

Tratamiento Quirúrgico de Lesiones Esofágicas Congénitas y Adquiridas en el Niño

Por

Dr. Acevedo Sobrado, J. *
Dr. Ortiz Brenes, R. **
Dr. Arrea Baixench, C. ***

Dr. Guevara Fallas, S. *
Dr. Robles Arias, A. ****
Dr. Alvarez Cabezas, G. ****

INTRODUCCION

El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia del Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Niños de Costa Rica, en el tratamiento de algunas lesiones quirúrgicas del esófago congénitas y adquiridas, operadas entre los años 1954 - 1965.

Nuestra experiencia se concreta a los siguientes cuadros clínicos:

- 1.—ATRESIA DEL ESOFAGO CON FISTULA TRAQUEO ESOFAGICA.
- 2.—ESTENOSIS CONGENITA SIN FISTULA TRAQUEO ESOFAGICA.
- 3.—ESTENOSIS POST INGESTION DE CAUSTICOS.
- 4.—PERFORACION DEL ESOFAGO POR CUERPO EXTRAÑO.
- 5.—ACALASIA.

ANALISIS Y RESULTADOS

Nuestra casuística se compone de 41 pacientes operados por lesiones del esófago y para efectos de exposición, analizaremos se-

* Asistente de Departamento de Cirugía del Hospital Nacional de Niños.
** Jefe del Departamento de Cirugía.
*** Jefe de Servicio de Cirugía.
**** Residente de Cirugía.

paradamente los resultados de los diversos grupos enumerados anteriormente.

1.—ATRESIA ESOFAGICA CON FISTULA TRAQUEO ESOFAGICA

Número, Sexo y Raza

Este grupo consta de 18 pacientes de raza blanca, 12 hombres y 6 mujeres. La edad de estos niños varió entre 7 horas y 4 días.

Cuadro clínico.

Quince niños fueron prematuros en su peso. Doce presentaban complicaciones pulmonares previas, tales como bronconeumonía aspirativa asociada en algunos casos con atelectasia pulmonar, generalmente derecha. Hubo tres casos asociados con ano imperforado bajo.

Los principales síntomas fueron: sialorrea continua, crisis paroxística de tos y cianosis al ingerir alimentos o saliva y meteorismo abdominal. Los niños que presentaban cuadros de bronconeumonía aspirativa tenían tos, disnea, cianosis transitoria, meteorismo abdominal, aleteo nasal, polipnea y fiebre.

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento consistió en anastomosis término terminal del esófago en un solo plano, con puntos separados de seda Deknatel 6 - 0 y cierre de la fístula tráqueo esofágica, también con puntos separados de seda Deknatel. En los casos asociados con ano imperforado bajo, se efectuó simultáneamente plastia anal por vía perineal dado lo bajo de la imperforación anal.

En tres casos se efectuó como primer tiempo una gastrostomía, con el objeto de succionar el contenido gástrico, evitando así el reflujo hacia la tráquea y cuarenta y ocho horas después se efectuó la anastomosis del esófago en la forma descrita anteriormente.

El tipo anatómo-patológico de atresia del esófago encontrada en todos nuestros pacientes durante el acto operatorio, fue el C de la clasificación Gross.

Mortalidad post operatoria

Doce pacientes de este grupo fallecieron en el post operatorio, debido a complicaciones bronconeumónicas previas que se agrava-

ron con el acto quirúrgico y también con la prematuridad.

La mortalidad global de este grupo fue del 66.6%.

Control post-operatorio.

Los seis pacientes sobrevivientes de este grupo, han sido controlados clínicamente, comprobándose que tienen un desarrollo ponderal similar a la de otros niños de la misma edad. Cuatro de ellos han presentado un cierto grado de ronquera que ha desaparecido al cumplir los dos años de edad aproximadamente.

Las esofagografías post operatorias de todos estos niños, han demostrado una ligera estenosis a nivel de la anastomosis pero con repercusión clínica en solo dos de ellos, que presentaron disfagia que fue corregida con dilataciones esofágicas repetidas.

