

Cartas al Director

Transposición gástrica tras fracaso de esófago-coloplastia por necrosis del injerto en el tratamiento de atresia esofágica tipo I de brecha larga

Palabras clave: Atresia esofágica tipo I. Complicaciones. Ascenso gástrico.

Key words: Esophageal atresia type I. Complications. Gastric ascension.

Sr. Director:

La atresia esofágica de tipo I representa alrededor del 5% de las atresias de ese órgano. Esta entidad nosológica no es de presentación frecuente y representa un reto desde el punto de vista de su resolución quirúrgica (1). Algunos de los factores de importancia a tener en cuenta son la longitud del segmento atrésico, las condiciones del saco esofágico proximal al igual que la existencia y condiciones del saco esofágico distal.

Desde un punto de vista terapéutico existen diferentes propuestas que oscilan desde la reconstrucción de la brecha con resección y anastomosis término-terminal del esófago autólogo, sea porque el segmento atrésico es corto, sea con miotomías circulares que permiten la elongación del esófago o las actuales técnicas de Kimura o de Foker en las que se intenta la elongación del órgano por tracción paulatina de los cabos esofágicos; hasta las técnicas de interposición de otros órganos tales como intestino delgado, colon o estómago entero o a través de la realización de un tubo gástrico (iso- o aniso-peristáltico) independientemente de la vía de ascenso (retro-esternal, mediastínica, etc.) (1-6).

El índice de complicaciones de las diferentes técnicas no es despreciable (2-5) y en los casos de ascensos orgánicos, la necrosis del injerto (6) es probablemente la más angustiante, no

sólo por los riesgos de esta complicación, sino también porque el re-establecimiento de la continuidad digestiva posterior suele ser sumamente dificultosa (6).

El objetivo de la presente comunicación es presentar el resultado obtenido en una paciente que presentó necrosis total del injerto colónico y posterior ascenso gástrico.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino que a las 24 h de nacida se le diagnostica una atresia esofágica tipo I de brecha larga, se efectúa esofagostomía cervical y una gastrostomía de alimentación. Posteriormente a los 8 meses se le realizó esófago-coloplastia con colon izquierdo por vía retro-esternal, evidenciándose necrosis del injerto a las 72 h de la cirugía, por lo que se procede al retiro del injerto quedando nuevamente con su esofagostomía y gastrostomía de alimentación. Ocho meses después con una edad de 16 meses se le efectúa un ascenso gástrico previa maniobra de Vautrin-Kocher y esqueletización del mismo con preservación de su vasculatura y cierre de la gastrostomía. Se realizó el ascenso por vía retroesternal nuevamente ya que el túnel pudo ser efectuado sin inconvenientes. A los diez días de postoperada la paciente presenta salida de saliva por la herida cervical de escasa cuantía. Se realiza una nueva serie que objetiva fístula lateral izquierda de la anastomosis esofagogástrica. Se decide re-intervención, hallándose en la misma, desgarró longitudinal del esófago correspondiente a uno de los puntos de sutura de aproximadamente 0,5 mm que se repara con una sutura irreabsorbible. La paciente es dada de alta al décimo día de postoperatorio previa serie de control (Fig. 1). Actualmente tolerando la alimentación blanda por vía oral y naso-yeyunal por sonda.

Discusión

La atresia esofágica tipo I representa alrededor del 5% de las atresias que afectan a este órgano. Existe consenso que mientras la reparación pueda hacerse con el esófago propio, esta es

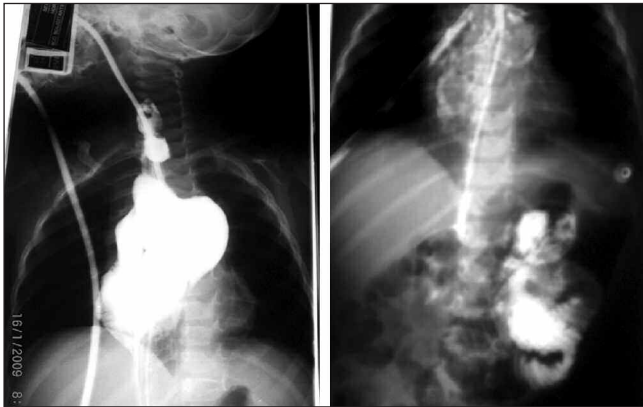


Fig. 1. Seriada que muestra anastomosis esofagogástrica sin fuga, llenado gástrico y posterior paso a intestino.

