

# Caso Clínico

Lucas Vocilka Aguilar - Interno de Medicina USS  
Dr. Gerardo Flores - Neonatología HBPM

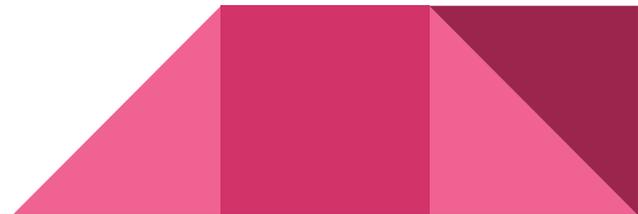
# Antecedentes

## Maternos:

- 29 años.
- AM: HTA, Hipotiroidismo, Diabetes Mellitus.
- Fármacos: Tiroxina y Glibenclamida.

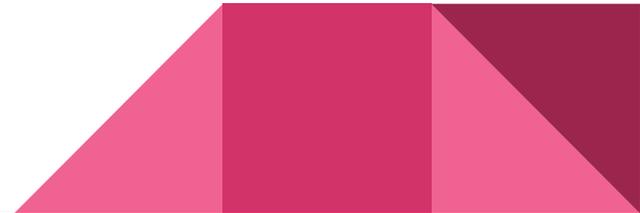
## RN:

- RNPT de 34 semanas de gestación, gemelo de embarazo triple.
- APGAR 6/8. Peso: 2380 gr (P50-75), Longitud 46 cm (P50-75), circunferencia craneal 33.4 (P75-90)
- se interrumpe vía cesárea debido a empeoramiento progresivo de HTA materna y debido a PBF de uno de sus hermanos.

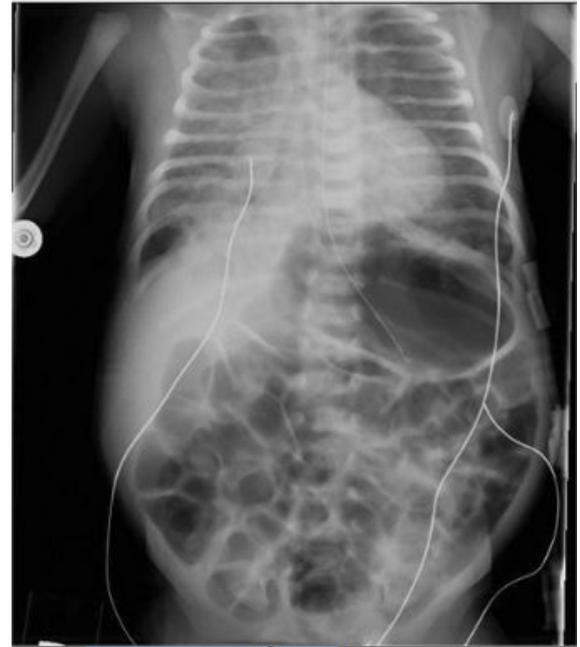
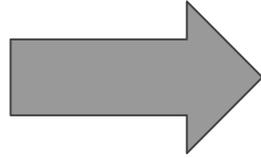


# Manejo inicial:

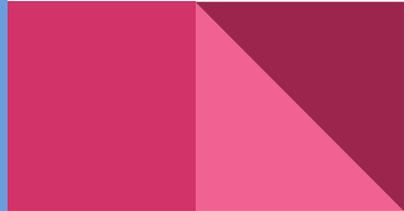
- Al nacer requirió en la sala de partos VPP, intubación y administración de surfactante.
- En pocas horas se extuba y se mantiene con VPP, se desteta el soporte ventilatorio con VPP y se pasa a cánula nasal de alto flujo.
- A los 4 ddv comienza la alimentación gradualmente, el paciente vomita y desatura con aumento de la dificultad respiratoria y requiere un mayor apoyo respiratorio con cada intento de aumentar las tomas. (poner tabla con signos de dificultad respiratoria del RN).
- La evaluación radiológica revela una nebulosidad parenquimatosa bilateral que empeora progresivamente.
- Una vez que se interrumpe la alimentación, su estado respiratorio mejora y se lo desteta hasta la asistencia respiratoria inicial.



