

ATRESIA ESOFAGICA Y FISTULAS TRAQUEOESOFAGICAS

Drs. GUILLERMO GARCIA, ELBA ESCALADA y JORGE PACHECO

Servicio y Cátedra Extraordinaria de Pediatría del Prof. Dr. Julio Schwarzenberg y Prof. Dr. Adalberto Steeger. Hospital "San Juan de Dios". Santiago, Chile.

El interés creciente por el estudio de las malformaciones congénitas, tanto en lo que se refiere a su etiología, clínica y tratamiento, es manifiesto especialmente en aquellos países en que los problemas de naturaleza nutricional e infecciosa han sido controlados en sus justos términos.

Entre nosotros, en que existen aún cifras muy altas de los índices de distrofia y patología aguda digestiva, responsable de un alto número de muertes, es indudable que no podemos darle jerarquía a las malformaciones congénitas como problema médico social; pero como problema clínico no podemos dejar de llamar la atención sobre ellos y hemos creído de interés comunicar nuestra experiencia sobre seis casos de atresias y fístulas tráqueo esofágicas.

Hasta 1939 esta malformación era incompatible con la vida, año en que Haight y Tawley¹ realizan la primera intervención quirúrgica con buen resultado. Desde entonces y hasta nuestros días el panorama ha cambiado, especialmente debido a los progresos de la cirugía torácica junto a la anestesiología y la mayor precisión y precocidad del diagnóstico clínico.

De esta manera se ha conseguido disminuir la tasa de letalidad desde un 100% en el año 1939 a un 40% más o menos en nuestra época.

Clasificación.

Existen numerosas clasificaciones, diferenciando muy poco unas de otras. Así por ejemplo Bockus² y Feldman clasifican las malformaciones del esófago como sigue:

1. Ausencia total del esófago.
2. Vestigio de esófago representado por un cordón fibroso.

- | | | |
|------------------|---|----------|
| 3. Doble esófago | { | total |
| 4. Atresia. | { | parcial. |

a) En fondo de saco superior y vestigio de esófago distal.

b) Sólido cordón fibroso entre ambos extremos con fístula traqueal.

c) Atresia en fondo de saco superior con comunicación inferior con tráquea o, raramente, bronquio.

5. Fístula tráqueo-esofágica y esófago con otra anomalía.

6. Estenosis congénita.

7. Dilatación congénita o megaesófago.

8. Divertículo esofágico.

9. Esófago corto con estómago torácico.

Citaremos la clasificación de Gross³ con las variantes que vemos en el gráfico N° 1.

El tipo 2b del cuadro es el más frecuente: el porcentaje de frecuencia vá según los autores de un 70 a 90%.

Etiopatogenia.

Se sabe que en este aspecto del problema muchas son las teorías que tratan de explicar las alteraciones embriológicas que inducen una determinada malformación congénita⁴.

Los detalles de la embriología y probable patogenia de atresias y fístulas tráqueo-esofágicas se encuentra en el trabajo de los Drs. Garcés y Escollón⁵ publicado en la Revista Chilena de Pediatría.

Desde nuestro punto de vista creemos conveniente hacer resaltar, guiados por nuestra propia experiencia, que son 3 los hechos fundamentales en la evaluación de estos casos. El primero lo constituye el diagnóstico precoz. El segundo el acto quirúrgico mismo y el tercero el postoperatorio.

1. El diagnóstico presupone un examen detenido del niño, hecho que debe estar a cargo de un pediatra experimentado en recién nacidos, que le permita sospechar la presencia de este cuadro aún sin ayuda de los elementos accesorios de diagnóstico. Como se verá en nuestra ca-