2.—ESTENOSIS CONGENITA DEL ESOFAGO SIN FISTULA TRAQUEO ESOFAGICA

Número, sexo y raza

Este grupo está formado por tres pacientes de raza blanca, dos varones y una mujer. La edad en este grupo fluctuó entre seis meses y tres años.

Cuadro clínico.

Todos estos niños presentaban un peso subnormal en relación directa a la duración del cuadro clínico, que se caracterizó por disfagia progresiva, vómitos alimenticios frecuentes, anemia crónica y retardo del desarrollo ponderal. No hubo otras malformaciones congénitas asociadas. Las esofagografías demostraron estenosis del tercio medio en todos los casos y ausencia de reflujo gastroesofágico.

Tratamiento quirúrgico

Se inició el tratamiento con dilataciones esofágicas progresivas, las que fracasaron totalmente por lo cual fue necesario proceder a la resección del segmento estenosado y a la anastomosis término-terminal del esófago en dos planos con puntos separados de seda Deknatel 6-0. La estenosis encontrada durante el acto operatorio fue siempre del tercio medio del esófago.

Mortalidad post-operatoria.

La mortalidad post-operatoria de este grupo fue de 0%.

Control post-operatorio.

El control de estos pacientes demostró la normalización del desarrollo ponderal deficiente, la desaparición de los vómitos y de la disfagia.

Las esofagografías de control, revelaron un buen pasaje del medio de contraste y sólo en un caso se observó una ligera estenosis a nivel de la anastomosis, pero sin ninguna repercusión clínica.

3.—ESTENOSIS POST INGESTION DE CAUSTICOS**Número, sexo y raza.**

Este grupo está formado por diez pecientes de raza blanca, 6 mujeres y 4 varones, con edad oscilantes entre dos y once años

Cuadro clínico.

En todos estos casos, la estenosis fue siempre secundaria a la ingestión accidental de ácidos y álcalis.

La sintomatología fue la siguiente: retardo del desarrollo ponderal, anemia crónica, disfagia progresiva y vómitos alimenticios.

Hay que aclarar que estos niños ingresaron al Servicio de Cirugía, después de varios meses de establecidas las lesiones cicatrizales del esófago.

La evolución pre operatoria del cuadro clínico varió entre 6 y 10 meses.

Tratamiento quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico consistió en dilataciones esofágicas progresivas hasta llegar a pasar el dilatador número 26 debido a que la estenosis esofágica ya se había establecido.

En seis pacientes de este grupo, las dilataciones corrigieron definitivamente la estenosis cicatrizal del esófago. En los otros cuatro pacientes fue necesario practicar una interposición de colon derecho, según la técnica de Merendino, complementada con piloroplastia debido al fracaso de las dilataciones esofágicas, dado lo extenso del proceso cicatrizal.

Sin embargo, nuestra conducta terapéutica en los casos recientes de ingestión de cáusticos, depende de la extensión de

las quemaduras, del estado general del paciente y del tiempo de evolución del cuadro clínico.

En los casos recientes tratamos en primer lugar el shock que presentan casi todos estos niños y una vez corregido éste se procede a alimentarlos por vía parenteral durante unos cuatro días. Al quinto día se practica bajo anestesia general una esofagoscopia, procurando introducir el esofagoscopio hasta el sitio de las lesiones, para valorar el grado de profundidad y la extensión de las mismas. Si las quemaduras son muy extensas efectuamos en el mismo acto operatorio una gastrostomía e iniciamos la alimentación por esta vía a las 48 horas del post-operatorio.

A los 12 días inician las dilataciones esofágicas con los dilataadores de Tucker, hasta llegar a pasar los números más altos siempre que sea posible.

Complementamos el tratamiento con transfusiones sanguíneas, antibióticos de amplio espectro y corticoesteroides por un tiempo no menor de un mes.

Se efectúan controles periódicos radiológicos del esófago durante este tiempo y luego se continúan en forma ambulatoria, hasta que las esofagografías revelen un buen pasaje del medio de contraste. Se retira la sonda de gastrostomía cuando el paciente no presente disfagia y las esofagografías revelen buen pasaje del bario.

Mortalidad post-operatoria

La mortalidad de este grupo fue también del 0%.

Control post-operatorio.

