

Anastomosis diferida del esófago en la atresia con cabos distantes.

Dres. R. Korman, D. Doudtchitzky, J.L. Portales, J. Bande.

Servicios de Cirugía Infantil. Hospital de Clínicas y Hospital Francés. Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Se presenta la experiencia realizada entre los años 1987 y 1994, en cuatro pacientes ingresados con diagnóstico de atresia de esófago (AE), con cabos distantes (long gap), que fueron tratados difiriendo la anastomosis hasta los 4 ó 5 meses de edad. Ningún niño con AE requirió reemplazo esofágico en este período. Durante el lapso de espera, que se realizó en forma ambulatoria, se comprobó un acercamiento entre los extremos atrésicos en tres de los niños, con malformación tipo 1 (sin fistula traqueoesofágica). La movilización del esófago fue más fácil, sin necesidad de realizar miotomías, ni otros mecanismos de elongación. Las complicaciones postoperatorias fueron más frecuentes en este pequeño grupo, que en los que se efectuara anastomosis en el período neonatal. Presentaron dehiscencia el 75% y estenosis el 50%. Los resultados finales fueron satisfactorios, preservando el esófago en todos los casos.

Palabras clave: Atresia de esófago - Cabos distantes - Anastomosis diferida.

Summary

Between 1987 and 1994 four patients with a long gap type of esophageal atresia were successfully operated on after a 4-5 months waiting period. During this time at home, upper pouch suction prevented respiratory aspiration. The gap between both esophageal ends were periodically measured and approximation was assessed until an end to end anastomosis could be done. At operation the esophageal mobilization was easy and the thick muscular wall facilitated a reliable anastomosis without myotomies or any other surgical maneuver but a simple blunt dissection. Postoperative complications were more frequent in this group of patients where 75% of them showed anastomotic leakage and esophageal stenosis occurred in 50% of the patients. In all of them the esophagus could be preserved.

Index words: Esophageal atresia - Long gap - Delayed anastomosis.

Resumo

É apresentada a experiência adquirida entre os anos de 1987 a 1994 em 4 pacientes admitidos com atresia do esôfago (AE), com cotos distantes (long gap), que foram tratados retardando-se a anastomose até o 4º ou 5º mês de vida. Nenhuma criança com AE necessitou substituição esofágica neste período. Durante o período de espera, que foi feito em regime ambulatorial, comprovou-se uma aproximação entre os extremos atrésicos em 3 das crianças, com malformação tipo 1 (sem fistula tráqueoesofágica). A mobilização do esôfago foi mais fácil sem necessidade da realização de miotomias, nem outros mecanismos de alongamento. As complicações pós-operatórias foram mais frequentes neste pequeno grupo, do que naqueles em que se efetuou a anastomose no período neonatal. Apresentaram deiscência 75% e estenose 50%. Os resultados finais foram satisfatórios, preservando-se o esôfago em todos os casos.

Palavras chave: Atresia do esôfago - Cotos distantes - Anastomose retardada.

Introducción

A partir de los mayores porcentajes de sobrevida en los pacientes con atresia de esófago (AE), los casos menos frecuentes, en que la malformación se presenta con cabos distantes, pasaron a ser una preocupación para todos los cirujanos infantiles. En pocos años se han ido modificando las técnicas: desde la confección de

esofagostomías y posterior esofagocoloplastia o esofago-gastroplastia, hasta las actuales de anastomosis diferidas con conservación del esófago.

Presentamos un grupo de pacientes que presentaron atresia esofágica con cabos distantes (long gap), con una distancia entre los cabos atrésicos que no permitió en el período neonatal realizar una anastomosis término-terminal.

Material y Método

Se estudió un grupo de cuatro pacientes asistidos entre los años 1987 y 1994, tres correspondieron a atresias tipo 1, sin fístula traqueal, a los que se efectuó una gastrostomía al nacer. En ninguno de ellos se realizó esofagostomía, ni toracotomía en el período neonatal. El cuarto paciente fue un RN de bajo peso que tenía una atresia tipo 3, con fístula inferior, a quien se le realizó toracotomía, cierre de la fístula traqueoesofágica, pero no se pudo realizar la anastomosis de los cabos por presentar una distancia entre los mismos de 4 cm. En todos los casos se difirió la anastomosis por 4 meses o más.