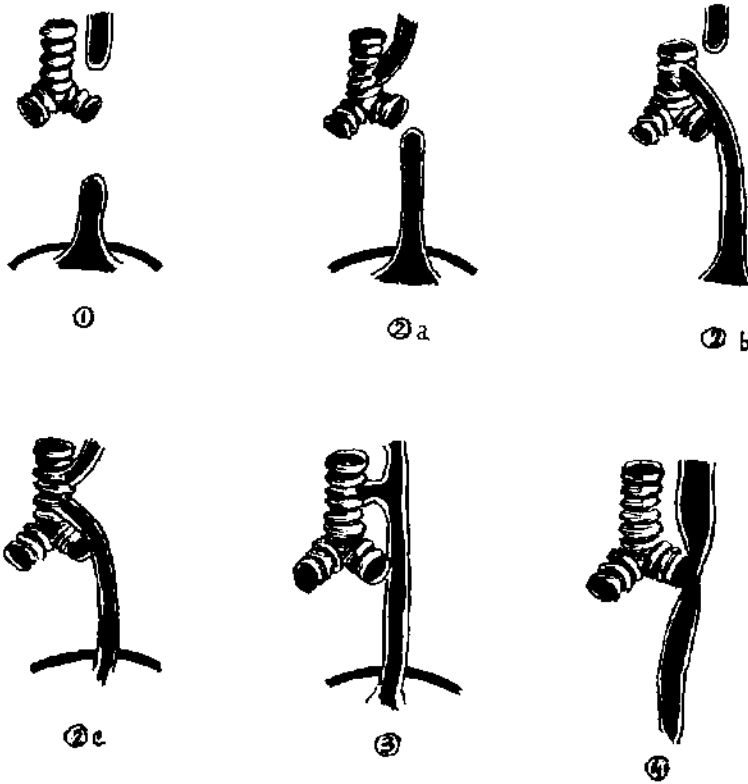


Gráfico N° 1

suística, son pequeños síntomas y signos los que llevan a una ulterior investigación, la que confirmará o negará el diagnóstico supuesto. Creemos de especial importancia, recalcar que, la clínica sola puede y debe hacer estos diagnósticos, ya que no debemos olvidar que en nuestro medio, carente muchas veces de los elementos auxiliares de examen será exclusivamente ella la que llevará a una terapéutica heroica en estos casos.

2. En segundo lugar el acto operatorio, que es siempre difícil, no tanto en cuanto a la técnica quirúrgica misma, sino por que la asociación frecuente con otros cuadros patológicos del recién nacido u otras malformaciones congénitas hacen obscuro el pronóstico, aún en centros más especializados y con técnicas depuradas.

3. El post-operatorio de estos enfermos constituye un punto de extraordinaria importancia, ya que es bien sabido que justamente en este período es cuando se producen complicaciones que, ajenas al diagnóstico y acto quirúrgico, desvían

el curso normal de la evolución, siendo de especial importancia, según todos los autores, el período comprendido entre la segunda y tercera semana. Por otra parte, la correcta indicación de la alimentación, así como la reposición y mantención de un equilibrio hidrosalino armónico corren paralelos con un excelente cuidado de enfermería y una terapéutica antibiótica racional y mantenida.

Es por estas razones, que presentamos una casuística que revela en primer lugar un difícil aprendizaje de los hechos clínicos y en segundo lugar nuestra actual limitación terapéutica tanto en lo quirúrgico como en lo clínico, demostrable con los casos que exponemos.

Nuestro material lo constituyen 6 casos clínicos que se presentaron entre los meses de Abril de 1956 y Septiembre de 1958, sobre un total de 16.587 partos en este mismo lapso; es decir, 1 por 2.764, dato este que coincide con la incidencia aceptada por la mayoría de los autores, que es de 1 por 2.500⁴. Hirschsprung tu-

CUADRO Nº 1

Casos	1	2	3	4	5	6
Nº Ficha	139857	229737	253438	258853	271143	277392
Fecha	18-IV-58	17-XI-57	15-IV-58	14-V-58	7-VIII-58	26-IX-58
Vivos o Fallecidos	Vivo	Fallecido	Fallecido	Fallecido	Vivo	Fallecido
Peso nac.	2.775	2.550	3.950	3.400	3.350	2.875
Sexo	F	F	F	M	M	F

vo 14 casos en 7 años; Brennenmann 3 en 1 año⁵; Parmelee sólo 2 casos en 15.000 recién nacidos⁶, en el Cook County Hospital 3 casos en 7 años, y Caautley sólo 1 en 25 años de práctica de hospital.

Con este cuadro, podemos ver que aún tenemos un alto porcentaje de mortalidad que en otros centros es de 1 por cada 3 niños; pero hay que tener en cuenta, que existen numerosos errores tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, muy especialmente en los primeros casos. Hasta 1939, de acuerdo con Ladd⁷ y Gross⁸ y Scott, ningún caso había sido tratado con éxito por la cirugía. Fueron Haight y Tawley¹ quienes realizaron la primera intervención con éxito, uniendo ambos extremos del esófago, la que fué relatada en 1943. A partir de ese año, como demostración de que el ensayo de nuevos procedimientos quirúrgicos ha permitido una mayor supervivencia se ha llegado a un 67% de supervivencia.

En la literatura nacional, el trabajo presentado por los Drs. Garcés y Escollón del Hospital "Roberto del Río", en que presentaron 8 casos en 10 años (1944-1953) hubo una letalidad de 100%. Pero hay que tener en cuenta que todos estos niños se hospitalizaron muy tardíamente, incluso uno de ellos a los 7 días de edad, ya que ese Servicio no cuenta con una maternidad anexa.

Analizaremos en el cuadro Nº 2 los antecedentes obstétricos y del parto, para

poder valorar, no la etiología de la atresia o fistula tráqueo-esofágica, sino la asociación frecuente con otros cuadros patológicos que siempre ensombrecen el pronóstico.

