

Abordaje cervical de las fístulas traqueoesofágicas congénitas.

Dres. Díez García R, Prieto Díez M, Delgado Carrasco J, Bartolomé Benito M, Martín Sanz L.

Servicio de Cirugía Pediátrica, Sección de Radiodiagnóstico Infantil y Sección ORL infantil, IPPP, Hospital Universitario "Gregorio Marañón", Madrid, España.

Resumen

Presentamos tres casos de fístula traqueoesofágica congénita tratados en nuestro servicio en los últimos 16 años, que representan el 3,75% de las atresias de esófago en este período.

Todos los pacientes presentaron sintomatología respiratoria en el período neonatal. El diagnóstico se realizó mediante esofagograma con contraste baritado de baja densidad que evidenció el nivel de la fístula (T1 - T3). No fue preciso realizar endoscopia ni broncoscopia.

El tratamiento quirúrgico se efectuó por vía cervical derecha, procediéndose a la sección y ligadura de la fístula e interposición de tejido graso o muscular. El resultado ha sido plenamente satisfactorio sin complicaciones ni recidiva de la fístula o de enfermedad respiratoria.

Palabras clave: Fístula traqueoesofágica congénita.

Summary

Three patients with an H type esophageal fistula had been operated on over the last 16 years. They represent the 3,75% among our patients with esophageal atresia. Respiratory symptoms were present in all these newborns. An accurate diagnosis was made through a barium esophagogram. No endoscopic procedures were needed. Through a right cervical approach, the fistulas were suture-ligated and local tissue were interposed.

Satisfactory results were achieved and neither recurrence nor further respiratory events occurred after a longterm follow up.

Index words: Tracheoesophageal fistula.

Resumo

Apresentamos três casos de fístula tráqueoesofágica congênita, tratados em nosso serviço nos últimos 16 anos, o que representa 3,75% das atresias de esôfago neste período. Todos os pacientes apresentaram sintomatologia respiratória que permitiu suspeitar da doença no período neonatal. O diagnóstico foi realizado pelo uso de esofagograma com contraste baritado de baixa densidade que evidenciou a altura da fístula (T1-T3). Não foi necessário realizar esofagoscopia ou broncoscopia. O tratamento cirúrgico foi realizado por via cervical, procedendo-se a ligadura da fístula com interposição de tecido gorduroso ou muscular. O resultado foi plenamente satisfatório, sem complicações e sem recidiva da fístula ou da doença respiratória.

Palavras chave: Fístula Tráqueoesofágica congénita.

Introducción

La incidencia de atresia de esófago es ampliamente variable, del 1 por 1.000 a 1 por 10.000 recién nacidos. En España es de 1,7 por 10.000 recién nacidos (1).

El esófago se forma entre la 3ª y la 6ª semana de vida intrauterina siendo su origen endodérmico (2). Una falla en el cierre de la yema laringotraqueal durante el desarrollo embrionario, es la causa de la atresia de esófago (3). La clasificación de Gross es la más aceptada (1-4). La fístula traqueo-esofágica en H aislada (tipo E) es aproximadamente el 4% comparado con las atresias de esófago (4).

Presentamos 3 casos de fístula traqueo-esofágica que representan el 3,75% de los casos de atresia esofágica tratados en nuestro Servicio en los últimos 16 años. Dos pacientes tenían una fístula aislada en H diagnosticada antes del primer mes de vida y otro paciente una doble fístula con atresia esofágica. La fístula proximal se diagnosticó a los 2 1/2 meses de vida, luego de la reparación de la atresia.

Presentación de casos

Caso 1: Recién nacido de término con 2.750 g. de peso y atresia esofágica tipo C diagnosticada en las primeras horas de vida. Fue intervenido quirúrgicamente, realizándose sección y ligadura de la fístula (nivel de T4) y anastomosis esofágica término terminal. El esofagograma fue normal a los 10 días de la intervención, y el postoperatorio cursó con una lenta recuperación. A los dos meses presentó una neumonía lobar superior derecha que curó con tratamiento antibiótico.

