

ATRESIA DE ESOFAGO. DIAGNOSTICO CLINICO¹

DRES. JOAQUÍN A. DE LA TORRE,^{2, 3} Y GIOVANNI PORRAS-RAMÍREZ³

Sobre 50 enfermos hospitalizados con atresia de esófago, en 8 de ellos no se verificó el diagnóstico correcto inmediato no obstante la existencia de datos clínicos suficientes para establecer la sospecha al respecto. La prematurez, malformaciones congénitas asociadas y presencia de hidramnios deben contribuir a la sospecha diagnóstica. (GAC. MÉD. MÉX. 98: 863, 1968.)

Las anomalías congénitas son causa importante de la mortalidad neonatal. Entre ellas ocupan un lugar importante las de aparato digestivo, no

vida y por la posibilidad de su corrección quirúrgica en base de un diagnóstico oportuno. (Tablas 1 y 2.)

En el Hospital Infantil de México se

TABLA 1
CAUSAS DE MORTALIDAD EN 9 741 AUTOPSIAS DE NIÑOS MENORES
DE 1 MES (1936-1949)

	<i>Hasta 999 gms.</i>	<i>1 000 a 2 499 gms.</i>	<i>Más de 2 500 gms.</i>	<i>Total</i>
1. Ventilación pulmonar anormal	73.6%	47.7%	21.3%	43.8%
2. Malformaciones congénitas	3.5%	12.7%	25.2%	15.4%
3. Trauma al nacimiento	11.0%	14.4%	18.2%	15.1%
4. Infecciones	7.0%	14.3%	18.4%	14.3%
5. Discrasias sanguíneas	0.2%	1.7%	5.6%	5.1%
6. Anoxia	3.4%	5.1%	3.4%	4.1%
7. Causas diversas	2.0%	2.6%	3.2%	1.4%

FUENTE: Potter, Edith L.: Pathology of the Fetus and Newborn, 1952.

sólo por su frecuencia sino también por el riesgo, que pueden significar para la

concentran enfermos de múltiple procedencia, y así se ha podido reunir un número considerable de pacientes con malformaciones congénitas del aparato digestivo, entre las cuales figura la atresia de esófago en tercer lugar, desde el

1 Trabajo de sección presentado en la sesión ordinaria del 16 de agosto de 1967.

2 Académico numerario.

3 Hospital Infantil de México.

TABLA 2

ANOMALIAS CONGENITAS DESCUBIERTAS EN EL PERIODO NEONATAL (PRIMEROS 7 DÍAS DE VIDA) EN UN ESTUDIO DE 30,398 RECIEN NACIDOS VIVOS

	Núm. de casos	Frecuencia 1 000 nacidos vivos
Sistema músculo esquelético	323	11.41
Cardiopatías congénitas	31	1.02
Sistema nervioso central	76	2.48
Tracto génito urinario	48	1.67
Tracto gastro intestinal	22	0.70
Hernias	56	1.84
Piel	21	0.68
Ránula	3	0.09

FUENTE: Shapiro, et al. The incidence of congenital anomalies discovered in the neonatal period. Am. J. Surg. 96: 396, 1958.

punto de vista de la frecuencia numérica. (Tabla 3).

Esta anomalía es la más común de las

TABLA 3

MALFORMACIONES CONGENITAS DEL APARATO DIGESTIVO DIAGNOSTICADAS EN LA PRIMERA SEMANA DE VIDA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO (1943-1964)

Tipo de malformación	Núm. de casos
Labio y paladar hendido	3 500
Malformaciones ano-rectales	450
Atresia de esófago	123
Atresia de intestino	120
Malrotación intestinal	45
Exónfalos	45
Estenosis de intestino	17
Persistencia del conducto onfalo-mesentérico	8
Páncreas anular	6

que afectan el esófago y en ella hay una solución de continuidad en el tercio medio, con o sin fistula a la traquea (en la variedad tipo V de la clasificación de Ladd no hay atresia y sí fistula traqueo-esofágica), y se debe a trastornos sufridos durante la primera fase de la vida

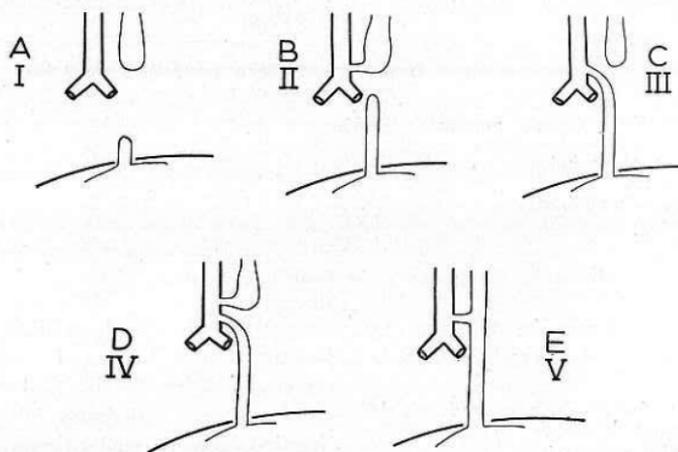


FIGURA 1

embrionaria. Se considera que su frecuencia es del orden de un caso por cada 2,500 a 3,000 nacimientos.¹ (Fig. 1).

