica es debido a la asociación de la atresia duodenal y la AE/ FTE distal en el cual las manifestaciones clínicas (secreciones biliosas) enmascaran el diagnóstico, sin embargo, al valorar la radiografía de abdomen simple se observó la imagen inequívoca de obstrucción duodenal con la formación de la típica imagen en “doble burbuja” (fig. 3) sin visualizar patrón gaseoso por debajo de la obstrucción. Según la literatura revisada la atresia duodenal se considera la más frecuente de las causas de obstrucción intestinal y este signo no es más que un índice del alto grado de obstrucción duodenal, pero no su causa ^{6,7}. Lo cual en nuestra opinión constituye un signo de alerta en la búsqueda de otras malformaciones asociadas a la A/E ⁷.

Por lo antes expuesto, la radiografía de abdomen permite valorar la presencia de aire en estómago y tracto intestinal, confirma la existencia de fístula traqueosofágica distal; sin aire en estómago ni intestino, es atresia esofágica sin fístula; por lo que la radiografía es diagnóstica. La atresia esofágica aislada tiene una más alta relación con la incidencia de mayor número de defectos que la FTE más AE ^{3, 4,8}.

Según lo consultado en la literatura la asociación de una o varias malformaciones en la AE/FTE es un fenómeno frecuente, alcanzando cifras que oscilan entre el 30 y 70%. Las anomalías varían desde malformaciones esqueléticas menores hasta las malformaciones cardíacas incorregibles, y constituyen las de peor pronóstico^{3-5,8}.

Las malformaciones esqueléticas se presentan en el 15% de los pacientes con AE y son frecuentes las alteraciones vertebrales, en el reporte actual se presentó una hemivértebra a nivel lumbar alto que provocó incurvación de la columna lumbo – sacra (fig.2)

Actualmente la clasificación pronóstica más utilizada es la de Spitz que valora el peso al nacer y las malformaciones cardíacas como los factores de riesgo capaces de empeorar el pronóstico vital de los niños⁸, sin embargo, en el reporte actual no se consideró que la magnitud de las malformaciones asociadas per se, influyeron de forma directa en la evolución de la paciente.

Existió correspondencia entre los hallazgos clínico-radiológicos de la AE y las malformaciones asociadas con los reportes de otros autores y en dependencia de magnitud constituyen un indicador pronóstico en la evolución del neonato por lo que el tratamiento debe ser quirúrgico y precoz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Spitz L. Esophgela atresia: past, present and future. J Pediatric Surg. 2007; 31:19-25.
- 2 Carol Lynn B, Poenaru D. Structural anomalies of the gastrointestinal tract. In: Taeusch HW, Ballard RA, Gleason CA. Avery's Disease of the new born. 8 ed. Philadelphia: Editorial Elsevier; 2006:1086-1100.
- 3 Pueyo Gil C, Pollina E, Gonzáles Martínez N, Ruiz de Temiño M, Escarpín Villacampa R, Esteban Ibarz JA. Mortalidad en pacientes con atresia de esófago: influencia del peso al nacer y de la malformación cardíaca. An Esp Pediatr. 2006: 453-57.
- 4 Hübner ME, Nazer Herrera J, Cifuentes Ovalle L. Atresia esofágica y malformaciones asociadas. Rev Méd Chile. 1999; 127:655-9.

- 5 Caffey J, Molina A. Diagnóstico radiológico en pediatría. 3ra. ed. Barcelona: Editorial Salvat; 1982.
- 6 Reynoso Argueta E, Camargo Gaona FD, Rangel Limón MC, Guzmán Arteaga AN. Atresia intestinal múltiple: reporte de un caso. Rev Med Hosp Gen Méx. 2008; 71(2):94-8.
- 7 Ahmed H. Congenital pyloric atresia and associated anomalies. Pediatr Surg Int. 2007; 23: 559-63.
- 8 Bracho Blanchet E, González Díaz V, Dávila Pérez R, Ondorica Flores R, Varela Fascinetto G, Lezama del Valle P, et al. Factores pronósticos asociados a morbilidad quirúrgica en pacientes con atresia de esófago con fistula distal: experiencia de 10 años en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. Bol Med Hosp Infant Mex. 2007; 64.

Correspondencia

Dr. Regis Gerardo Rosales Labrada. Correo electrónico: rrosales@hpuh.sld.hlg.cu