



# Atresia Esofágica

Interno: Matías Winter

# Contenidos

01

Definición

02

Epidemiología

03

Etiología

04

Clasificación

05

Malformaciones  
asociadas

06

Diagnóstico y clínica

07

Derivación

08

Manejo y  
tratamiento

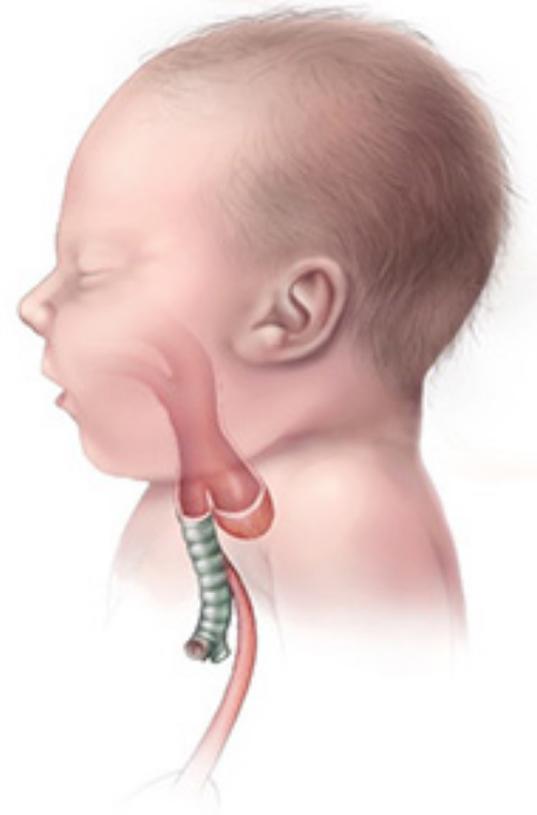
09

Evolución y  
complicación

# Definición

Defecto congénito caracterizado por la falta de continuidad del esófago, con o sin comunicación con la vía aérea.

- ↳ Es considerada una urgencia
- ↳ Única resolución con tratamiento quirúrgico



# Epidemiología

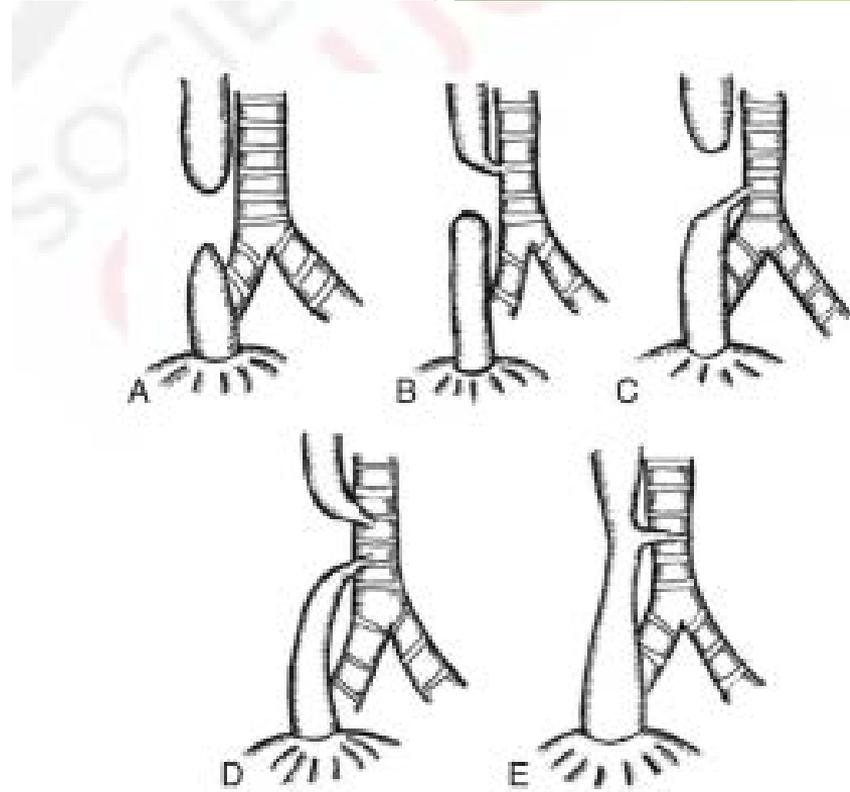
- ↵ Tiene una incidencia 1/2500- 1/4000 RN vivos, sin diferencia entre sexos
- ↵ En Chile: 3,7 casos por cada 10.000 RN vivos
- ↵ 1/3 son prematuros
- ↵ 50-60% están asociados a otras malformaciones → Cardiovasculares (35%)> Gastrointestinales (15%)> neurológicas (5%)> esqueléticas (2%)
- ↵ Presente en algunos síndrome malformativos: VATER, VACTERL, CHARGE
- ↵ 6-10% tienen anomalías cromosómicas: trisomía 21 y 18

# Etiología

1. Desconocida
2. **Hipótesis:** Alteraciones en la migración de los tabiques laterales que separan los primordios respiratorios y digestivos (3<sup>a</sup> -6<sup>a</sup> SDG)
3. No se ha confirmado patrón genético.

