

Las más frecuentes son:

- **Estenosis de la anastomosis:** Ocurre en el 25% de los casos. Está en relación con la distancia entre los bolsos, la tensión en la anastomosis y la vascularización de la misma. También influye en ello el reflujo gastroesofágico. Se trata con dilataciones endoscópicas con buen resultado.

- **Dehiscencia parcial de la anastomosis esofágica:** Ocurre con relativa frecuencia y es de buen pronóstico. El contraste radiológico se escapa por la anastomosis hacia el espacio extrapleurar. En estos casos se retrasa temporalmente la alimentación oral y se continúa con parenteral una o dos semanas hasta que se cierre la dehiscencia.

- **Refistulización:** Generalmente por infección se puede abrir de nuevo la fistula traqueoesofágica. El diagnóstico se debe confirmar por endoscopia. Es una complicación grave que requiere la reoperación.

A largo plazo pueden aparecer complicaciones en niños operados de atresia de esófago.

La toracotomía, si se prolonga por delante de la línea axilar anterior, puede provocar defectos estéticos en las mamas de las niñas. También puede provocar "escápula alada", elevación del hombro derecho y cierto grado de escoliosis. Estas deformaciones deben ser prevenidas antes de la pubertad.

La motilidad del esófago intervenido es muy deficiente como se demuestra en los trazados manométricos de niños operados y el porcentaje de reflujo gastroesofágico es muy elevado. Es frecuente atender a estos niños por impacciones de cuerpos extraños en la anastomosis. En un porcentaje muy elevado es necesario realizar una intervención antirreflujo en estos enfermos.

Tratamiento de la atresia de esófago tipo I

Cuando no existe fistula traqueoesofágica, los bolsos esofágicos están muy separados entre sí y la anastomosis término terminal en la época neonatal es muy difícil. Por tanto, se requiere una valoración previa de la situación de los bolsos esofágicos realizándose una gastrostomía para alimentación y valoración del bolsón inferior, y un sondaje del superior que debe mantener una aspiración constante de la saliva para no provocar una neumonía aspirativa.

Es importante en estos casos mantener al neonato en posición de Rickham (decúbito prono y Trendelenburg), una aspiración nasoesofágica continua hasta que, por medio de dilataciones progresivas de ambos bolsos, logre cerrarse su anastomosis, o si ello es imposible practicar una esofagostomía y una posterior sustitución de la atresia con colon o con estómago.

Atresia y estenosis intestinal

La atresia intestinal es la causa más frecuente de obstrucción intestinal neonatal. Puede presentarse a cualquier nivel: duodeno, yeyuno, ileon y colon.

Son más frecuentes a nivel yeyuno ileal y son muy poco frecuentes las de colon. La estenosis intestinal congénita es excepcional.

La incidencia de la atresia intestinal es aproximadamente de un caso por cada 3.000-4.000 nacidos vivos. Esta frecuencia es doble que la de la atresia de esófago y aproximadamente tres veces mayor que la enfermedad de Hirschsprung.

Recuerdo embriológico

Existen clásicamente dos teorías embriológicas para explicar la patogenia de las atresias intestinales.

- **Teoría de la recanalización de Tandler:** Según este autor, primitivamente, el tubo digestivo sería un cordón rígido sin luz, que en sucesivas semanas de gestación se iría recanalizando hasta formarse completamente la luz intestinal. Un defecto en la recanalización de ese intestino provocaría la atresia.

- **Teoría vascular:** Según esta teoría, un defecto en la vascularización del intestino en la época prenatal provocaría la atresia. Existen una serie de hechos que parecen demostrar la veracidad de esta última teoría, como son:

- El hallazgo de meconio y células de descamación intestinal distales a la atresia.

- La posibilidad de reproducir atresias intestinales en animales de experimentación provocando alteraciones vasculares. Esto es un hecho comprobado por multitud de autores.

Anomalías asociadas

La atresia intestinal se asocia con frecuencia a otras malformaciones congénitas:

- **Genéticas:** Especialmente algún tipo de trisomías. La trisomía 21 se asocia a atresia duodenal (30% de los casos).
- **Cardíacas:** Frecuentemente canal común, ductus, etc.
- **Renales:** Frecuentes en las atresias bajas.
- **Prematuridad:** Casi constante en las atresias complicadas.
- **Defectos de la pared abdominal:** Como el onfalocele y la gastrosquisis, pueden asociarse también a atresia intestinal.

Hay que señalar asimismo que un 20% de los casos de atresia intestinal se asocia a mucoviscidosis y su consecuencia es el íleo meconial.

Tipos de Atresia Intestinal

Atresia duodenal

Hay diferentes tipos de obstrucción duodenal:

- **En relación a su forma anatómica:**
 - Completa, con frecuencia membranosa.