la mejor opción, sea con técnicas de descenso con miotomías circulares simples o dobles, técnica de Kimura o de Foker o ambas combinadas (1). El desafío se presenta en aquellas atresias tipo I con *long gap* (de brecha larga), donde existe ausencia casi total del esófago torácico; en estas circunstancias las operaciones de reemplazo con colon, estómago, tubos gástricos o intestino delgado (2,3,5) ocupan un lugar preponderante en la terapéutica, existiendo acuerdo en que las coloplastias y el ascenso gástrico son probablemente las dos mejores opciones (5), siendo la elección del órgano a ascender una decisión acorde a la experiencia del cirujano, aunque en un análisis donde se consultaron 88 cirujanos pediátricos del Reino Unido y otros países, el mayor número de ellos prefirió la utilización del estómago con un índice de satisfacción de resultados del 98% mientras que cuando usaron técnicas de alargamiento esofágico, el porcentaje de satisfacción fue del 76% (1). Los resultados con tubos gástricos o intestino delgado han sido más decepcionantes (2).

En lo que respecta a las complicaciones la tendencia es dividir las en menores y mayores y en tempranas o tardías (3).

Las fístulas, dehiscencias anastomóticas totales, estenosis, *dumping*, retardo de vaciamiento, reflujo y necrosis o trastornos isquémicos del órgano ascendido, son algunas de ellas (2,3,5). La necrosis del órgano ascendido ocurre en alrededor del 1-2% de los pacientes injertados (6), lo que hace al caso presentado más infrecuente aún. Después de la necrosis de la coloplastia la

paciente quedó con esofagostoma cervical y gastrostomía de alimentación, la posibilidad de un ascenso gástrico, aún a sabiendas que había sido el estómago manipulado para la colocación de la sonda de alimentación, fue la elegida. Así también se eligió re-intentar el ascenso de manera retroesternal, que fue exitosa, lográndose a pesar de la pequeña fístula cervical que involucraba un solo punto, una buena evolución y alta de la paciente. Resta por conocer el seguimiento prolongado de la paciente y la posibilidad de complicaciones alejadas como la estenosis, el reflujo o el retardo del vaciamiento.

Finalmente y coincidiendo con lo reportado por algunos autores (1), tenemos la impresión que, en aquellos casos donde el ascenso de un órgano para tratar una atresia de brecha larga es mandatorio, el estómago nos impresiona el mejor, fundamentalmente por la ubicación, porque es un órgano más noble a la hora de hacer anastomosis y tenemos la sensación que la vasculatura puede ser identificada y preservada de una manera más adecuada.

G. A. Nari, J. García Luevano, C. Guerrero Huerta y R. Barragán Reveles

Departamento de Cirugía. Hospital Tercer Milenio – ISEA.
Aguascalientes, México

Bibliografía

1. Ron O, De Coppi P, Pierro A. The surgical approach to esophageal atresia repair and the management of long-gap atresia: results of survey. *Semin Pediatr Surg* 2009; 18: 44-9.
2. Bax KM. Jejunum for bridging long-gap esophageal atresia. *Semin Pediatr Surg* 2009; 18: 34-9.
3. Bagolan P, Iacobelli B, De Angelis P, di Abriola GF, Laviani R, Trucchi A, et al. Long gap esophageal atresia and esophageal replacement: moving toward a separation? *J Pediatr Surg* 2004; 39: 1084-90.
4. Arul GS, Parikh D. Oesophageal replacement in children. *Ann R Coll Surg Engl* 2008; 90: 7-12.
5. Ahmad SA, Sylvester KG, Hebra A, Davidoff AM, McClane S, Stafford PW, et al. Esophageal replacement using the colon: is it a good choice? *J Pediatr Surg* 1996; 31: 1026-30.
6. Andres AM, Burgos AL, Encinas JL, Suárez O, Murcia J, Olivares P, et al. What can we do when a esophagocoloplasty fails? *Cir Pediatr* 2007; 20: 39-43.