# Clasificación de Gross (1953)

- Tipo I (10%): Atresia esofágica aislada, sin fístula traqueoesofágica
- Tipo II (2%): Atresia esofágica con fístula traqueoesofágica proximal
- Tipo III(80%): Atresia esofágica con fístula traqueoesofágica distal
- Tipo IV(6%): Atresia esofágica con fístula traqueoesofágica proximal y distal
- Tipo V (2%): Fístula traqueoesofágica en H



# Malformaciones asociadas

1. El factor mas importante a considerar en el tratamiento y pronóstico
2. > 50% están asociadas a AE sin fistulización vs 10% que corresponden a AE fistulizadas
3. La más frecuente es las malformación cardiaca
4. Habitualmente forma parte del síndrome VACTERL (10% de los casos de AE)
5. La asociación CHARGE también incluye AE

**V**ertebral

**A**nal atresia

**C**ardiovascular anomalies

**T**racheoesophageal fistula

**E**sohageal atresia

**R**enal and/or radial anomalies

**L**imb effects

**C**oloboma

**H**earth disease

**A**tresia choanae

**R**etarded grow (CNS  
síndrome)

**G**enital anomalies

**E**ar anomalies

# Diagnóstico y presentación clínica

## Sospecha Prenatal

Ecografía (16-20SDG) →  
Polihidramnios (20% de casos con Fistulización y 80% no fistulizados) + cámara gástrica pequeña o no visible

## Sospecha Postnatal

Atención inmediata →  
(signo cardinal) no hay paso de la SNG al estomago

## Presentación clínica :

- Sialorrea
- Cianosis
  - Tos
- Dificultad respiratoria
  - Regurgitación alimentaria
  - Neumonías a repetición

\*Varía según el tipo de atresia

## Confirmación diagnóstica

### Radiografía de tórax AP-L (sin contraste)

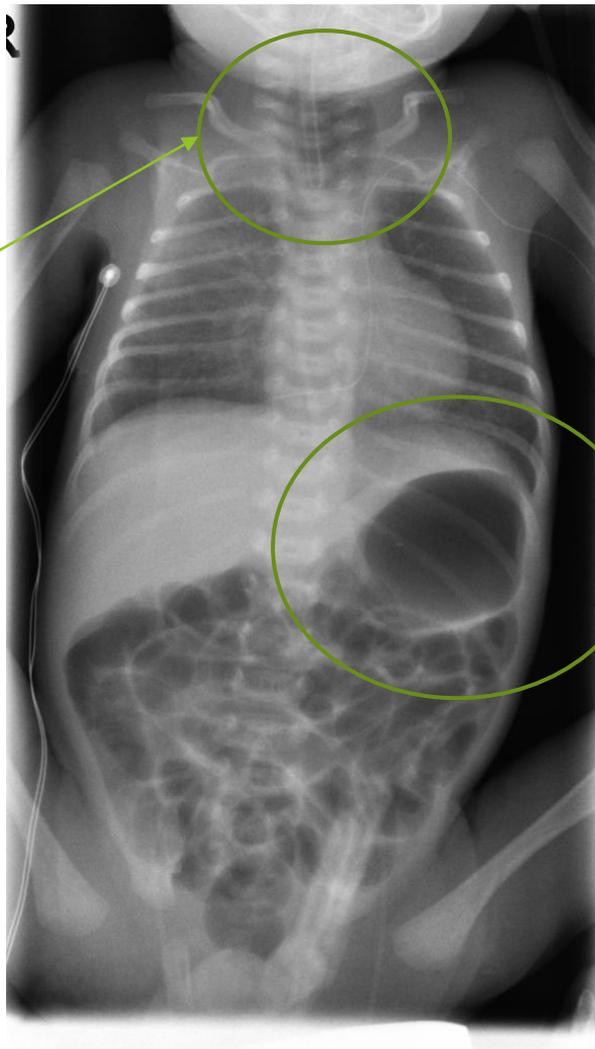
- Evidencia la detención de la sonda
- Si hay duda se puede inyectar aire para distender el fondo de saco

# Diagnóstico

1. Radiografía de Tórax AP y Lateral
  - Detención de la sonda
  - Bolsa de gas en mediastino superior
  - Presencia de aire en estómago → confirma fístula traqueo-esofágica distal



Detención de la sonda + Bolsa de aire en mediastino superior



Aire en el estomago → confirma fístula traqueo esofágica

# Derivación

## Diagnóstico prenatal

Derivar a unidad materno fetal de un centro terciario que cuente con experiencia tanto para la atención de parto como para el tratamiento quirúrgico

## Diagnóstico postnatal

Derivar a un centro quirúrgico y neonatal con la experiencia y recursos para el tratamiento más adecuado.

