

Atresia de esófago sin fístula

Estudio radiológico del cabo distal por gastrostomía

Dr. Rubén Alfonzo - Peirano *
Dra. Elida Murguía de Rosso **

INTRODUCCION

Las atresias esofágicas son las malformaciones de este órgano más frecuentes y más graves y por su naturaleza son exclusivas del período neonatal.

Su incidencia se ve en 1 cada 3.000 nacimientos.

Aproximadamente en la mitad de estos neonatos, se observa bajo peso en el nacimiento (menos de 2.500 gr.) y malformaciones asociadas, (cardiovasculares, ano-rectales, duodenales, urológicas, etc.).

Se describen clásicamente 4 tipos anatomopatológicos de atresias esofágicas las que con su frecuencia aproximada son las siguientes:

| | Frecuencia |
|---------------------------------------|------------|
| Tipo con Fístula inferior | 90 % |
| Tipo con Fístula superior | 1 % |
| Tipo con Fístula superior e inferior | 1 % |
| Tipo sin Fístula superior ni inferior | 8 % |

En la práctica, más de 9 veces sobre 10 se encuentra una atresia con fístula inferior y menos de una vez sobre 10 una atresia sin fístula.

El diagnóstico diferencial entre atresia con fístula inferior y sin fístula, es muy importante porque ello condiciona la conducta quirúrgica. En las primeras, en efecto, los muñones esofágicos superior e inferior se muestran generalmente bastante próximos uno del otro, mientras que en el tipo sin fístula los extremos de los cabos esofágicos se muestran bastante distantes.

Por tal motivo la reparación quirúrgica de la primera situación se puede realizar más fácilmente por anastomosis directa a diferencia de las posibilidades quirúrgicas que puede ofrecer la segunda situación.

* Tte. 1º Médico. Servicio de Radiología del H. C. FF.AA. Asistente de Radiodiagnóstico de la Facultad de Medicina. Médico Radiólogo del Servicio de Radiología de Asignaciones Familiares.

** Cirujano de Niños de Asignaciones Familiares. Cirujano Pediatra del M.S.P. Hospital Pereira Rossell.

Aspectos quirúrgicos

La atresia de esófago sin fístula tráqueo-bronquial plantea una situación táctica en el período neonatal.

Su diagnóstico se hace por la imagen típica en fondo de saco del cabo proximal y la ausencia de gases en el abdomen.

La toracotomía de emergencia es innecesaria.

La gastrostomía es de necesidad para la alimentación.

La conducta frente al cabo proximal es lo que puede variar según:

- a) La forma clásica de esofagostomía en el cuello.
- b) La que se empleó en el caso que vamos a detallar: aspiración continua en el cabo proximal con bomba de Stevenson (de oxígeno). El cabo proximal tiene un crecimiento lento pero constante, y solo es necesario esperar el tiempo suficiente para que sea posible la anastomosis primaria diferida. Para ello se requieren cuidados estrictos de enfermería.

Es imprescindible el conocimiento estricto del estado de ambos cabos para actuar oportunamente. El estudio del cabo proximal es relativamente fácil, siendo por el contrario el estudio del distal más difícil, lo que motiva que los autores expongan aquí la técnica que creyéndola original han utilizado para lograrlo.

OBSERVACION

Rolando C., H. Cl. N° 213.372 de Asignaciones Familiares. Ingresó a la Unidad de Perinatología el 28/XI/978, procedente de Minas.

Edad: 24 hs. Peso 1 kg. 700. Prematuro de 2º grado. Polihidramnios: 8 litros. Apgar 3 al minuto, 5 a los diez minutos.

Presenta quejidos y cianosis que se intensifica por crisis, polipnea, tiraje sub-costal, estertores subcrepitantes diseminados con abundantes secreciones bucales con depresión e hipotonía. Se envía a Montevideo, 24 horas después de su ingreso (48 horas de vida), es visto por cirujano (M. de R.), solicitandosele estudio radiológico que muestra ausencia de gases en abdomen en el radiograma simple, mientras que en el trán-

sito esofágico contrastado se aprecia atresia de esófago con cabo proximal sin fistula. El aspecto es entonces el de una atresia de esófago sin fistula de cabos superior e inferior (Fig. 1).

