

Atresia esofágica: ¿Qué debo informar?

Clínica Privada Vélez Sarsfield



AUTORES

Burbano N., Anglada J., Peredo J.P.,
Bertona C., Bertona J., Luna M.

Introducción

La Atresia esofágica (AE) es una malformación de etiología no bien establecida. Puede presentarse de forma aislada o asociada a otras malformaciones.

El radiólogo debe confirmar el diagnóstico, clasificarla y comprobar malformaciones asociadas para la correcta planificación de la cirugía correctiva. Las complicaciones postoperatorias son comunes y exigen estudios de imágenes.

Objetivos

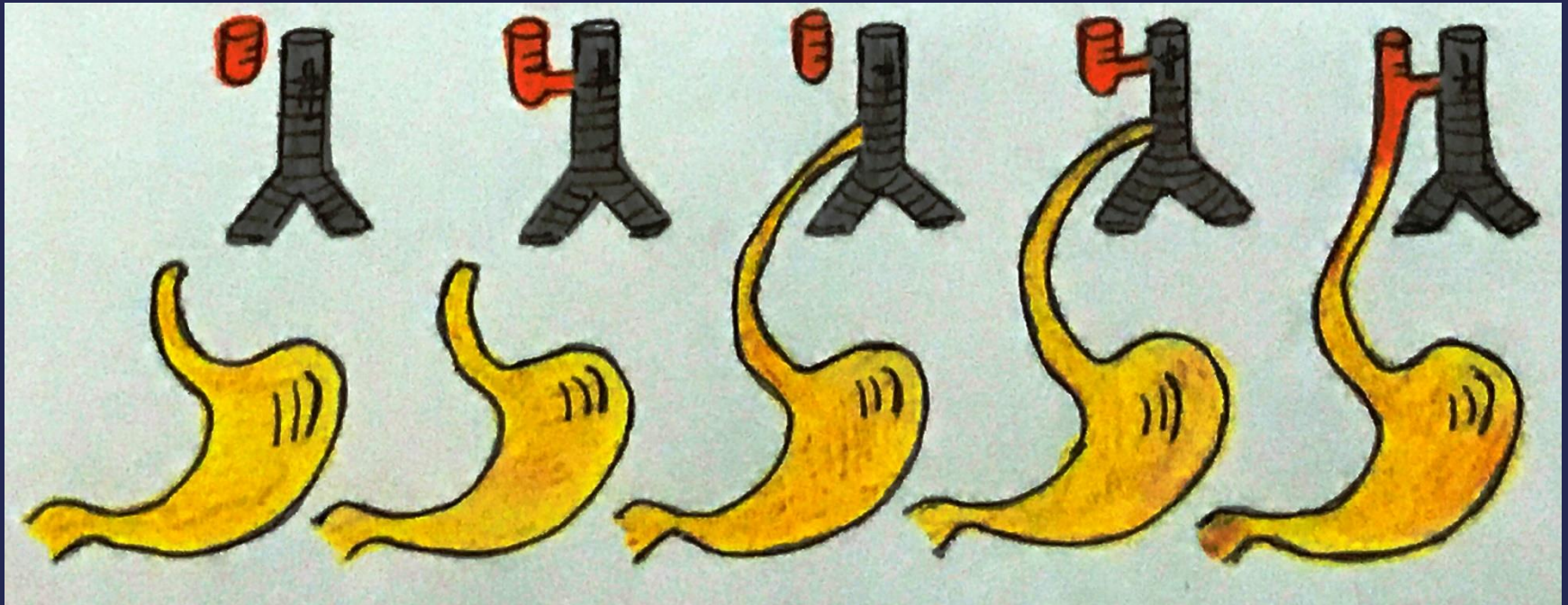
- Describir las características radiológicas de la atresia esofágica y sus posibles malformaciones asociadas.
- Establecer protocolo de imágenes preoperatorio para planificación de tratamiento.
- Describir los hallazgos en imágenes de las complicaciones postoperatorias.

Revisión del tema

La AE es una malformación secundaria a la separación defectuosa del esófago y tráquea con atresia segmentaria de esófago asociada o no a fístula/s traqueo-esofágicas (FTE).

Se clasifica en 6 tipos (“Gross y Vogt”), siendo la más frecuente la AE con FTE distal (tipo C).