En los seis pacientes no operados de este grupo, los controles clínicos revelaron la desaparición de la disfagia y las esofagografías de control demostraron buen pasaje del bario. En los cuatro pacientes operados con la técnica de Merendino, se practicaron esofagografías de control y se demostró un buen funcionamiento del colon interpuesto y ausencia de úlcera péptica a nivel de la anastomosis colo-gástrica. Asimismo se observó la desaparición de la disfagia y de los vómitos alimenticios.

En los diez pacientes de este grupo, el desarrollo ponderal deficiente y la anemia crónica, se normalizaron poco después del tratamiento.

4.—PERFORACION DEL ESOFAGO POR CUERPO EXTRAÑO

Número, sexo y raza.

El único caso de este grupo fue un niño de raza blanca de cuatro años de edad.

Cuadro clínico

El cuadro clínico se inició algunas horas después de que este niño se tragara accidentalmente, una gacilla abierta que provocó la ruptura del esófago a nivel del cuello con la consiguiente formación de un absceso.

Los síntomas presentados fueron: dolor, tumefacción dolorosa y caliente de la cara lateral izquierda del cuello, acompañada de disfagia y síndrome febril.

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento consistió en la extracción de la gacilla abordando el esófago a nivel cervical, sutura de la perforación, drenaje del absceso, antibióticos de amplio espectro y alimentación con sonda gástrica durante 10 días.

Mortalidad post-operatoria.

En este caso sobrevivió.

Control post-operatorio.

Los síntomas y signos clínicos desaparecieron al cabo de 10 días de tratamiento y la esofagografía post-operatoria reveló buen pasaje del bario.

Seis meses después de la operación, el niño permanecía asintomático.

5.—ACALASIA

Número, sexo y raza

Este último grupo está formado por seis pacientes de raza blanca cuatro mujeres y dos hombres, con edades variables entre seis meses y tres años.

Cuadro clínico.

Los síntomas presentados fueron: vómitos alimenticios frecuen-

tes, retardo del desarrollo ponderal, dislalia progresiva y anemia crónica.

La esofagografía pre-operatoria reveló cardiospasmo, dilatación del esófago y retardo del pasaje del bario al estómago.

Señalamos la curiosa incidencia familiar, presente en tres niñas de este grupo, todas ellas hermanas de un mismo matrimonio.

Tratamiento quirúrgico.

El tratamiento efectuado consistió en la esofagomiotomía extramucosa del tercio inferior según la técnica de Heller.

Mortalidad post-operatoria.

Una paciente de este grupo falleció en el post-operatorio, debido a la ruptura del esófago, con la consiguiente formación de un pio hemotórax que no pudo ser corregido con el tratamiento. La mortalidad de este grupo fue del 16.6%.

Control post-operatorio

Se obtuvo la desaparición de los síntomas en los 5 pacientes sobrevivientes.

Las esofagografías post-operatorias demostraron desaparición del espasmo del cardias. El desarrollo subnormal se corrigió pocos meses después de la intervención.

DISCUSION Y COMENTARIO

Analizando los resultados del tratamiento quirúrgico de nuestros pacientes, se desprende que los mayores éxitos obtenidos corresponden a los cuatro últimos grupos. No cabe duda que el principal problema continúa siendo la atresia del esófago con o sin fístula tráqueo esofágica. Entre los factores adversos al éxito del tratamiento quirúrgico de esta última entidad, tenemos la prematuridad, procesos bronconeumónicos aspirativos, atelectasia pulmonar y la asociación con otras malformaciones congénitas. Indudablemente que el factor más importante y que condiciona el pronóstico post-operatorio de la atresia del esófago, es la prematuridad. Cualquiera que sea el tratamiento quirúrgico empleado, el pronóstico es inversamente proporcional al grado de prematuridad. Es también un factor agravante del pronóstico post-operatorio, la llegada tardía de estos niños a los centros quirúrgicos especializados para su tratamiento, demora que se debe única y exclusivamente a la

falta de diagnóstico precoz de esta afección, en los centros maternidad por parte del obstetra y del pediatra. Si bien es cierto que los adelantos modernos en las técnicas anestésicas, la disponibilidad de incubadoras de modelo avanzado, los aparatos respiradores del tipo Mark - 8, antibióticos de amplio espectro, sondas plásticas diseñadas para la aspiración continua de saliva y la atención post-operatoria por parte de un personal de enfermería especialmente adiestrado, han disminuido en los últimos años el porcentaje de mortalidad post-operatoria, lo cierto es que no podemos influir actualmente en el diagnóstico precoz de esta afección.