# Manejo

1. Centro neonatal de alta complejidad
2. Suspensión VO
3. Instalación de una SNG de doble lumen→ evitar bronco aspiraciones
4. Posición fowler
5. Monitorización de signos vitales
6. Instalación accesos vasculares→ alimentación parenteral
7. Descartar malformaciones → Ecocardiograma, Ecografía abdominal, vesical, renal, etc
8. Estudio fisiopatológico del paciente:  
Clasificación de Spitz→ Estimar el riesgo del paciente

**Tabla 4. Clasificación de Spitz.**

Grupo	Peso Nacimiento	Malformaciones cardíacas	Total	Fallecidos	Sobrevida
I	Mayor 1500 gr.	No	316	12	96%
II	Menor 1500 gr.	o Sí	83	33	60%
III	Menor 1500gr.	y Sí	11	9	18%

Spitz L.J. Pediatric Surgical 29:723-725,1994

# Tratamiento

## Cirugía

- Toracotomía (vía abierta)
- Toracoscopía

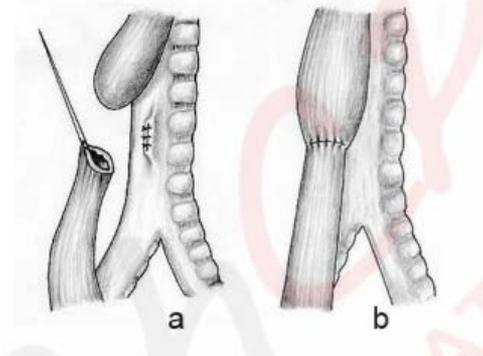
## Procedimientos

- Ligadura FTE
- Anastomosis primaria termino-terminal (cabos < o igual a 3 cm)

## Esofagograma

5-7 días post cirugía para comprobar indemnidad

Gastrostomía transitoria  
(pacientes muy prematuros, bajo peso y cabos esofágicos muy separados)



# Cuidados post operatorios

1. No movilizar al paciente por un plazo de 48-72 horas
2. Posición Fowler → evitar el aumento de tensión de la sutura esofágica
3. Sedación + Ventilación mecánica
4. Apoyo nutricional con ALPAR
5. Inicio de alimentación enteral 48-72 horas → Sonda transanastomótica
6. Uso de inhibidores de bomba de protones
7. Instalación drenaje pleural → en caso de filtraciones por deshicencia de las suturas

# Evolución y complicaciones

## Evolución

- Buen pronóstico de supervivencia (>90%)
- La mortalidad depende de la severidad de las malformaciones asociadas
- Se requiere seguimiento multidisciplinario para detección precoz de complicaciones tardías

## Complicaciones

- Dehiscencia de la anastomosis esofágica
- Dehiscencia de la sutura traqueal
- Neumotórax, mediastinitis, neumonías (inmediatas)
- Estenosis de la anastomosis
- Refistulización traqueo esofágica (<5%)
- Dismotilidad esofágica (75%)
- RGE (57%)
- Traqueomalacia

# Conclusión

1. AE es la malformación esofágica más frecuente
2. Es importante la sospecha prenatal → derivar a un centro especializado
3. En el inmediato → importante tener la sospecha con la clínica la introducción de la SNG
4. El pronóstico depende del grado de malformaciones asociadas
5. Generalmente tienen buen pronóstico (>95%), depende de las malformaciones asociadas
- 6.

The background features abstract, overlapping geometric shapes in various shades of green, ranging from light lime to dark forest green. These shapes are primarily located on the right side of the frame, creating a modern, layered effect. The text is centered on a white background.

Muchas  
Gracias

# Bibliografía

1. Valenzuela M. (2019) Atresia Esofágica. Manual de Cirugía Pediátrica: de la A a la Z. (pp. 37-40) Sociedad Chilena de Cirugía Pediátrica
2. Rostion, C.. (2013). *Cirugía Pediátrica*. (2da. edición) Santiago: Mediterraneo.
3. Sorrentino, S. A. (2020, 19 septiembre). *Oesophageal atresia*. Radiopaedia.  
<https://radiopaedia.org/cases/oesophageal-atresia-2>
4. Alas, Ariel A., Belzu, Marco A., Urquieta, Víctor H, Galindo, Jorge, & Pacheco, Rodolfo. (2007). Atresia de esófago: experiencia en el Hospital del Niño - La Paz - Bolivia. *Cuadernos Hospital de Clínicas*, 52(1), 55-59. Recuperado en 27 de abril de 2022, de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1652-67762007000100008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762007000100008&lng=es&tlng=es).
5. Ángel, M. L. (2019). *Atresia esofágica*. Sociedad Chilena de cirugía pediátrica.  
<https://www.schcp.cl/wp-content/uploads/2016/10/5.-Atresia-esofa%CC%81gica.pdf>