Clasificación anatómica de Gross y Vogt



A

Tipo I: Atresia sin fístula.

B

Tipo II: Con fístula en la parte superior o proximal.

C

Tipo III: Con fístula en la parte inferior o distal (80-90%).

D

Tipo IV: Con fístula en ambas partes.

E

Tipo V: con fístula en forma de H y sin atresia.

Diagnóstico

Atresia: RX Tórax

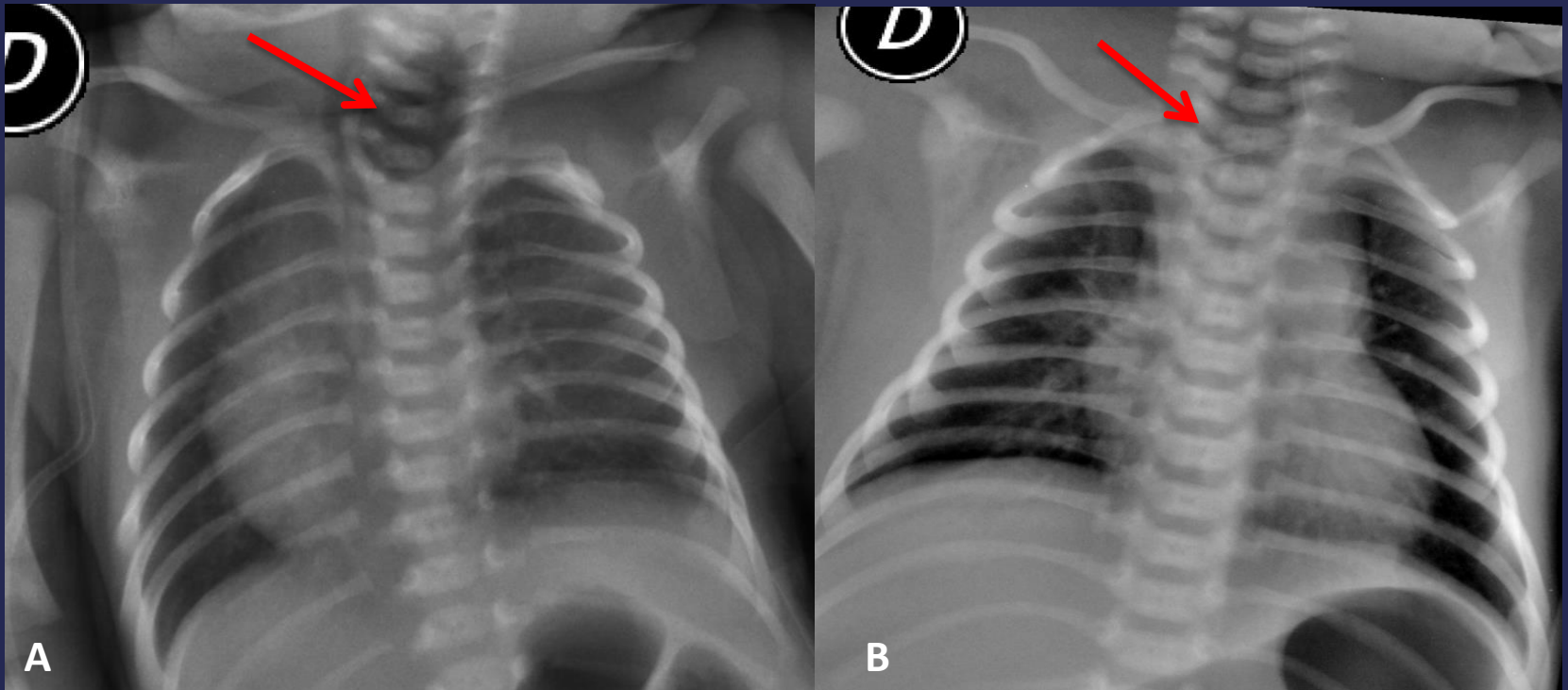


Figura A. Se identifica el esófago proximal que termina en fondo de saco ciego, contrastado con aire.

Figura B. Saco distal con aire y SNG enrollada en su interior.

