

Revista Mexicana de Anestesiología

Volumen
Volume **28**

Suplemento
Supplement **1**

2005

Artículo:

Atresia de esófago y fístula traqueoesofágica

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Colegio Mexicano de Anestesiología, AC

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Atresia de esófago y fistula traqueoesofágica

Dra. Estela Melman Szteyn*

* Academia Nacional de Medicina. Profesora de Anestesia,
División de Posgrado UNAM. Hospital ABC. Hospital Ángeles.

La atresia del esófago es una anomalía congénita en la cual la porción media del esófago está ausente (atresia); en un porcentaje importante (85%) se acompaña de una comunicación anormal entre la tráquea y el segmento distal del esófago llamada fistula traqueoesofágica (FET). La atresia del esófago se presenta con una frecuencia de 1 por 3,000 ó 4,000 nacimientos.

Los antecedentes clínicos maternos comunes son el polihidramnios y la prematuridad.

Durante la embriogénesis, el esófago se desarrolla a partir de la parte delantera del tubo digestivo inmediatamente distal a la faringe, durante la cuarta semana del embarazo; existen diversas teorías para explicar que esta anomalía puede resultar de un exceso de presión intraembrionaria, de un accidente vascular, por oclusión epitelial o por anomalías en el crecimiento diferencial⁽¹⁾.

Existen diferentes variaciones anatómicas de este defecto congénito reunidas en diferentes clasificaciones, de las cuales la de Gross y Ladd es quizás la más conocida^(1,2). Ésta las agrupa en:

Tipo A, atresia únicamente sin fistula, y clínicamente con un pequeño estómago y ausencia de gas en el abdomen (6%).

Tipo B, con FTE proximal, atresia del cabo proximal, estómago pequeño y ausencia de gas en abdomen (2%).

Tipo C, con atresia del cabo esofágico proximal y FTE entre el cabo distal y la tráquea; es la más común y ocurre con una frecuencia de 85%. Clínicamente se manifiesta por exceso de moco o saliva al nacimiento, con o sin dificultad respiratoria.

Tipo D, con atresia y fistulas distal y proximal, ocurre en sólo un 1%.

Tipo E, sin atresia de esófago pero con FTE, ocurre en un 6% y se le conoce también como tipo H. Clínicamente no se manifiesta tan tempranamente como las anteriores, sin embargo la presencia repetida de síntomas tales como tos y cianosis durante la administración del alimento debe hacer que se descarte este tipo de malformación.

La atresia de esófago se asocia en más de la mitad de los casos con una o más anomalías congénitas, debiendo descartar de inmediato aquellas que requieran tratamiento urgente.

El acrónimo VACTER se refiere a las malformaciones: vertebral, ano rectal, cardíaca, cromosómica (trisomía 18 ó 21) traqueoesofágica, renal y radial. Cuando se asocia con una trisomía 21, la posibilidad de atresia duodenal y Hirschsprung deben considerarse.

MANEJO PREOPERATORIO

El diagnóstico se establece de inmediato al nacimiento por la imposibilidad de pasar un catéter o sonda por la boca para aspirar el estómago. La presencia de aire en abdomen confirma o descarta la existencia de fistula traqueoesofágica. Igualmente deben confirmarse la presencia de anomalías asociadas y su severidad. En caso de dificultad respiratoria por la prematuridad o por otras anomalías, oxigenar al recién nacido con el mínimo de presión positiva, evitando a toda costa distender el estómago, por la posibilidad de una ruptura gástrica. Es importante mantener al neonato en posición de Fowler o semi-Fowler y con aspiración continua del cabo superior para evitar la neumonía, complicación con una mortalidad muy alta. El resto de los cuidados deben ser los aplicados a todo recién nacido particularmente de pretérmino⁽³⁾. Obvio, el ayuno es obligatorio.

La clasificación de Waterston pronostica con mucha exactitud la morbi-letalidad de esta malformación congénita ya que toma en cuenta factores tales como peso, anomalías asociadas y complicaciones, vg. neumonía.

MANEJO ANESTÉSICO

El transporte del neonato al quirófano debe realizarse en incubadora portátil manteniendo la temperatura y oxigenación constantes, a menos que se cuente con las facilidades

para que la cirugía pueda efectuarse dentro de la misma unidad de cuidados intensivos neonatales. Cuando ésta no es la situación, ya en el quirófano, la temperatura del mismo debe ser ajustada de 26 a 28°C, además de mantener la temperatura del paciente mediante el uso de colchón, calor por convección, calentamiento de soluciones, etc, tal como lo hemos estipulado en los lineamientos de manejo del neonato, mismos que deberán ser aplicados estrictamente ⁽³⁾.

El manejo anestésico de esta malformación dependerá de si se trata de una atresia de esófago sin o con fistula y en este caso, si es del tipo C, en la cual como hemos mencionado, es de suma importancia evitar la distensión y sobre todo, la ruptura gástrica, por lo cual se deberán emplear presiones bajas para ventilar y oxigenar previas a la intubación. Es recomendable también al intubar, utilizar una sonda endotraqueal medio número mayor que lo habitual, introducir la sonda y avanzarla al bronquio derecho y luego, progresiva y lentamente retirarla, con el estetoscopio colocado en el hemitórax derecho, hasta que se ausculta el ruido respiratorio en ese pulmón y en ese momento dejar de manipular y fijar la sonda; esta maniobra nos coloca la punta de la sonda

sobre el sitio de donde parte la fistula, a la cual ocluye parcial o totalmente, con lo que se logra disminuir considerablemente el paso del aire al estómago.

Cuando nos enfrentamos a un neonato distendido o con rotura gástrica, ésta deberá resolverse previamente mediante una gastrostomía, la cual previa estabilización del paciente, es recomendable llevar a cabo con anestesia regional (epidural caudal), y posteriormente en otro tiempo efectuar la toracotomía.

Durante la toracotomía, el pulmón derecho se mantiene retráido durante el cierre de la fistula y/o la anastomosis de los cabos del esófago, lo cual puede provocar hipoxemia y paro cardíaco. Otra complicación que puede presentarse es la obstrucción de la sonda endotraqueal por aspiración de secreciones sanguinolentas durante la manipulación quirúrgica, con las ya consabidas consecuencias. Es recomendable, por lo tanto, vigilar continuamente los gases sanguíneos además del resto de parámetros.

Finalmente, en el postoperatorio la extubación estará determinada por el grado de disfunción pulmonar preoperatoria, las anomalías congénitas y/o complicaciones pre-existentes, la prematuridad y el grado de dificultad quirúrgica.

REFERENCIAS

1. Beasley SW. Esophageal atresia and tracheoesophageal fistula. In: *Surgery of Infants and children: Scientific Principles and Practice*, Eds Oldham KT, Colombani PM and Foglia RP. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 1997:1021.
2. Ein SH. Esophageal atresia and tracheo-esophageal fistula. In: Wyllie R, Hyam JS, Eds. *Pediatric Gastrointestinal Disease*. Philadelphia, WB Saunders, 1993:318-336.
3. Melman E. Anestesia en pediatría. En: Aldrete JA, Guevara UL, Capmourteres EM, Eds: *Texto de Anestesiología Teórico-Práctica*, 2^a ed. México-Bogotá El Manual Moderno, 2004:1071-1112.