En este cuadro puede verse que casi todos los partos se produjeron especialmente en primíparas, casi todos fueron partos prematuros en el sentido cronológico, dato que coincide con el de Christopher y Cummins en una presentación de 17 casos. Además, se puede advertir, que en todos hubo sufrimiento fetal; las presentaciones fueron de vértice en 5 casos y 1 podálica, requiriendo la aplicación de fórceps en 3 casos y una cesárea en presentación podálica. En cuanto a las condiciones de placenta y cordón, cabe destacar que hubo 2 circulares al cuello y 1 al pié, y que la placenta presentó anomalías en un solo caso.

En el cuadro Nº 3 podemos apreciar que desde el comienzo estos niños mostraron signos y síntomas anormales, pero como en todo recién nacido un mismo signo clínico puede ser común a varias enfermedades, sin tener nada de específico. Así por ejemplo, pudimos apreciar la secreción salival espumosa; ahogos con tos; dificultad respiratoria y cianosis en todos los casos; siendo la secreción bucal espumosa el primer signo clínico que aparece. Vómitos sólo en 2 casos, y en ambos con estrias sanguinolentas. Signos de aspiración líquida en 4 casos, más intensos en

CUADRO Nº 2

Casos	1	2	3	4	5	6
Embarazo	8½ m. G.	8 m. G.	8½ m. G.	9 m. G.	8½ m. G.	8½ m. G.
Nº de partos	Primíp.	Primíp.	Primíp.	Primíp.	Múltip.	Múltip.
Placenta y cordón	500 gr. 1 circ. al cuello	450 gr. retenida 1 cir. al pte	600 gr.	700 gr.	550 gr. 1 circ. al cuello	550 gr. Inf. blancos degeneración Inf. de meconio
Antecedentes de importancia	Hidroamnios	Fórceps v. suf. fetal	Hidroamnios fórceps v. suf. fetal	Cesárea podálica suf. fetal	Parto espont. suf. fetal intenso	Espont. v. suf. fetal

CUADRO Nº 3

SINTOMAS Y SIGNOS ENCONTRADOS EN EL PRIMER EXAMEN

Casos	1	2	3	4	5	6
Secr. esp. bucal	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Ahogo con tos	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Dificult. resp.	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Cianosis	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Quejido	Si	Si	—	—	—	—
Vómitos espont.	—	Sang.	—	—	Sang.	—
Est. pulm.	—	Si	—	Si	Si	Si
Sonda esof.	D	No se ap.	D	No D	D	D
Diagn. clín. efectuado a las	Atresia esof. c/fistula 6 horas	Peritonitis Hern. diaf. Br. N. 5º día	Atresia esof. c/fistula 9 horas	Obs. fistula esóf.-traqueal 16 horas	Atresia esof. c/fistula daño encef. 22 horas	Atresia esof. c/fistula 1 hora

aquellos que previamente habían ingerido líquido. Luego vemos que la sonda esofágica demostró que ella se detenía a cierta altura en 4 casos.

Además en este cuadro es donde podemos apreciar el error diagnóstico del caso Nº 2, error que debemos tener en cuenta con un constructivo posterior. El diagnóstico clínico se hizo precozmente en 3 de los 6 casos, a las 6, 9, 16, 22 y 1 hora respectivamente. El caso Nº 2 se diagnóstico recién al 5º día de vida. Este caso constituye una muestra de nuestra falta de experiencia con respecto a estos cuadros en aquel entonces, y esto es importante, ya que se sabe que en ciertos casos el diagnóstico resulta difícil y sólo puede errecuarlo aquel que lo piensa y sabe reconocer y valorar estos pequeños grandes síntomas. En nuestro caso se hicieron varios diagnósticos clínicos, como puede verse en el cuadro, entre ellos el de hernia diafragmática por el gran trastorno respiratorio del niño. Por consiguiente se solicitó un tránsito digestivo, que mostró la detención de bario y la formación de un fondo de saco esofágico, siendo el diagnóstico como vemos un mero hallazgo radiográfico. Es interesante hacer notar que en este caso el médico no prestó atención a lo informado por la enfermera del servicio, la que observando permanentemente al niño, comprobó todas las características del vómito inmediato a la ingestión de líquido o alimento, así como la abundante secreción espumosa de la boca. Buscando una explicación útil a la tardanza diagnóstica, de-

bemos decir, que hay que tener extraordinario cuidado en interpretar el paso o no de una sonda, ya que en este niño la sonda pareció pasar en todo momento, maniobra practicada incluso por uno de los anestesiistas del servicio. Es indudable que la sonda, enrollándose sobre sí misma, daba la impresión de pasar al estómago. Además, confiando demasiado en una maniobra auxiliar, no se valoró debidamente los hechos semiológicos, y no se controló bajo pantalla radiográfica el sondaje.