Para recalcar aún más sobre este último punto, diremos que según las diversas estadísticas extranjeras, la incidencia de atresia del esófago varía entre 1 x 1.300 a 1 x 4.500 nacimientos.

El promedio anual de nacimientos ocurridos en Costa Rica durante los últimos 10 años, es de 57.426.

De acuerdo con las cifras anotadas anteriormente, debería esperarse para nuestro país, cifras de incidencia anual de Atresia del esófago, variables entre 13 y 44 casos.

Nuestro promedio anual de niños operados por atresia del esófago es de dos casos, lo que significa que el resto de estos enfermos no llegan a ser diagnosticados oportunamente en los centros de maternidad, con excepción del Hospital San Juan de Dios, el cual ha reportado una incidencia de 1 caso de atresia del esófago por cada 3.000 nacimientos.

La Maternidad Carit ha reportado solamente dos casos desde su fundación.

Nuestros resultados quirúrgicos en los grupos restantes, son mucho mejores y a ello contribuye el hecho de que se trata de pacientes portadores de lesiones de evolución crónica, salvo la perforación traumática del esófago.

Por otra parte, es posible corregir satisfactoriamente la anemia y el desarrollo ponderal deficiente que presentan estos niños, antes de la operación, lo que hace que el pronóstico post-operatorio sea mejor.

Finalmente queremos señalar, que antes del año 1962 habían sido operados doce niños con atresia del esófago, como una mortalidad del 75%. A partir de esa época se han operado seis casos más con la misma afección, con una mortalidad del 50%.

Esta disminución de la cifra de mortalidad post-operatoria se debe al hecho de que estos pacientes han sido operados exclusivamente por cirujanos de niños y atendidos en el post-operatorio por residentes e internos de cirugía infantil.

RESUMEN

Se presentó una serie de 41 niños operados por el Departamento de Cirugía de Niños entre 1954-1965, por lesiones esofágicas congénitas y adquiridas.

Se describieron separadamente los tratamientos quirúrgicos efectuados en los diferentes tipos de lesiones, al igual que sus resultados post-operatorios.

Se discutieron los factores adversos al éxito del tratamiento quirúrgico insistiendo especialmente en la atresia del esófago, por ser este el grupo en que se registraron las cifras más elevadas de mortalidad post-operatoria.

Se señaló la misión que le corresponde a los médicos obstetras y pediatras en el diagnóstico precoz de la atresia del esófago. Finalmente se destacó la disminución de la mortalidad post-operatoria de la atresia del esófago a partir del año 1962, época en que se fundó el Servicio de Cirugía de Niños, como unidad independiente a cargo de especialistas en esta materia y de médicos residentes e internos quirúrgicos.

-
- 1—BENSON, C. D., et al. *Pediatric Surgery* (Chicago: Year Book Medical Publishers, 1962) p. 266.
 - 2—POTTS, W. J.: *La Cirugía en el niño* (Buenos Aires: Librería y Editorial Bernades, S.R.L., 1960) p. 71.
 - 3—GROSS, R. E.: *The Surgery in Infancy and Childhood*. (Philadelphia: W. B. Sanders Company, 1953) p. 75.
 - 4—DUHAMEL, B.: *Patología Quirúrgica del Recién Nacido y del Lactante*. Barcelona: Editorial Pubul, 1960) p. 63.
 - 5—LOZOYA, J. CACHO, R.: *Pediatría Quirúrgica* (México: Editorial E.C.L.A.L., 1955) p. 101.
 - 6—GROB, M.: *Patología Quirúrgica Infantil*. (Barcelona: Editor Javier Morata, 1958) p. 153.
 - 7—SORSDAHL, O. A., et al.: *American Journal of Diseases of Children*. 109:141, 1965.
-