Diagnóstico

RX Tórax y RX Abdomen

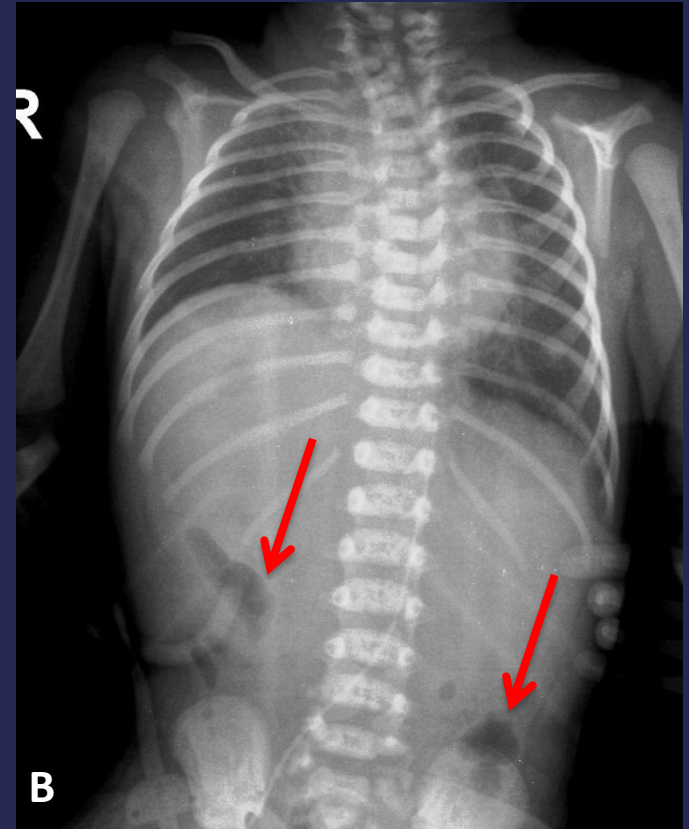
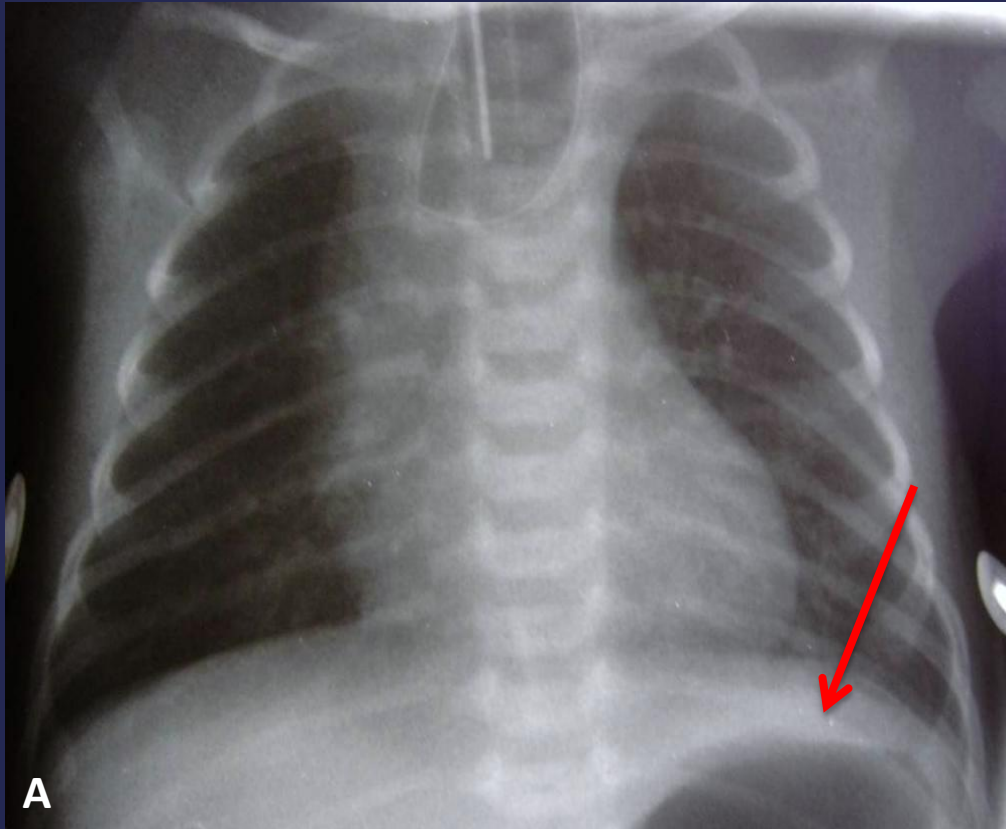


Figura A. Presencia de aire en estómago .