Por otra parte en el caso Nº 5 debemos destacar un cuadro de daño encefálico anóxico, que hizo temer el entorpecimiento de la evolución posterior.

Radiología.

Planteado el diagnóstico clínico, se hace necesario confirmarlo con la radiología, método que efectuado en forma competente es de mucho valor en estos casos.

A continuación mostramos los hallazgos radiológicos en nuestros casos.

Casos:

1. Tórax: se dió a ingerir bario, observándose detención de este en la unión del tercio superior con el tercio medio del esófago, el cual termina en fondo de saco. Paso del lipiodol al bronquio por aspiración. Se observa aire en el estómago y lipiodol en estómago e intestino, lo que demuestra fistula tráqueo-esofágica inferior.

Probablemente exista una dextroposición de aorta.

Conclusión: *Atresia esofágica con fistula bronquiesofágica distal.*

2. Tórax: Sombra de condensación basal derecha.

El bario penetró hasta más o menos la altura de la segunda vértebra dorsal, observándose a nivel el esófago atrésico en fondo de saco.

Hay aire en estómago e intestino lo que demuestra fistula tráqueo-esofágica distal.

Conclusión: *Atresia esofágica con fistula traqueo-esofágica distal.*

3. El lipiodol se detiene en 1/3 medio del esófago que termina en fondo de saco. Paso al árbol tráqueo-bronquico por aspiración. Se observa aire en estómago e intestino por lo que se concluye:

Atresia esofágica con fistula tráqueo-esofágica distal.

Se sospecha dextroposición de aorta.

4. Campos pulmonares libres. Se introduce lipiodol en esófago el cual se ve normal. Existe pasaje de lipiodol al árbol bronquial por aspiración. No se visualiza fistula tráqueo-esofágica.

5. El lipiodol se detiene en unión del 1/3 superior con tercio medio, observándose el esófago atrésico en fondo de saco. Aire en estómago e intestino lo que demuestra fistula tráqueo-esofágica distal.

Conclusión: *Atresia esofágica con fistula tráqueo-esofágica distal.*

6. El lipiodol se detiene en el esófago atrésico en fondo de saco, a nivel aproximado de la segunda vértebra

dorsal. Hubo pasaje rápido al árbol bronquial por aspiración. Se ve aire y pequeñas gotas de lipiodol en estómago lo que demuestra la existencia de fistula tráqueo-esofágica distal.

Como sabemos, el medio de contraste que se debe usar es el lipiodol y por ningún motivo el sulfato de bario. Sin embargo, en los dos primeros casos se cometió el error de dárselo. En los demás enfermos, observaciones 3, 4, 5 y 6 se hizo laradiografía con lipiodol.

En todos vemos detención del medio de contraste y esófago en fondo de saco, menos en el caso 4 en que no habiendo atresia sino una fistula exclusiva, vemos el esófago permeable, con buen pasaje de lipiodol.

Además, las fistulas fueron diagnosticadas por la presencia de aire en estómago y en intestino, y por la presencia de medio de contraste en algunos casos en estómago.

Tratamiento.

Precisado el diagnóstico clínico y radiológico, se solicitó la cooperación de los cirujanos, dejando en claro que el primer caso fué remitido al Hospital "Luis Calvo Mackenna" para su intervención, por no contar en ese momento con la posibilidad de operarlo en nuestro hospital.

El cuadro N^o 4 nos resume el acto quirúrgico de cada uno de los casos.

Aquí podemos ver que, en los casos 3, 4, 5 y 6, se hizo uso de intervenciones en un tiempo: toracotomía derecha con abordaje transpleural, ya que la extra-pleural está abandonada en la actualidad.

La vía transpleural, es posible gracias a los adelantos de la anestesia, que ha disminuído los riesgos de esta técnica. La anestesia fué dada con intubación tra-

CUADRO N^o 4

1	2	3	4	5	6
24 horas	5 ^o día	16 horas	3 días	24 horas	10 horas
Luis Calvo Mackenna Sec. Fistu. y Anatom. Termin. Tnal. Esofágica. Se compb. arco aórtico der. con aort. desc. der.	Anest. loc. Nov. Laparotomía transrect. Izq. Yeyunostomía con sonda dist. Estom. e Intest. Dilatado lleno aire. Se aspira algo Ba o leche coagulada	Anest. Genr. 8ter O2 toracotomía der. Esof. esofagostomía drenaje	Anest. gener. ciclo éter-O2 toracotomía der. Cierres fist. esof. traqueal drenaje	Anest. ciclo O2 Toracotomía derecha. Anast. esofágica término terminal drenaje.	Anest. Trapanal 4 cc. N2002. Succinil colina 5 cc. Toracot. der. Doble fistu. esof. traqu. Atresia esof. Anastom. esofágica término terminal

queal, para tener un mejor control de las secreciones en el árbol respiratorio, y para efectuar la expansión pulmonar en el momento del cierre de la pared torácica. Cabe señalar que Gross rechaza en forma bien clara la intubación tráquea, y afirma, que produce irritabilidad traqueal y expansión de los alvéolos pulmonares, y puede facilitar una complicación más, cual es el edema pulmonar dentro de las primeras 24 a 36 horas del post-operatorio.