Rx



Dificultad respiratoria con mejoría, que empeora al realimentar y mejora con la suspensión de la misma... RARO!



# Diagnóstico

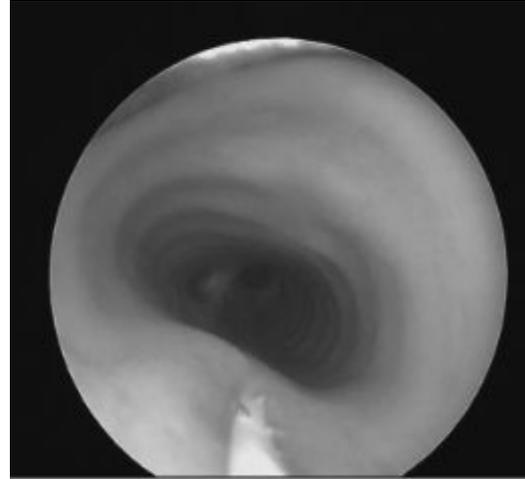


**Rx con contraste**  
GI: Árbol bronquial  
contrastado



**Aspiración**  
o  
**Fístula TE.**

**ECOCARDIO:** Pequeño defecto del tabique  
auricular, septum secundum  
**Estudio esquelético, eco cerebral, columna y**  
**riñones: Normal.**



**Broncoscopia:**  
Bronquios, carina  
y pared anterior  
normal



**Hallazgos patológicos:**  
Abertura fistulosa de 2,7  
cm en la cara posterior de  
la tráquea, que aumenta  
con presión (+).

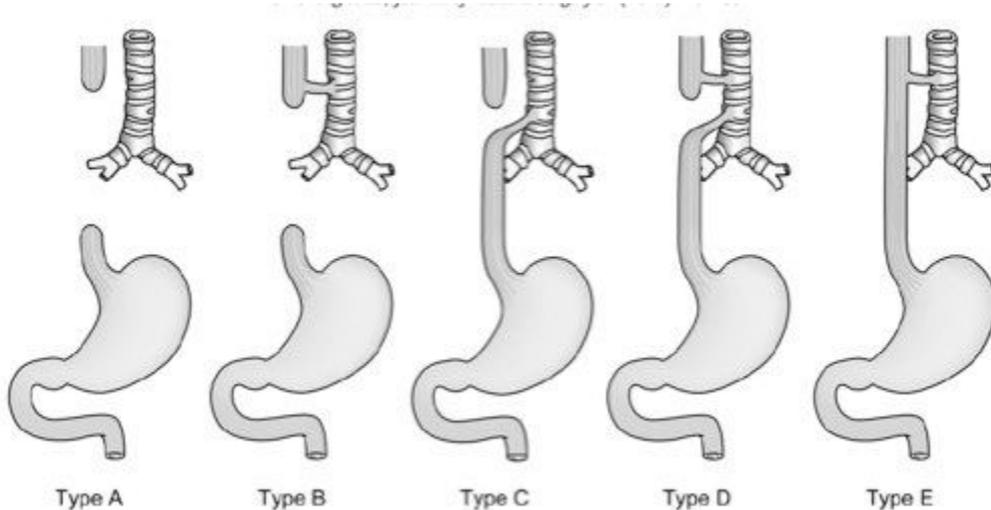
**Esofagoscopia:**  
Esófago de aspecto  
normal, con  
comunicación correcta  
con estómago.



**FÍSTULA TE EN H**

# Atresia Esofagica

- Malformación esofágica que puede o no comprometer la tráquea (en forma de fístula).
- Incidencia 1/2500-4000 RNV.
- La mayoría son casos esporádicos.



## Clasificación de Gross:

- Tipo A
- Tipo B
- Tipo C: Primera en frecuencia (85%).
- Tipo D
- Tipo E o tipo H: La única sin atresia propiamente tal.