A los 2 1/2 meses de vida se realizó un nuevo esofagograma por la reaparición del cuadro neumónico que mostró una fístula traqueo-esofágica a nivel T1, sin estenosis de la anastomosis y sin repermabilización de la fístula inferior (Fig. 1). Por un abordaje cervical derecho se realizó la sección y ligadura de la fístula con interposición de grasa mediastínica. La recuperación y evolución postoperatorias fueron satisfactorias.

Caso 2: Recién nacido de término con un peso de 2.100 g. que a los 20 días de vida había presentado dos episodios neumónicos en la misma localización, que llevaron a sospechar la existencia de patología laringo-traqueo-esofágica. Se realizó un esofagograma que puso de manifiesto una fístula traqueo-esofágica aislada en H a nivel de T3 (Fig. 2). Previo tratamiento antibiótico y resolución del cuadro infeccioso aspirativo pulmonar, se realizó un abordaje quirúrgico cervical derecho para la sección y ligadura de la fístula e interposición de músculo esternocleidomastoideo. La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

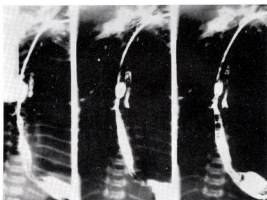


Fig. 1: esofagograma postoperatorio de la atresia esofágica (caso 1) que muestra una fístula a nivel T-1, la anastomosis esofágica y la fístula ligada en la intervención anterior (T-3)

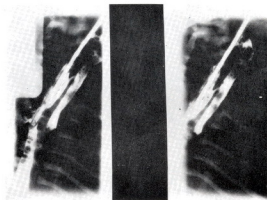


Fig. 2: el esofagograma muestra una fístula traqueo-esofágica pura a nivel T-3 (caso 2).

Caso 3: Niña nacida de término con un peso de 2.000 g. que presentaba una anomalía anorrectal (fístula rectovestibular) (5). Fue intervenida quirúrgicamente realizándose una anorrectoplastia. La evolución postoperatoria fue tórpida con rechazo del alimento y aparición de neumonía en el lóbulo superior derecho que respondió al tratamiento antibiótico, pero que hizo sospechar patología laringo-traqueo-esofágica. El esofagograma mostró la existencia de una fístula traqueo-esofágica en H a nivel de T2 (Fig. 3). Se realizó un abordaje cervical derecho, y la resección y ligadura de la fístula con interposición de grasa mediastínica entre ambas suturas.

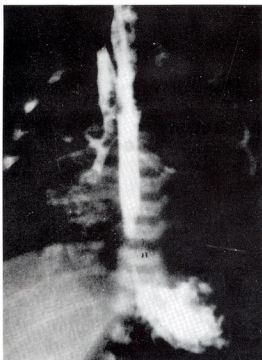


Fig. 3: el esofagograma muestra la presencia de una fistula traqueoesofágica en H a nivel T-2 (caso 3).

La asociación de una anomalía ano-rectal, fistula traqueoesofágica, úter ectópico vaginal y alteraciones vertebrales sin coexistencia de cardiopatía, permitieron hacer el diagnóstico de síndrome de VATER incompleto.

Discusión

La fistula traqueoesofágica congénita en H es infrecuente (1-3-4) Debe sospecharse en aquellos neonatos que presenten cuadros infecciosos pulmonares reiterados o episodios de tos y dificultad respiratoria durante la alimentación. En pacientes con atresia de esófago y fistula inferior, debe sospecharse la existencia de una fistula superior, no diagnosticada previamente. El cuadro clínico se caracteriza por distensión abdominal, tos recurrente, neumonía (aislada o de repetición), sofocación con la deglución y curva ponderal plana. El diagnóstico puede realizarse a cualquier edad, desde la primera toma, hasta la senectud (6-7), pero debe efectuarse en el período neonatal (8). El esofagograma con solución baritada de baja densidad, ha sido el método diagnóstico empleado en nuestros pacientes. No utilizamos otros

procedimientos diagnósticos como la esofagoscopia y/o broncoscopia. En nuestra opinión éstos deben preceder a la reparación quirúrgica de la fistula y pueden realizarse durante la misma anestesia utilizada para aquella.