Vale la pena recordar que algunas escuelas usan como técnica asociada a la toracotomía, la gastrostomía.

En este cuadro vemos el informe del Hospital "Luis Calvo Mackenna", que da cuenta de la sección de la fístula, y de la anastomosis término-terminal esofágica, así como el hallazgo de un arco aórtico derecho, con aorta descendente derecha. Su evolución posterior se comentará más adelante.

En el caso N° 2 se practicó una laparotomía transrectal izquierda supra umbilical seguida de yeyunostomía.

En los casos 3, 4, 5 y 6 se practicó toracotomía derecha, y cierre de las fistulas y anastomosis término-terminal esofágica, excepto en el caso N° 4 que no tenía atresia. Los hallazgos corresponden en su mayor parte, a lo que habitualmente se presenta⁸ salvo el caso 4 que es poco frecuente y el 6 portador de doble fístula, hecho también muy poco frecuente.

El gráfico N° 2 muestra los tipos de malformaciones hallados.

Post-operatorio.

El post-operatorio resumido en el cuadro N° 5 nos muestra:

El caso 1, enviado al Calvo Mackenna fué controlado hasta el 5° mes con los diagnósticos que se indican: Malforma-

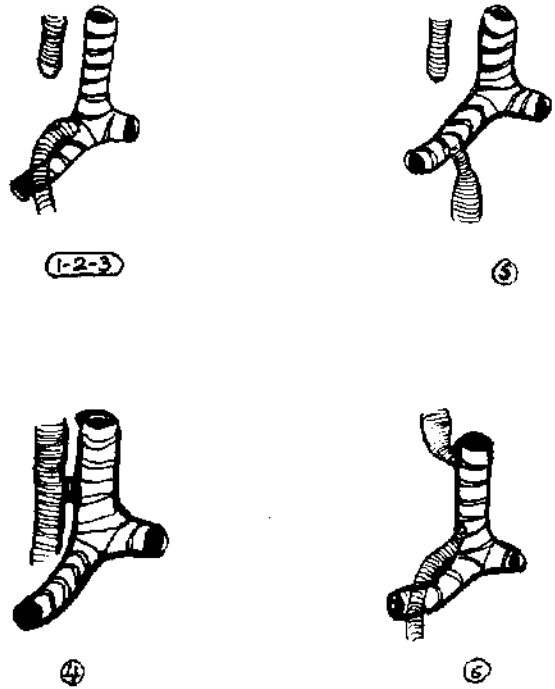


Gráfico N° 2

CUADRO N° 5

1	2	3	4	5	6
5 meses	3 horas	9 horas	3 días	37 días	56 días
21 ds. R. N. con trast. digestivo parenteral. 1½ mes soplo sistólico franco mesocárdico. Retraso cerebral Dg. radiológico daño encefálico congénito ambliopía. Retraso psíquico Alta: Anomalías múltip. Atresia esof. cong. op. Fístula traq. esof. inf. op. Prob. tetralogía de Fallot, daño encefálico.	Cianosis intensa.	Crisis de cianosis con apnea. Paro cardíaco.	Resp. costodiafragmática, discreta cianosis. Neuroplegia. Clorpromazina. Hidratación Parenteral. Transfusiones. Antibióticos: terramicina y penicilina. Sonda gástrica. Realimentación a las 24 horas.	Resp. toracoabdominal, leve cianosis. Hipotermia 34°-35°. Neuroplegia. Signos encefálicos. Clorpromazina. Hidrat. parent. 4 días transf.: 4 antibióticos: 4 días. Sonda gástrica: 5 días. Complicaciones: 12 días. Dehiscencia op. crisis de cianosis con alimentación. Vómitos. Sonda gástrica 11 días acrom. clorpromazina.	Resp. toracoabdominal. Hidrat. parent. (5 días). transfus. 4 plasma 4 S. gástrica. Realimentación (49 día) sin sonda (69 día). Complicaciones: Flebitis (29 d.) crisis de asfixia aspiración aliment. Obs? fístula? dehiscencia? (99 día). S. gástrica permanente. Expulsa espontáneamente (28 días). Estenosis esof. secre. espumosa, crisis de ahogo.

ciones múltiples, atresia esofágica con fistula tráqueo-esofágica distal.