Siendo un padecimiento que posee una sintomatología característica y que es comprobable por simples procedimientos de exploración, parecería innecesario insistir sobre los aspectos clínicos del diagnóstico. Sin embargo, si consideramos que es importante no solo llegar finalmente, tras vacilaciones, rodeos

lizar un grupo de pacientes hospitalizados con atresia de esófago, con la mira de reconocer las dificultades con que tropezó la identificación del padecimiento, así como de revisar los elementos de juicio capaces de orientar al clínico.

MATERIAL

Se seleccionaron al azar 50 historias clínicas del Departamento de Archivos Clínicos del Hospital Infantil de Mé-

SIGNOLOGIA PREDOMINANTE

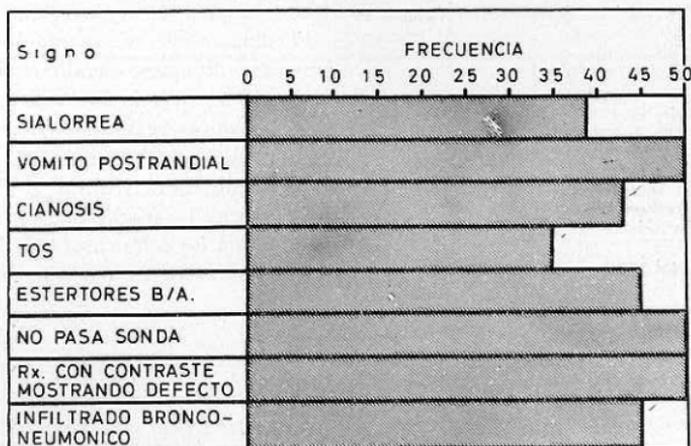


FIGURA 2

y tiempo transcurrido, a demostrar a dicho diagnóstico, sino que se le haga de primera intención, y que el retardo para demostrarlo habrá que estimarse como una falla que somete al paciente a un riesgo injustificado, y basándonos en que la experiencia de que aún en medios hospitalarios competentes puede haber retardo o equivocaciones en el diagnóstico, nos pareció de interés ana-

xico, de niños internados por presentar atresia de esófago.

En todos ellos se comprobó clínica, radiológica y operatoriamente dicho diagnóstico (Fig. 2). La distribución por sexos no demostró diferencia importante, siendo 20 del sexo femenino y 28 del masculino. En 24 de ellos, su peso al nacimiento fue superior a 2,500 gramos siendo el peso máximo de 3,500

gramos; 26 fueron pacientes con peso bajo al nacimiento, que osciló entre 1,700 y 2,500 gramos. Los tipos de malformaciones que se demostraron fueron de acuerdo con la clasificación de Ladd,² en 43 casos (86%) del tipo III; en 6 casos (12%), del tipo I, y en un caso (2%), del tipo II.

Las malformaciones asociadas aparecen en la tabla 4, siendo las más co-

TABLA 4

MALFORMACIONES ASOCIADAS

	Número
Mongolismo	3
Malrotación intestinal	1
Malformación de mano	1
Cardiopatía congénita	3
Agnesia auricular	1
Hernia umbilical	3
Atresia de ano	8
Fístula rectovesical	3
Paladar hendido	2
Hemivértebras	1
Total	26

munen la atresia de ano, y la fístula recto vesical; en total, se encontraron 26 variedades de malformaciones asociadas.

Se investigó la presencia de hidramnios en 17 pacientes, siendo positivo este dato en 7 de ellos (Tabla 5).

TABLA 5

RELACION ENTRE EMBARAZO E HIDRAMNIOS

Hidramnios	N° de casos
No se investigó el dato	33
Se investigó en	17
Casos con hidramnios	6

El diagnóstico fue acertado al ingreso en 42 casos, siendo equivocado en 8 (16%). En la tabla 6 aparecen los diagnósticos realizados en estos pacientes, su edad al ingreso y el tiempo transcurrido hasta realizar el diagnóstico correcto. La mortalidad general fue de 62%; en los ocho casos con diagnóstico tardío murieron 6 y sanaron 2.

TABLA 6

PACIENTES CON DIAGNOSTICO INICIAL ERRONEO

Diagnósticos realizados	Edad al ingreso	Tiempo transcurrido hasta verificar el diagnóstico correcto
Hipertrofia pilórica o hernia diafragmática	6 días	8 horas
Bronconeumonía		
Ictericia	3 días	4 días
Bronconeumonía	1 día	1 día
Bronconeumonía	3 días	5 horas
Imperforación anal		
Fístula recto-vesical		
Prematurez	12 horas	28 horas
Bronconeumonía		
Cardiopatía congénita		
Enfermedad hemorrágica del R.N.		
Bronconeumonía. Sepsis	4 días	3 días
Bronconeumonía por aspiración	2 días	1 día
Prematurez		
Bronconeumonía	6 días	4 horas
Sepsis		

FUENTE: Depto. de Bioestadística del H. I. M.