# Dg AE

- Se puede realizar antenatal pero es poco común:
  - PHA + ausencia de burbuja gástrica, solo se ve en 10% de los casos y tiene un VPP solo de 50%.
- El diagnóstico presuntivo o sospecha se da con el intento de pasar una sonda orogástrica y que esta no pase más de 11-12 cm (en los casos más comunes).
- Sospecha clínica: regurgitación alimentaria y salivación excesiva, pueden o no tener síntomas respiratorios.
- FTE tipo E: tríada clásica de episodios recurrentes de asfixia y tos con la alimentación, infecciones del tracto respiratorio inferior y distensión abdominal.
- Como parte del estudio se usa Rx de torax con aire como contraste y la SOG.
  - En el caso de atresia tipo E se usa además la broncoscopia que puede o no asociarse a esofagoscopia..



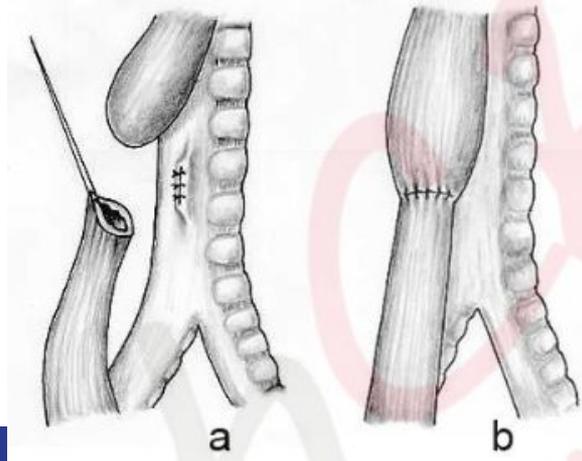
# Estudios complementarios

- Malformaciones asociadas en hasta 50%, de estas 50% son cardíacas.
  - S/FTE 65% con malformaciones; C/FTE 10% con malformaciones.
- Tiene presentación con síndromes malformativos que hay que buscar:
  - VATER (Vertebras, ano, tráquea, **Esofago**, Riñón)/VACTERL (+ cardíaco y agenesia de radio).
  - CHARGE (Coloboma, cardiopatía, atresia de coanas, déficit cognitivo, hipoplasia genital, anomalías en el oído).
- Por lo que se debe solicitar: Ecocardiograma, eco cerebral, eco renal, Rx de columna y de extremidades.
- Siempre inspeccionar minuciosamente.
- La sobrevida depende principalmente de malformaciones asociadas.



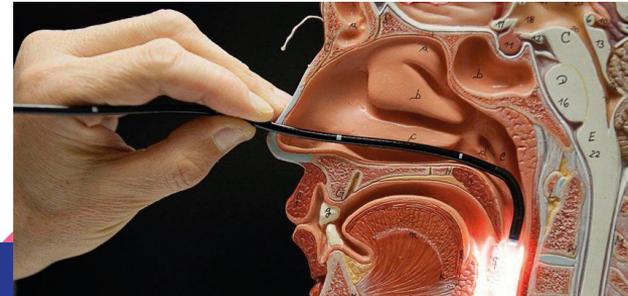
# Tratamiento

- Suspensión de la alimentación enteral.
- Estabilización de condición respiratoria.
- Cirugía correctiva según tipo de defecto.
  - Toracotomía o toracoscopia.
- En centros calificados tiene tasa de sobrevida >90%.



# Resolución del caso

- La fístula se reparó mediante un abordaje cervical del lado derecho.
- El paciente desarrolló estridor, con aumento del trabajo respiratorio en el postoperatorio inmediato que mejoró de manera constante durante los días siguientes.
- La alimentación oral se inició en el cuarto día posoperatorio, se toleró bien y se incrementó gradualmente hasta alcanzar el objetivo.
- Se realizó nasolaringoscopia flexible a las 2 semanas de la cirugía por estridor persistente, que mostró paresia de la cuerda vocal derecha.
- El estridor siguió mejorando y fue dado de alta. La nasolaringoscopia de seguimiento mostró retorno de la función de la cuerda vocal derecha.



# Bibliografía

ATRESIA ESOFAGICA - SCHCP

<https://www.schcp.cl/wp-content/uploads/2016/10/5.-Atresia-esofa%CC%81gica.pdf>.

Guía clínica del Hospital San José (2016)



Gracias por su atención