El caso 2 fallece a las 3 horas del post-operatorio, el 3º lo hace a las 9 horas.

El 4º tiene una evolución de 3 días en que domina el trastorno respiratorio y además una probable insuficiencia cardíaca.

En el caso N° 5 se volvió a colocar la sonda durante 11 días más, por reconstitución de la fistula, con lo que parece haberse obviado el problema y es dado de alta a los 37 días de vida en buenas condiciones.

El N° 6 fallece a los 56 días con reconstitución de la fistula y estrechez a nivel de la cicatriz esofágica.

Del análisis de nuestros casos, creemos conveniente destacar lo que nos parece de más importancia en el post-operatorio de estos niños:

1. Terminado el acto operatorio, el paciente debe quedar al cuidado permanente de personal entrenado en recién nacidos. Debe contarse con aspiración y oxígeno, siempre dispuesto a ser usado ante cualquier emergencia.

Las primeras 24-48 horas del post-operatorio son las más delicadas en lo que se refiere a la respiración, la que aparece perturbada no sólo por el traumatismo torácico, especialmente pleural, sino también por el factor dolor. El cuidado de enfermería en este aspecto debe orientarse a mantener libres las vías respiratorias de secreciones (saliva, vómitos, etc.) y entregar un aporte de oxígeno adecuado. En nuestros casos hemos colocado a estos niños en incubadoras, y en posición de drenaje postural 2 horas antes de cada alimentación con aspiración continua. La incubadora nos permitió regular la temperatura y la humedad ambiente. En varios de nuestros casos, pudimos observar gran intranquilidad y agitación del niño, especialmente en uno de ellos (caso N° 5) en que, junto al trastorno respiratorio, hubo signos de compromiso encefálico, caracterizado por temblores, contractura muscular y actitud atípica de los miembros. En este caso obtuvimos muy buen resultado en el uso de neurolépticos (clorpromazina) inyectado intramuscularmente a dosis de 5 mgr. por kilo de peso en 24 horas, repartidas en tres inyecciones.

La cianosis generalizada estuvo presente en casi todos ellos después de operados, pero desapareció a las 24-48 horas. La reaparición de la cianosis, el aumento de la frecuencia de la respiración, así como su mayor o menor profundidad, son síntomas que el personal al cuidado del niño debe vigilar permanentemente.

2. Los aportes de líquido deben practicarse de preferencia por vía endovenosa las primeras 24 a 48 horas por medio de un cateter de polietileno, colocado en una vena de la pierna. Esta conducta pretende mantener libre de líquidos al tubo digestivo durante el primer período de la cicatrización, así como evitar el vómito secundario a la administración por vía oral a través de la sonda gástrica.

La hidratación debe lograr los siguientes fines principales:

1. Reponer las pérdidas de líquido que se producen en todo acto operatorio, sobre todo torácico, en que la respiración está acelerada, y la pérdida de agua por esta vía está aumentada.

2. Dar los aportes nutricios que cubran las necesidades calóricas normales para el metabolismo del niño.

3. Controlar la pérdida de electrolitos y reponer sus déficit, especialmente el de potasio.

Creemos que en nuestros dos últimos casos, hemos cumplido con estos requerimientos. En el primero usamos la solución glucosalina 2/3-1/3 en forma endovenosa hasta el 4º día. En el 2º se usó gluco-ringer al 1/2, pero con una tercera parte de plasma, lo que rebajó la solución al 2/3-1/3, hasta el 5º día.

3. La alimentación por la sonda se comenzó entre los días 4º y 5º, en forma progresiva y teniendo especial cuidado de colocar al niño en posición de Fowler, para evitar la regurgitación. Cada vez que se dispuso de leche de mujer se usó en estos enfermos. En la alimentación hay que tener como norma no dar volúmenes grandes, sino pequeños y repetidos.

Los demás cuidados generales, de cambio de posición, aseo, antibióticos, etc. no lo detallaremos; las transfusiones de sangre se harán siempre que ellas sean necesarias.

Las complicaciones más frecuentes en el curso de post-operatorio son:

1) Complicaciones pulmonares, por aspiración de líquidos o alimentos.

CUADRO N.º 6

ANATOMIA PATOLOGICA

Casos:	2	3	4	6
Protocolos:	313/57	105/58	128/8	301/58
	Fistula traqueo-esofágica cong. con esófago sup. en fondo de saco. Bronconeumonía confluyente bilat. por aspiración (leche). Hemorragia subdural y de la región occipital. Pequeña hemorragia sub-aracnoidea. Otitis purulenta.	Atresia esofágica, ausencia de la parte membranosa del tubo interventricular. Dextroposición de la aorta. Persistencia del agujero de Botal. Neumotórax izquierdo.	Fistula tráqueo-esofágica; bronconeumonía basal bilateral. Aspiración líquido amniótico. Pleurasía pulm. derecha. Edema.	Operado de fistula tráqueo-esofágica. Recidiva de la fistula inf. y estenosis a nivel de la zona cicatricial. Bronconeumonía der. Malformaciones: Fistula tráqueo-esofágica. Nevo gigante del dorso. Ovarios quísticos.