Todos se manejaron con aspiración continua las primeras tres semanas de vida, luego con aspiración intermitente de la bolsa esofágica superior. Utilizamos para tal fin un aspirador mecánico (Res-Q-Vac, vacuum handle®) (Fig.1) y colocamos un botón de gastrostomía para la alimentación. Luego de un período de aprendizaje de la madre respecto de las técnicas de aspiración y alimentación del niño, se continuó con su manejo en forma ambulatoria.

Una vez por mes se realizaron controles radiológicos de los cabos esofágicos, colocando un benique en el cabo inferior a través de la gastrostomía y una sonda oral contrastando el cabo superior (Fig.2). Las radiografías se efectuaron con una suave presión sobre los dos cabos, calculando la distancia por el número de cuerpos vertebrales que los separaban. No se realizaron maniobras para intentar elongar el esófago. En todos los pacientes se decidió la cirugía cuando se observó que la distancia entre los extremos del esófago no se había reducido a partir de los 4 meses de vida, esta edad fue tomada en forma arbitraria, para tener un buen peso y un mejor desarrollo de la pared muscular del esófago (Fig. 3).

La operación reparadora consistió en todos en la anastomosis esofágica término-terminal, en un plano, liberando y aproximando los cabos, sin necesi-



Fig. 1: aspirador mecánico formado por una sonda, un reservorio lavable y la pistola que produce el vacío.



Fig. 2: imagen contrastada que muestra la distancia entre los dos cabos esofágicos.

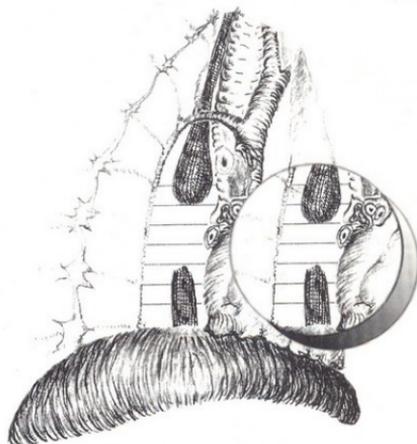


Fig. 3: en el círculo la distancia luego de 4 meses de espera en uno de los pacientes con atresia esofágica tipo 1.

	1	2	3	4
Al nacer				
Peso	1400	1840	1800	2400
Tipo AE	1	1	3	1
Distancia	4 cm	6 cm	4 cm	6 cm
Preoperatorio				
Edad	4 meses	5 meses	5 meses	5 meses
peso	4300	4950	5800	4500
Distancia	2 cm	3 cm	4 cm	4 cm
Postoperatorio				
Fístula	no	si	si	si
Estenosis	no	no	si	si

Tabla 1: seguimiento del grupo de pacientes con cabos esofágicos distantes.

dad de miotomías. Se utilizó una toracotomía extrapleuraral en 3 y transpleural en uno. Siempre se dejó una sonda transanastomótica y se comenzó a alimentar luego de realizado el control radiológico a los 7 días por vía oral o transanastomótica, si se comprobaba la dehiscencia de la sutura.

Resultados

Al efectuar el primer estudio los pacientes presentaban una distancia entre los cabos entre 4 y 6 cm, que luego de los 4 meses, se redujo en los tres pacientes con AE tipo 1 (sin fístula) a 2 ó 3 cm. (Tabla 1). En el paciente con atresia tipo 3 (con fístula traqueoesofágica inferior), se realizó una toracotomía previa sin poder anastomosar los cabos abiertos, que debieron cerrarse. En este caso no hubo aproximación entre los extremos, visible en los estudios radiológicos realizados en el período de espera, situación que atribuimos a la fibrosis local secundaria a una dehiscencia del cierre del cabo superior.

Un sólo paciente presentó episodios de apneas y aspiraciones traqueobronquiales en el primer mes, obligando a prolongar la internación.

Aunque el número de pacientes no es significativo para un análisis estadístico, hubo una incidencia mayor de dehiscencia de anastomosis en relación al grupo de pacientes con AE operado y anastomosado en el período neonatal: 75% contra 33% de la serie publicada por nosotros⁷. Requiritieron también en forma proporcional un mayor número de sesiones de dilatación (50 % contra un 15 %).

No fué necesario realizar ningún reemplazo esofágico por atresia, en el período en que se trataron estos pacientes.