Se le practica gastrostomía y aspiración.

Posteriormente se le solicita al Servicio de Radiología se le practique estudio contrastado de esófago inferior para el estudio del cabo inferior con vistas a la reconstrucción quirúrgica.

ASPECTOS RADIOLOGICOS

El pedido específico de estudio del cabo inferior, motivó que pusiéramos en práctica el intento de cateterización de dicha extremidad inferior a través de la gastronomía.

En tal sentido, una vez retirado el drenaje de la gastrostomía, bajo anestesia general (la que intentamos fuera lo más breve posible) y actuando en forma rápida, procedimos a introducir a través de la brecha de gastrostomía un fino catéter con fondo ciego y foro lateral (a 1 cm. de la extremidad distal) de polietileno y de calibre Fr. 5. Una vez dentro del estómago y bajo control radioscópico se pasó a través del catéter que no es radiopaco una guía de alambre (calibre 0,038 inch.), con cierta rigidez como para permitir modelarlo al trayecto y dirección que se pretende dar al catéter a los efectos de atravesar el cardias y colocarlo en el esófago distal, a la vez que confiere al catéter radioopacidad a ex-

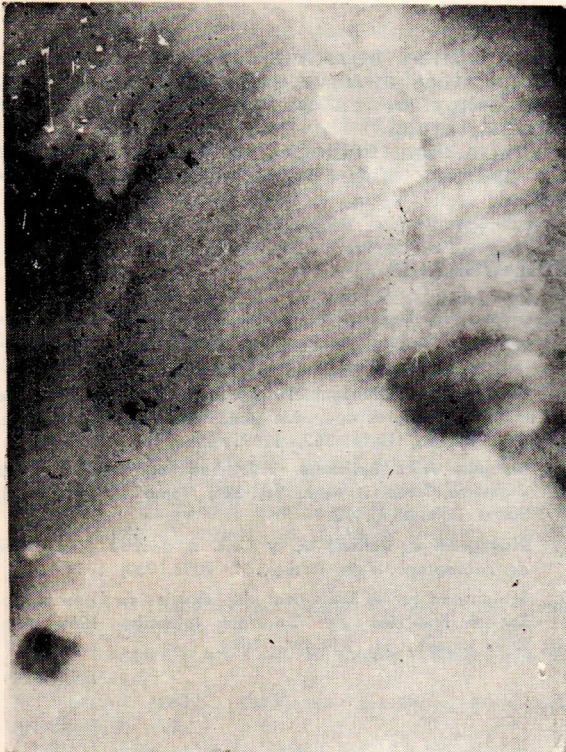


Fig. 1 - Estudio inicial donde se comprueba la atresia de esófago

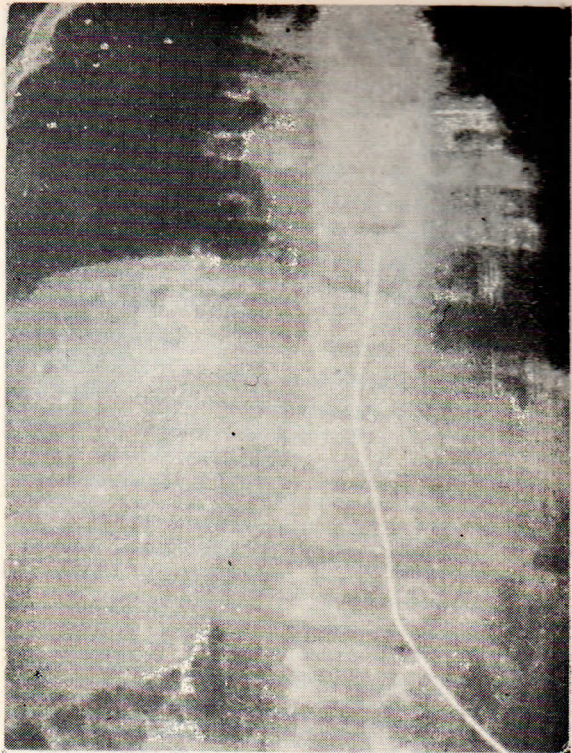


Fig. 2 - Instante en el que se aprecia el catéter con la guía opaca en su luz, introducido hasta extremo superior de cabo esofágico distal

pensas de la cual el mismo permite ser observado bajo pantalla radioscópica convencional.

En muy breve lapso fue posible de esta manera ubicar al catéter sin dificultad en el cabo esofágico distal, a través de maniobras pausadas y delicadas obteniéndose radiogramas en proyecciones oblicuas y frontales que muestran el catéter con su guía dentro del esófago distal introducido hasta su extremo superior, el que se detecta por imposibilidad de seguir ascendiendo el catéter al encontrar la resistencia del fondo de saco (Fig. 2).

Luego se procedió a retirar la guía y a inyectar contraste (Hypaque) en una cantidad aproximada a los 8 cc. comprobándose perfectamente el tamaño y características anatómicas del cabo esofágico distal, el que como se puede apreciar en las Figs. 3 y 4, no muestra fistula.