2) La dehiscencia de sutura y reconstitución de la fistula, ya sea en el sitio primitivo o en la sutura esofagica por demencia de ella. Estas complicaciones sobrevienen frecuentemente en la segunda semana, como se mostró en los dos últimos casos operados.

3) Una complicación más tardía, que algunas veces obliga a maniobras de dilatación posterior, es la estenosis esofagica en la zona operada, problema que cae en manos del otorrinolaringólogo para su solución.

Creemos, en fin, que estos niños se benefician no solo de los hechos analizados a propósito de diagnóstico y del acto quirúrgico bien realizados, sino muy especialmente de una permanente vigilancia por parte del personal de enfermería y auxiliares, las que en último término son las que conducen con las indicaciones médicas, el post-operatorio del niño.

Incluyendo el informe quirúrgico del Hospital "Luis Calvo Mackenna", podemos decir que en 3 casos de los 6 coexistían otras malformaciones.

Pronóstico.

Después de todo lo dicho, vemos que para establecer el pronóstico, debemos tener en cuenta varios factores:

a) La precocidad con que se establece el diagnóstico.

b) La asociación con otros cuadros patológicos, ya sean otras malformaciones, u otras afecciones: bronconeumonías, daño encefálico, etc.

c) La técnica quirúrgica empleada y sobre todo la anestesia que lo acompaña.

d) El post-operatorio.

De acuerdo a la consideración de estos cuatro factores, puede establecerse el pro-

nóstico, que en los mejores medios alcanza a un 67% de sobrevivida, porcentaje que nosotros aún no lo logramos.

COMENTARIO

Del análisis de los hechos expuestos pueden obtenerse enseñanzas de importancia para el tratamiento de los recién nacidos portadores de atresias esofágicas y fistulas tráqueo-esofágica.

En primer lugar hacemos notar que los fracasos presentados se deben a dos hechos bien precisos, cuales son: 1. La asociación de otras malformaciones congénitas. 2. La tardanza del diagnóstico clínico y radiológico de esta afección.

La primera condición está fuera de nuestro control incidiendo en el vasto capítulo de las embriopatías, terreno aún muy oscuro y poco conocido, sobre el cual se barajan muchas teorías sin tener aun la posibilidad de un entoque profiláctico útil. No ocurre lo mismo con el segundo hecho anotado. Creemos que este aspecto del problema debe el pediatra centralizar su atención por ahora, ya que de la precocidad del diagnóstico depende gran parte del pronóstico de estos niños. Hemos debido aprender con uno de nuestros casos que es imprescindible entrenarse en la patología del recién nacido en forma especial, de tal manera que la sospecha clínica vaya seguida rápidamente de la comprobación radiológica siempre que ella sea posible. Por otra parte, uno de nuestros pacientes pone de relieve la necesidad de una coordinación perfecta entre los distintos servicios y su rapidez de acción para evitar demoras fatales en la ejecución de los exámenes necesarios.

Mirando en conjunto, nuestros pacientes exigen una armoniosa cooperación en-

tre el pediatra, radiólogo y cirujano, con miras a trabajar en equipo, no solo en el diagnóstico y tratamiento inmediato, sino aun en el post-operatorio.

Lo que se debe pedir al equipo es un diagnóstico precoz, una técnica quirúrgica eficiente y post-operatorio lo más libre de riesgos. Ello se obtiene sólo sobre la base de un trabajo coordinado de los médicos integrantes del conjunto.

Es necesario hacer notar que nuestra antigua costumbre de examinar al recién nacido muchas horas después del nacimiento, algunas veces un día o más, no puede aceptarse; en especial cuando se trata de este tipo de afección.

En nuestro hospital, en que se cuenta con residentes las 24 horas del día, ha sido posible efectuar los diagnósticos con creciente precocidad, como por ejemplo el último caso, en que a la hora de nacido, ya estaba hecho el diagnóstico. La importancia que atribuimos a esto, es que se evitará, en muchos casos, la administración de líquidos dado precozmente ya sea por la madre o por el personal auxiliar y por tanto complicaciones pulmonares.

En nuestra casuística hemos presentado un caso², en que por propia indicación un caso (2), en que por propia indicación médica, por error diagnóstico, se dejó alimentación durante los primeros días antes de hacer un diagnóstico correcto.

