

Capítulo 300

Anomalías congénitas: atresia esofágica y fístula traqueoesofágica

puede empeorar la distensión de las vísceras abdominales. La ligadura quirúrgica de la FTE y la anastomosis primaria término-terminal del esófago se realizarán cuando sea posible. En el niño prematuro o con complicaciones de cualquier naturaleza, el cierre primario se puede demorar mediante la colocación transitoria de una sonda de gastrostomía y la realización de una ligadura de la fístula. Si la distancia entre los extremos terminales atrésicos del esófago es superior a los 3-4 cm, no se puede realizar la reparación primaria, y habrá que interponer un fragmento de estómago, yeyuno o colon a manera de neoesófago. Es necesario prestar especial cuidado para descartar anomalías cardíacas u otras posibles alteraciones asociadas.

La atresia esofágica (AE) es la anomalía congénita más frecuente del esófago y afecta, aproximadamente, a 1 de cada 4.000 neonatos, de los cuales el 90% presenta una fístula traqueoesofágica asociada (FTE). En la forma más frecuente de AE, el esófago superior finaliza en un fondo de saco ciego y la FTE se conecta con el esófago distal. En la figura 300-1 se indican los tipos de AE y de FTE, así como sus frecuencias relativas. La tasa de supervivencia de esta alteración es actualmente superior al 90%, debido al progreso de los cuidados intensivos neonatales, al diagnóstico precoz y al tratamiento adecuado. Los niños con peso inferior a 1.500 gramos al nacer presentan el mayor riesgo de mortalidad. El 50% de los niños presentan alteraciones asociadas, siendo las más frecuentes VATER/VACTERL (Vertebral, Anorrectal, Tráquea, Esófago, Cardíaco, Renal, Radial y Extremidad, del inglés *limb*).

Presentación. El neonato con AE presenta hipersalivación y babeo por la boca y la nariz, episodios de tos, cianosis y dificultad respiratoria. La alimentación acentúa estos síntomas, provoca regurgitación y puede causar aspiración. La aspiración del contenido gástrico a través de una fístula distal provoca una neumonitis más lesiva que la que se produce por aspiración de las secreciones faríngeas procedentes de un fondo de saco ciego a nivel superior. El niño con una FTE aislada y ausencia de AE («fístula tipo H») puede buscar atención médica en etapas más tardías de la vida en relación con problemas respiratorios crónicos, incluidos broncospasmo resistente y neumonías de repe-

Diagnóstico. Hay que sospechar atresia esofágica en el neonato si aparece una dificultad respiratoria de instauración precoz y existe una impedimentación para pasar la sonda nasogástrica u orogástrica. La presencia de polihidramnios materno en la época prenatal puede orientar hacia el diagnóstico de AE. En las radiografías simples, realizadas para la valoración de la dificultad respiratoria el extremo de la sonda aparece enrollado en espiral en el bolsillo esofágico y/o distensión gástrica con lo que indica la presencia de una FTE coexistente (fig. 300-2). De la misma manera, en la AE aislada, el abdomen es escafoide y no tiene gas. La FTE aislada se puede identificar mediante un esofagograma por medio de contraste administrado a presión. Además, el orificio se puede detectar mediante broncoscopia o al inyectar azul de metileno en el espacio endotraqueal durante la endoscopia; el orificio en el esófago se hace visible durante la inspiración forzada.

Tratamiento. En principio se precisa mantener una vía aérea permeable y prevenir la aspiración de las secreciones. La colocación del niño en decubito prono minimiza la posibilidad de movimiento de las secreciones gástricas al interior de una fístula distal, y la aspiración esofágica reduce al mínimo la posibilidad de aspiración de las secreciones de un fondo de saco ciego. Hay que evitar la intubación endotraqueal, ya que

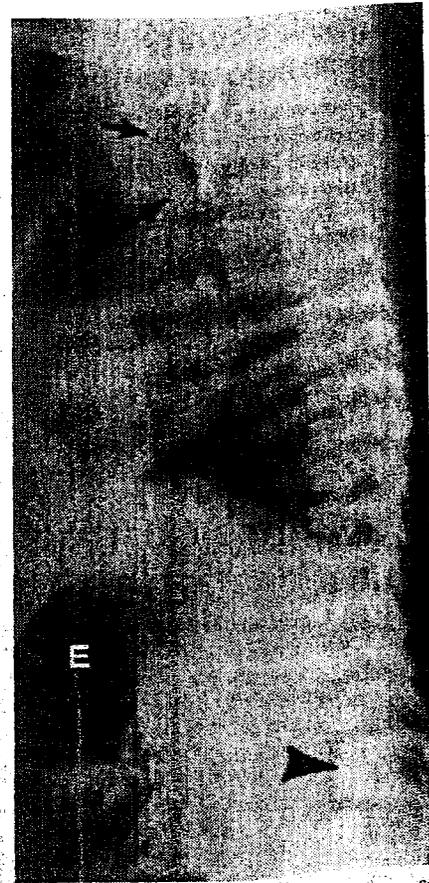


FIGURA 300-2. Fístula traqueoesofágica. La radiografía lateral muestra una sonda nasogástrica arrollada (flechas) en el segmento proximal del esófago atrésico. La fístula está situada distalmente y se sospecha por la dilatación del estómago (E) y del intestino delgado. La punta de flecha señala una fusión vertebral, mientras que la cardiomegalia y un soplo cardíaco indican la existencia de una comunicación interventricular. Este enfermo tenía elementos del complejo dismórfico de VATER. (De Balfé, D., Ling, D., Siegel, M.: *The esophagus*. En Putman CE, Ravin CE (eds.): *Textbook of Diagnostic Imaging*. Filadelfia, WB Saunders, 1988.)

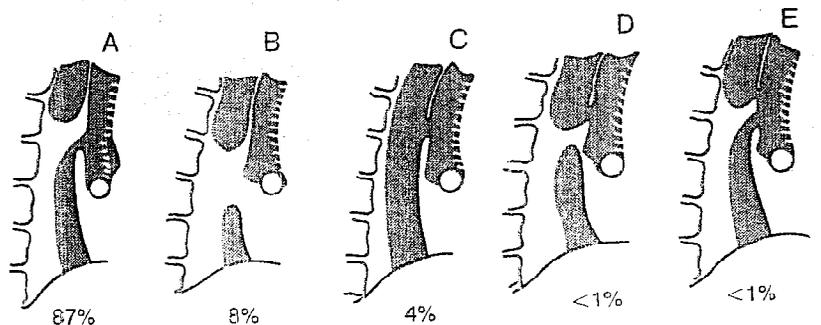


FIGURA 300-1. Esquema de las cinco formas más frecuentes de atresia esofágica y fístula traqueoesofágica mostradas por orden de frecuencia.