Asimismo con la superposición de este estudio con el anterior practicado de esófago superior es dable apreciar la exacta distancia que separa los dos cabos (distal y proximal), y las posibilidades de reparación quirúrgica (anastomosis término-terminal).

CONCLUSIONES

Dentro de lo que el cirujano solicita al radiólogo y a parte obviamente de confirmar o excluir la existencia de una atresia, se debe de-



Fig. 3 - Retirada la guía se inyectó contraste documentándose la morfología del cabo distal

finir el tipo anatomo-patológico (en la práctica es suficiente precisar si hay o no fistula del cabo inferior), señalar la presencia o ausencia de complicaciones broncopulmonares y documentar imágenes radiológicas que indiquen malformaciones asociadas.

En tal sentido y teniendo en cuenta la importancia de la documentación adecuada del cabo esofágico distal, entendemos que éste método que hemos puesto en práctica, es simple, rápido, e inocuo, permitiéndole al cirujano programar adecuadamente la intervención quirúrgica reparadora.

RESUMEN

Los autores exponen un método de estudio contrastado de cabo esofágico distal a través de gastrostomía en una atresia de esófago sin fistula del mismo.

Se exponen consideraciones a propósito del método, los hallazgos y los beneficios que el mismo aporta a la programación quirúrgica reparadora.



Fig. 4 - Otra incidencia focalizada y ampliada del cabo distal relleno de sustancia contraste

SUMMARY

The authors present a method of contrastographic study of distal esophageal extremity by gastrostomy in an atresia of the esophagus without fistula.

The method, findings and its advantages for the planning of the repairing surgery are presented.

BIBLIOGRAFIA

1. Beraud Cl., Defreme P. Quelques particularites de l'examen radiologique des atresies oesophagiennes congenitales du nouveau ne. J. Radiol. Electrol., 41,620-621, 1960.
2. Ebel K.D. Fonctionnement de la partie inferieure de l'oesophage après operation pour atresie de l'oesophage. Ann. Radiol., 12,159-162, 1969.
3. Margulis A.R., Burhenne H.J. Radiología del Aparato Digestivo Tomo I, págs. 35, 325; Tomo II, pág. 1428; Salvat Editores, 1978.
4. Sauvegrain J., Pellerin D., y Cols. A propos de l'atrésie de l'oesophage. Ann. Radiol., 4, 1053-1060, 1961.
5. Symposium sur le traitement des atrésies de l'oesophage. Societé Française de Chirurgie Infantile, 1969. Ann. Chir. Ingant., 11, 359-494, 1970.