Del reconocimiento de nuestros propios errores, puede surgir la autoridad técnica que nos permitirá instruir a nuestro personal auxiliar y de enfermería de los pacientes.

Por fin, no debemos olvidar que un recién nacido portador de una malformación congénita, puede, y así ocurre muchas veces, estar afectado por otros padecimientos, muchas veces dependientes de problemas derivados del embarazo y parto (sufrimiento fetal, etc.).

Es por esto que el diagnosticar precozmente un caso de atresia u otra malformación, no debe omitirse la valoración de los demás síntomas y signos presentes, ya que muchas veces la malformación misma puede esperar, no así el cuadro agregado (por ejemplo: Enfermedad hemolítica aguda, obstrucción respiratoria por mucosidades, etc.).

De lo dicho puede inducirse lo difícil que ha de ser jerarquizar los hechos patológicos, y, aplicar a ellos una terapéutica adecuada, no sólo en su calidad, sino en su oportunidad.

RESUMEN

Se estudian 6 casos de malformaciones del esófago y árbol tráqueo-bronquial, estableciendo los hechos más significativos del diagnóstico y los tipos encontrados, como también la concomitancia con otras malformaciones congénitas.

Se analiza la terapéutica quirúrgica empleada en cuanto a su oportunidad. Se insiste en la necesidad de trabajos en equipo que aseguren un diagnóstico precoz, un tratamiento operatorio oportuno, y un post-operatorio exitoso.

SUMMARY

ESOPHAGUS ATRESIA AND TRACHEOESOPHAGEAL FISTULA.

Six cases of esophagus congenital anomalies and tracheoesophageal fistula are presented. The clinical course, diagnosis and associate malformation are discussed.

The authors stress the importance of and early diagnosis for a prompt surgical therapy. Adequate pre and post operative management is essential for a successful recovery.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—HAIGHT y TOWSLEG. — "Congenital Atresia of the esophagus with tracheo-esophageal fistula". Surg. Gynecology and Obst. Vol. 58, 1958.
- 2.—BOEKUS. — "Gastroenterology". Anomalies of the esophagus. 1944.
- 3.—GARCÉS y ESCOLLON. — "Atresia y fistula tráqueo-esofágica". Revista Chilena de Pediatría. III-1955.
- 4.—LADD y SWANSON. — "Esophageal atresia and tracheo-esophageal fistula". Ann. Surgery. 125 23, 1947.
- 5.—BRENNEMANN. — Practice of Pediatrics. Chapter five A. H. Parmelee.
- 6.—PARMELEE. — "Management of the Newborn" The Year Book Publisher Chicago. 1952.
- 7.—LADD, W. E. — Congenital anomalies of the esophagus. Pediatrics. 6:9, 1952.
- 8.—GROSS. — The surgery of Infancy and Childhood. Saunders. 1953. P. 75.
- 9.—MITCHELL y NELSON. — Tratado de Pediatría.
- 10.—OTTE, JORGE. — Contribución al estudio de la patología del esófago en el recién nacido. 1953.
- 11.—CHRISTOPHER PARISH and CUMMINS. — Oesophageal atresia. P. 1149 Medical British Journal May 17, 1958.
- 12.—REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA. — "Atresia del esófago". Bogotá, Colombia. IX a XII de 1957.

Discusión:

Dr. Humberto Garcés: Recuerda que hace 4 años atrás presentó en esta Sociedad un trabajo acerca del mismo tema. Actualmente ha reunido 7 casos. 6 con fistulas y 1 con atresia pura. De estos enfermos, 5 llegaron a la intervención, pero todos fallecieron. En cuanto al diagnóstico de ingreso, sólo uno de ellos llegó con diagnóstico exacto, los otros ingresaron por prematuridad y bronconeumonía.

Considera que la sintomatología clínica, en especial la saliva de carácter espumosa, tos con crisis de cianosis, etc., orienta hacia el diagnóstico. En caso de sospecha se impone el estudio radiológico, para lo cual basta con 1 a 2 cc. de lipiodol. En cuanto a la intervención, ésta debe de ser lo más precoz posible y

de acuerdo con las técnicas preconizadas por los relatores.

Prof. Steeger: Pregunta si en estos casos puede usarse la intubación como parte del sistema de anestesia. En cuanto al medio de contraste, desea conocer la opinión del radiólogo con los medios acuosos.

Dr. Jorge Pacheco: Explica que si al examen de rayos no hay niveles hidroaéreos, puede ser una atresia; en caso contrario puede corresponder a una fistula. Está de acuerdo en que deben de inyectarse pequeñas cantidades de lipiodol. No tiene experiencia con otros medios de contraste.

Dr. Hugo Alessandrini: Contesta al Prof. Steeger que no ve inconveniente en usar la intubación; hoy en día casi no se usan gases irritantes para anestesia.

*
* * *