Discusión

Evaluando los trabajos publicados en los que se describen las anastomosis diferidas en casos de AE con cabos distantes, se optó desde 1987 en el Servicio por evitar realizar la esofagostomía en los recién nacidos con AE tipo 1 e incluso en la variedad tipo 3 con cabos distantes^{1,2}.

En razón de que en la opinión de centros con buena experiencia referida, se observara crecimiento espontáneo del esófago². En estos casos, se decidió no aplicar ninguna de las técnicas descriptas que intentan forzar la elongación de los cabos^{3,4,5,6}.

Los pacientes se operaron luego de los cuatro meses de edad, a pesar de que algunos autores proponen realizarlas más precozmente⁷.

De los 4 casos tratados, tres correspondían a AE de tipo 1 con el cabo esofágico inferior intratorácico. En estos hubo una aproximación espontánea con el crecimiento. Consideramos que este acercamiento fué estimulado en el extremo proximal por la deglución y por el reflujo gastroesofágico (RGE) en el extremo inferior. El RGE se evidenció en los estudios radiológicos preoperatorios de todos los pacientes. Probablemente estos mismos factores ayudaron al desarrollo de la pared muscular esofágica, que al realizar la cirugía permitió una buena movilización y posterior anastomosis del esófago. Luego de los 4 meses de edad pudimos observar que una distancia de hasta 4 cm. fue posible de aproximar, sin maniobras específicas de elongación (miotomías tipo Livaditis, stretching, etc). En este grupo de anastomosis diferidas se observó un aumento en la incidencia de dehiscencias, comparándola con los neonatos en los que realizamos una anastomosis inicial⁸. También se produjeron estenosis como secuela, en la mitad de los casos, que necesitaron dilataciones postoperatorias.

En el paciente con AE tipo 3, aunque no hubo aproximación de los cabos durante el tiempo de espera, la buena pared del esófago permitió una movilización y anastomosis, que no había sido posible en el mismo, siendo un recién nacido de bajo peso.

No hubo mayores dificultades durante el período de espera. La sialorrea se controló bien con un entrenamiento de los padres para el manejo domiciliario. Este se facilitó con la utilización de un aspirador mecánico, fácil de trasladar, de limpiar y de usar. El botón de gastrostomía también permitió un mejor manejo de la alimentación. Antes del alta neonatal, los padres aprenden a utilizar los elementos necesarios conjuntamente con la enfermería, hasta sentirse seguros y con soltura para poder llevar el niño a su casa.

El reemplazo de esófago en pediatría, tiende a ser una excepción para las atresias de esófago. La problemática de los cabos distantes (long gap) puede ser mejor resuelta si se programa una cirugía diferida, aguardando el tiempo suficiente para obtener el crecimiento del esófago, tanto en su longitud, como en el es-

pesor de su pared. Estas condiciones facilitan la anastomosis esofágica.

Bibliografía:

1. *De Lorimier A.A., Harrison M. R., Simpson J.R. et al:* Long gap esophageal atresia, primary anastomosis after esophageal elongation by bougienage and esophagomyotomy. *J Thorac Surg* 79: 138-183, 1981.
2. *Puri P, Blake N., O' Donnell B., et al:* Delayed primary anastomosis following spontaneous growth of esophageal atresia. *J Pediatr Surg* 16: 180-183, 1981.
3. *Hendren W.H., Hale J.R.:* Electromagnetic bougienage to tighten esophageal segments in congenital esophageal atresia. *New Engl J Med* 293: 428-432, 1975.
4. *Howard R., Meyers N.:* Esophageal atresia. A technique for elongating the upper pouch. *Surgery* 58: 725, 1965.
5. *Lafer D.J., Boley S. J.:* Primary repair in esophageal atresia with elongating the upper pouch. *J Pediatr Surg* 1 585-587: 1966.
6. *Heinen F.:* Atresia de esófago con cabos distantes. Elongación del cabo proximal y anastomosis primaria diferida. *Rev del Hosp de Niños*. Vol 26 (109): 65-71. 1984
7. *Aschcraft K. W, Holder T.M.:* *Pediatric Surgery*, Saunders Company, second edition, Philadelphia, 1993. Cap 22, pag 261.
8. *Korman R , Doudtchitzky D., Portales J.L.:* Atresia de esófago: experiencia de 10 años, estudio colaborativo. *Rev de Cir Inf* 2 (1): 10-13, 1992.

Dr. Raúl Korman

Hospital de Clínicas
Av Córdoba 2351
Buenos Aires, Argentina