

Atresia esofágica con fístula traqueoesofágica distal en centro hospitalario de tercer nivel

Esophageal atresia with distal tracheoesophageal fistula in a tertiary care center

Jorge Carlos Hidalgo Lone⁽¹⁾, Cynthia Alejandra Castillo Orellana⁽¹⁾.

1. Departamento de Pediatría, Hospital Roosevelt, Guatemala, Guatemala.

Correspondencia: Dr. Jorge Carlos Hidalgo Lone, jchidalgo210@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.36109/rmg.v161i4.554>

Recibido: 24 de Junio 2022 - **Aceptado:** 4 de Julio 2022 - **Publicado:** Diciembre 2022

Resumen

Se presenta caso de paciente femenina de 36 semanas de edad gestacional, producto de cesárea, con peso al nacimiento de 1.56kg y APGAR 6-8, en quien, a su evaluación física inmediata, se sospechó de atresia esofágica por ausencia de paso de sonda orogástrica para aspirado de contenido gástrico y antecedente materno de polihidramnios con drenaje de aproximadamente 2800ml de líquido amniótico durante cesárea. Paciente es ingresada y se realizan estudios complementarios para malformaciones de la línea media, detectando cardiopatía congénita. Paciente es llevada a sala de operaciones para corrección de defecto esofágico, tras lo cual es trasladada a área de cuidados críticos.

Palabras clave: Atresia esofágica, fístula traqueoesofágica, cuidado crítico.

Abstract

We present the case of a female patient of 36 weeks of gestational age, product of cesarean section, with a birth weight of 1.56kg and APGAR 6-8, who, upon immediate physical evaluation, was suspected of esophageal atresia due to the lack of passage of an orogastric tube for suction of gastric content and maternal history of polyhydramnios with drainage of approximately 2800ml of amniotic fluid during caesarean section. Patient is admitted and complementary studies are performed for malformations of the midline, detecting congenital heart disease. Patient is taken to the operating room to correct the esophageal defect, after which she is transferred to the critical care area.

Keywords: Esophageal atresia, tracheoesophageal fistula, critical care.

Caso clínico

Paciente femenina, con peso al nacimiento de 1.56kg, edad gestacional de 36 semanas, producto de cesárea, en la cual se drenaron 2800ml de líquido amniótico claro. APGAR al nacimiento: 1er minuto de 6 puntos por lo cual se reanima a paciente con 2 ciclos de ventilación a presión positiva, alcanzando un puntaje de APGAR de 8 a los 5 minutos. Se evidenció que, al intentar aspirar contenido gástrico, no había paso de sonda orogástrica hacia estómago. Por esta razón, y por presencia de polihidramnios, se sospechó inicialmente de atresia esofágica. Rx de tórax mostró que no había paso de sonda orogástrica, la cual se enrolló en esófago proximal. Así mismo se documentó leve paso de gas distal. En Servicio de Cuidados Intensivos continuó con O₂ suplementario por deterioro respiratorio y mal aspecto general. El ecocardiograma reportó comunicación interventricular amplia, comunicaciones intraauriculares de 2 y 2.5mm, insuficiencia aórtica leve y persistencia del ductus arterioso. Paciente es sometida a cirugía con hallazgo de atresia esofágica con fístula traqueoesofágica distal, la cual es corregida con anastomosis término-terminal y ligadura de la fístula. Se inició infusión de dobutamina y furosemida por cardiopatía descrita en ecocardiograma e infusión de insulina por hiperglicemia mantenida (GMT 447mg/dl).

Posteriormente, presentó deterioro clínico que ameritó aumento de parámetros ventilatorios, y deterioro hematológico por lo cual se cambió antibióticos a vancomicina y meropenem. Se observó edematizado y con disminución de excreta urinaria, por lo cual se inició infusión de dopamina y bumetanida. En segundo día post-operatorio, continúa en malas condiciones generales, bajo ventilación mecánica invasiva, hemodinámicamente inestable, con uso de aminas vasoactivas, a pesar de lo cual persiste hipotensión. Se inició diálisis peritoneal. Paciente actualmente con ventilación mecánica invasiva con parámetros ventilatorios, cumpliendo cobertura antibiótica, dependiente del uso de aminas vasoactivas y sin necesidad de diálisis peritoneal.