COMENTARIO

Los elementos clínicos de juicio que conducen a la sospecha diagnóstica son bien conocidos³ y consisten en: sialorrea en forma de salivación espumosa, regurgitaciones y complicaciones broncopulmonares, expresadas como cianosis, disnea, tos, estertores diseminados y/o hipoventilación pulmonar y a veces crisis asfícticas con la ingestión del alimento. No obstante que en nuestros pacientes se hallaba presente el cuadro clínico anterior, en 8 de ellos la consideración de la naturaleza del padecimiento llevó a especulaciones erróneas.

Si se analizan las historias clínicas en que el diagnóstico se pospuso, se ve que el error básico fue centralizar la explicación del cuadro patológico en los padecimientos coincidentes o secundarios; prematuridad, malformaciones congénitas de otra índole, bronconeumonía, lo que desorientó al clínico, ofreciéndole en apariencia una base diagnóstica satisfactoria. Tal actitud sin embargo, hizo a un lado la historia de vómitos y de aparente exceso de salivación, que apuntaba hacia la necesidad de otra explicación. Aún la introducción de una sonda por esófago buscando su detención a nivel del obstáculo puede prestarse a error, como aconteció en una primera exploración en uno de nuestros pacientes.

Resaltan en este grupo de enfermos tres hechos bien conocidos, pero que vale la pena hacer notar, ya que indirectamente pueden contribuir a la sospecha del diagnóstico: En primer

término la alta frecuencia de niños con peso bajo al nacimiento (52%), que coincide con el concepto general de que la atresia de esófago aparece más a menudo en este tipo de individuos. En segundo lugar, las anomalías congénitas asociadas, que repite la experiencia de otros; así Gross⁴ sumó 77 malformaciones asociadas en 233 casos de atresia de esófago; Waterton⁵ encontró 117 malformaciones en 218 casos revisados; Haight⁶ descubrió 119 malformaciones asociadas en 219 pacientes. Finalmente debe destacarse la relación entre embarazo e hidramnios, condicionada a la falta del proceso normal de ingestión del líquido amniótico por el feto. Se calcula⁷ que aproximadamente el 15% de las obstrucciones altas del tracto digestivo dan lugar a ello, abatiéndose la frecuencia cuando la obstrucción no es total, por ejemplo en casos de fístula traqueoesofágica.

SUMMARY

Out of fifty children hospitalized because of atresia of the esophagus, immediate diagnosis was missed in eight, despite the existence of sufficient clinical data for the establishment of a sufficiently great suspicion index. Prematurity, associated congenital malformations and the presence of hydramnios during pregnancy should induce a greater diagnostic suspicion.

REFERENCIAS

1. Humphreys, G. H.; Hogg, B. M. y Ferrer, I.: *Congenital atresia of esophagus*. J. Thor. Surg. 32: 332, 1956.
2. Ladd, W. E.: *The surgical treatment*

- of esophageal atresia and tracheo-esophageal fistula. *New Eng. J. Med.* 230: 625, 1944.
- 2^a. Potts, W. J.: *Congenital deformities of the esophagus.* *Surg. Clin. North. Am.* 1951, p. 97.
3. Ladd, W. E.: *The surgical treatment of esophageal atresia and tracheo-esophageal fistula.* *New Eng. J. Med.* 230: 625, 1944.
- 3^a. Ladd, W. E. y Swenson, O.: *Esophageal atresia and tracheoesophageal fistula.* *Ann. Surg.* 125: 23, 1947.
- 3^b. Swenson, O.: *The diagnosis and treatment of atresia of the esophagus and tracheoesophageal fistula.* *Pediatrics* 1: 195, 1948.
- 3^c. Clatworthy, H. W. Jr.: *Esophageal atresia.* *Pediatrics* 16: 122, 1955.
- 3^d. Golinko, R. J. y Hohn, A. R.: *Congenital atresia of the esophagus with tracheo-esophageal fistula. A Review.* *Arch. Pediat.* 74: 223, 1957.
- 3^e. Haight, C.: *Congenital atresia of the esophagus with tracheo-esophageal fistula.* *Ann. Surg.* 120: 623, 1944.
- 3^f. Beltrán Brown, F.: *Consideraciones sobre el diagnóstico y pronóstico en la atresia de esófago.* *Bol. Med. Hosp. Inf. (Méx.)* 19: 663, 1962.
4. Gross, R. E.: *Atresia of the esophagus.* En: *Surgery of infancy and childhood.* Philadelphia, Saunders Co. 1953, p. 75.
5. Waterston, D.: *Esophageal atresia, tracheoesophageal fistula. A study of survival in 218 infants.* *Lancet* 1: 819, 1962.
6. Haight, C.: *Some observations on esophageal atresias and tracheoesophageal fistulas of congenital origin.* *J. Thor. Surg.* 34: 141, 1957.
7. Ehrlich, A. W.: *Significance of hydramnios in diagnosis of high congenital obstructions of alimentary tract.* *Ann. Paediat.* 199: 596, 1962.
-