El diagnóstico diferencial se plantea con: alteraciones funcionales esofágicas (más frecuentes en prematuros), los cleft laringoesofágicos completos o incompletos, el reflujo gastroesofágico, los divertículos esofágicos; las cardiopatías congénitas (se asocian en el 23% de las fistulas traqueoesofágicas) (3-9). Los estudios radiológicos con y sin contraste y la esofagoscopia y broncoscopia preoperatoria inmediata, son métodos diagnósticos adecuados (10).

El abordaje cervical derecho es una técnica sencilla con excelentes resultados y menor riesgo que una toracotomía derecha (6). En nuestros casos no surgieron complicaciones. Con el enfermo en decúbito dorsal y la cabeza vuelta hacia el lado izquierdo se practica una incisión transversal paralela a la clavícula hasta 1 cm de la horquilla esternal. El esternocleidomastoideo es rechazado hacia afuera y se identifica el paquete yugulocarotídeo y el nervio recurrente derecho. La interposición de un colgajo graso o muscular tras la ligadura y sección de la fistula, disminuye la frecuencia de recidiva. Se ha propuesto el tratamiento endoscópico (diatermia, Histoacryl®, Tissucol®) como una alternativa, pero existe poca experiencia y una evolución desconocida a largo plazo (11).

Nuestros pacientes han sido controlados con un tránsito esofágico periódico. El seguimiento mínimo ha sido de 30 meses, sin que se haya detectado recidiva de la fistula, disfagia, odinofagia o reaparición de la enfermedad respiratoria.

El pronóstico es bueno si el diagnóstico es oportuno y la cirugía se efectúa correctamente (3-4). La presencia de malformaciones asociadas puede condicionar la supervivencia (12).

Bibliografía

- Rodríguez Pinilla E, Martínez-Frías ML, Prieto Valiente L: Estudio epidemiológico de la atresia de esófago en España 1977-1988. Ministerio de Sanidad y Consumo, Servicio de Publicaciones, Madrid, 1991. pp:13-169.
- Langman J: Embriología médica. 4ª ed. Editorial Médica Panamericana SA. Buenos Aires, 1982. pp:214-234.
- Holder TM: Esophageal atresia and tracheoesophageal malformations, en: Ashcraft KW, Holder TM eds: Pediatric Surgery (2ª ed.) WB Saunders Company, Philadelphia, 1993. pp: 249-269.
- Forfar OJ, Arneil GC: Tratado de Pediatría. Salvat Editores SA, Barcelona, 1986. pp: 420-431.
- Peña A: Imperforate anus and cloacal malformations, en: Ashcraft KW, Holder TM eds: Pediatric Surgery (2ª ed.) WB Saunders Company, Philadelphia, 1993. pp: 372-392.
- Geiss S, Clavert JM, Bientz J et al: Fistules tracheoesophagiennes isolés: A propos de 3 observations à révélation neonatale. Chir Pediatr 29:205-207, 1988.

7. *Bedard P, Girvan DP, Shandling B*: Congenital H-type tracheoesophageal fistula. *J Pediatr Surg* 9:663-668, 1974.
8. *Díez GR, Díez-Delgado J, Gallego MS et al*: Diagnóstico neonatal de fistula traqueo-esofágica en H aislada. Comunicación en el transcurso de la "XIII Reunión Nacional de Medicina Perinatal" Tenerife, Octubre de 1991.
9. *Moysen FR*: Sténose oesophagienne congénitale et fistule trachéo-oesophagienne cervicale. *Ann Chir Inf* 11:179-183, 1970.
10. *Bruce B*: Endoscopy in congenital tracheal anomalies. *J Pediatr Surg* 15:164-171, 1980.
11. *Muguerza R, Olivares P, Vazquez J et al*: Tratamiento endoscópico de la fistula esofagobronquial. Comunicación (poster) en el transcurso del "XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica". Val d'Aran (Lérida) Marzo de 1993.
12. *Tovar JA, Frias EG, Martinez A et al*: Malformations du rachis et des membres dans 120 cas d'atrésie de l'oesophage et de fistule trachéo-oesophagienne. *Ann Chir Inf* 15:29-38, 1973.

Trabajo aceptado para publicación en octubre de 1993

Dr. Ricardo Díez García

Servicio de Cirugía Pediátrica
IPPP Hospital Universitario "Gregorio Marañón"
C/ Doctor Castelo 49
28009 MADRID (España)