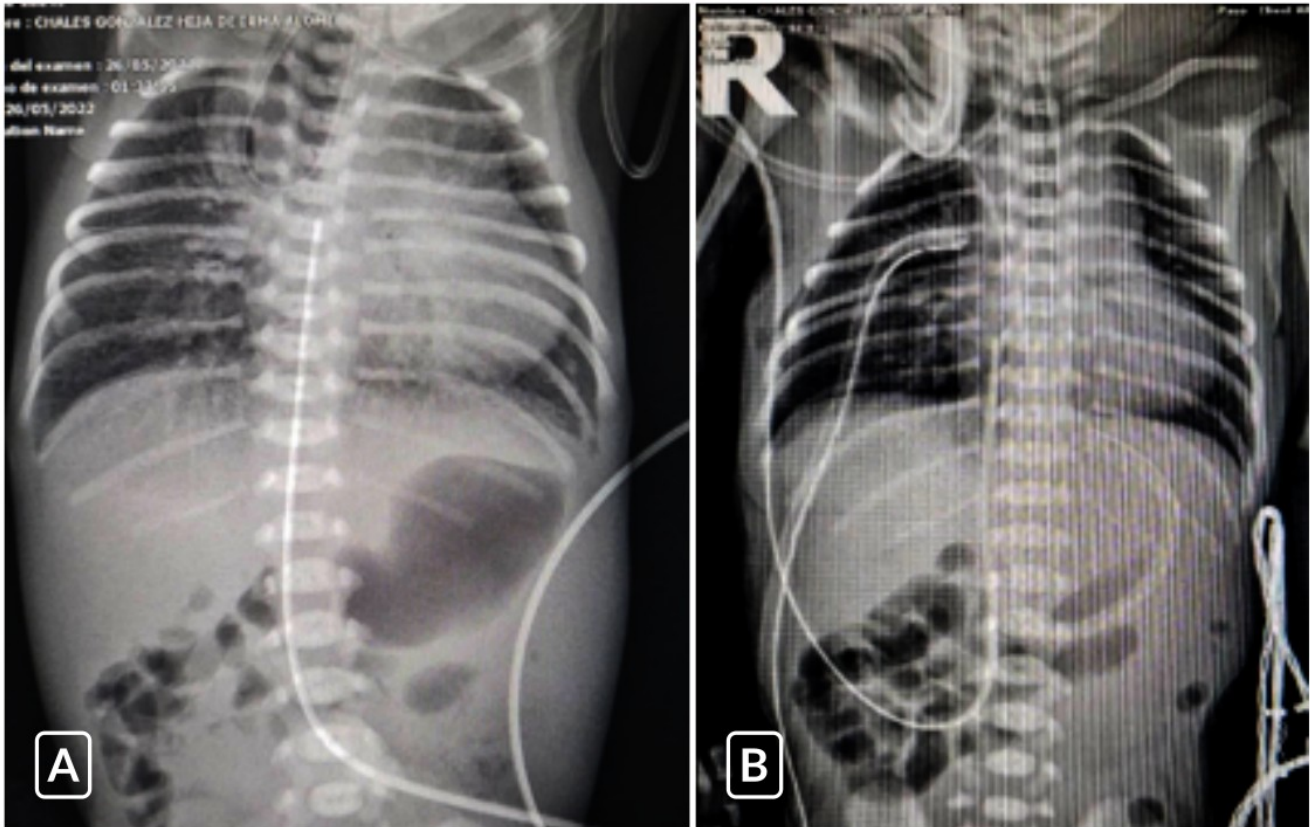


Fig. 1: Atresia esofágica. A) Radiografía inicial en donde se evidencia sonda orogástrica enrollada en esófago, debido a la atresia. **B)** Radiografía post corrección de atresia esofágica.

Discusión

La atresia esofágica y la fístula traqueoesofágica son entidades quirúrgicas complejas que requieren evaluación materno-fetal durante el embarazo, para el diagnóstico oportuno. De existir una evaluación prenatal adecuada, se pueden identificar factores como polihidramnios, como se hubiese podido identificar en este caso, de haber existido un control prenatal y realización de ultrasonidos oportunos. A pesar de que el ultrasonido no es el estudio de elección en estos casos, puede dar datos importantes como la cantidad de líquido amniótico presente. Para mejor precisión, idealmente debe realizarse una resonancia magnética o un análisis de líquido amniótico, tomando en cuenta que todo esto sólo puede ocurrir si se lleva un adecuado control prenatal, siendo este el factor más importante para la detección temprana para este tipo de defectos.

El signo clínico principal en estos pacientes es la obstrucción del paso de la sonda orogástrica, dato clínico que sí presentaba esta paciente, y que está estrechamente relacionado con la presencia de polihidramnios, por lo que, de existir polihidramnios, podría sospecharse de un defecto de este tipo, por lo cual se debe intentar el paso de la sonda orogástrica y realizar radiografía de tórax para poder confirmar el diagnóstico [1-3].

De los 5 tipos de atresia esofágica, el tipo C es el más común, como en este caso, en donde se presenta atresia esofágica con fístula traqueoesofágica distal, razón por la cual en la radiografía se puede evidenciar paso de gas intestinal, el cual aumenta en la segunda radiografía gracias a la corrección de dicho defecto. Cabe mencionar que las presentaciones tardías de AE y FTE se asocian con tasas de mortalidad más altas, que no necesariamente están relacionadas con la corrección quirúrgica. Los factores preoperatorios como la alimentación, la distensión abdominal, la proporción de células en banda inmaduras a neutrófilos y el aspirado faríngeo o endotraqueal bilioso se han asociado con una tasa de mortalidad más alta, razón por la cual tanto el diagnóstico oportuno, teniendo como pilar el control prenatal, así como el manejo adecuado son de gran importancia [3,4]. En conclusión, el control prenatal debe realizarse en todos los casos, idealmente con ultrasonidos en todos los trimestres. Además, es importante conocer los signos clínicos y radiológicos, tanto prenatales como en el recién nacido, siendo los más importantes polihidramnios, obstrucción del paso de la sonda orogástrica y radiografía de tórax.

Referencias bibliográficas / References

1. Baldwin D, Yadav D. Esophageal Atresia. StatPearls. Treasure Island; 2022.
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560848/>
2. Pardy C, D'Antonio F, Khalil A, et al. Prenatal detection of esophageal atresia: A systematic review and meta-analysis. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica; 2019.
Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.13536>
3. Chang C, Choi Y, et al. Prenatal ultrasonographic findings of esophageal atresia: potential diagnostic role of the stomach shape. Obstet Gynecol Sci; 64(1): 42-51. Korea; 2021.
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7834759/>
4. Nagdeve N, Sukhdeve M, Thakre T, Morey S. Esophageal Atresia with Tracheo-Esophageal Fistula Presenting Beyond 7 Days. Journal of Neonatal Surgery. India; 2017.
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5593476/>