Figura B. Presencia de aire en intestino (flechas rojas).

Atresia esofágica con FTE distal.

Diagnóstico

FTE: Contraste

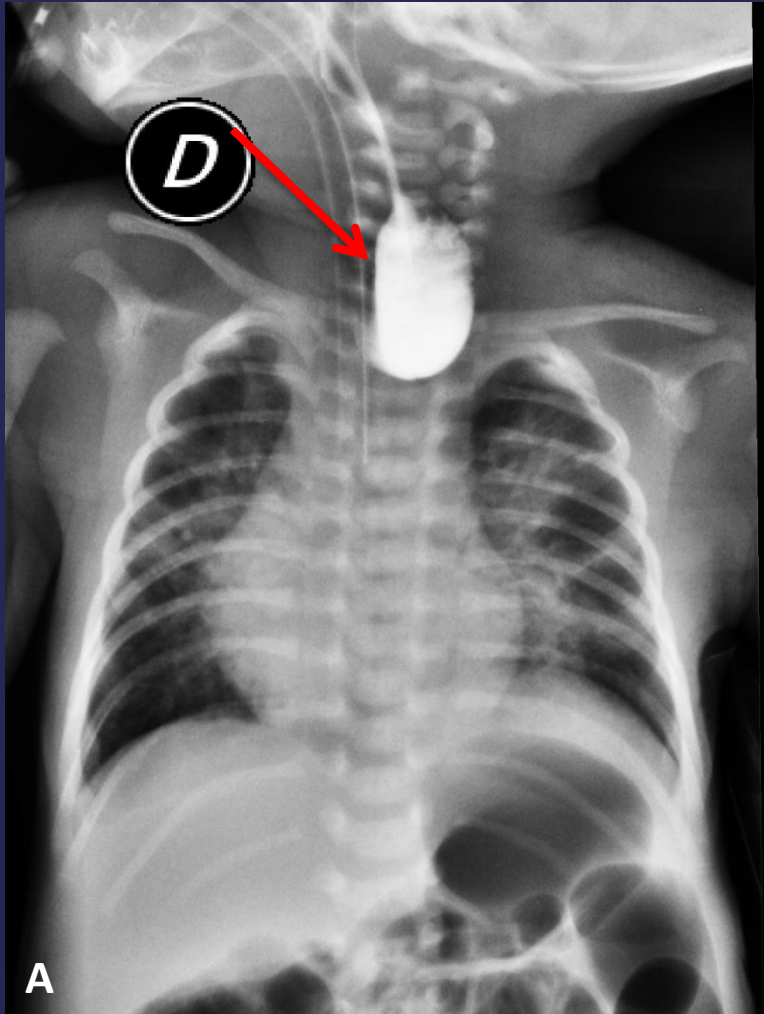


Figura A. Instilación de 1cc de yodo iso-osmolar a través de la sonda: se contrasta el saco esofágico proximal ciego; sin pasaje al árbol traqueo-bronquial por trayecto fistuloso. Se descarta FTE proximal. Atresia esofágica con FTE distal.

Anomalías asociadas descriptas con las siglas VACTERL

	Anomalías más frecuentes	Estudios
V ertebrales	En cualquier nivel de la columna: Aplasia /hipoplasia de los pedículos o de los cuerpos vertebrales. Hemivertebra, Escoliosis.	Rx de columna
A norectales	Mas frecuente atresia rectal (con fistula vaginal o vesical)/ ano imperforado.	Examen físico Ecografía RMN
C ardíacas	CIV, CAP y la tetralogía de Fallot	Ecocardiograma
T ráquea E sófago	Fistulas	Rx Tórax TEGD
R enales	Agenesia renal, riñón en herradura, y quistes y/o riñones displásicos	Ecografía renal
L imb (Extremidades).	Anomalías radiales, incluyendo aplasia/hipoplasia del pulgar. Polidactilia, sindactilia.	Examen físico Rx de extremidades

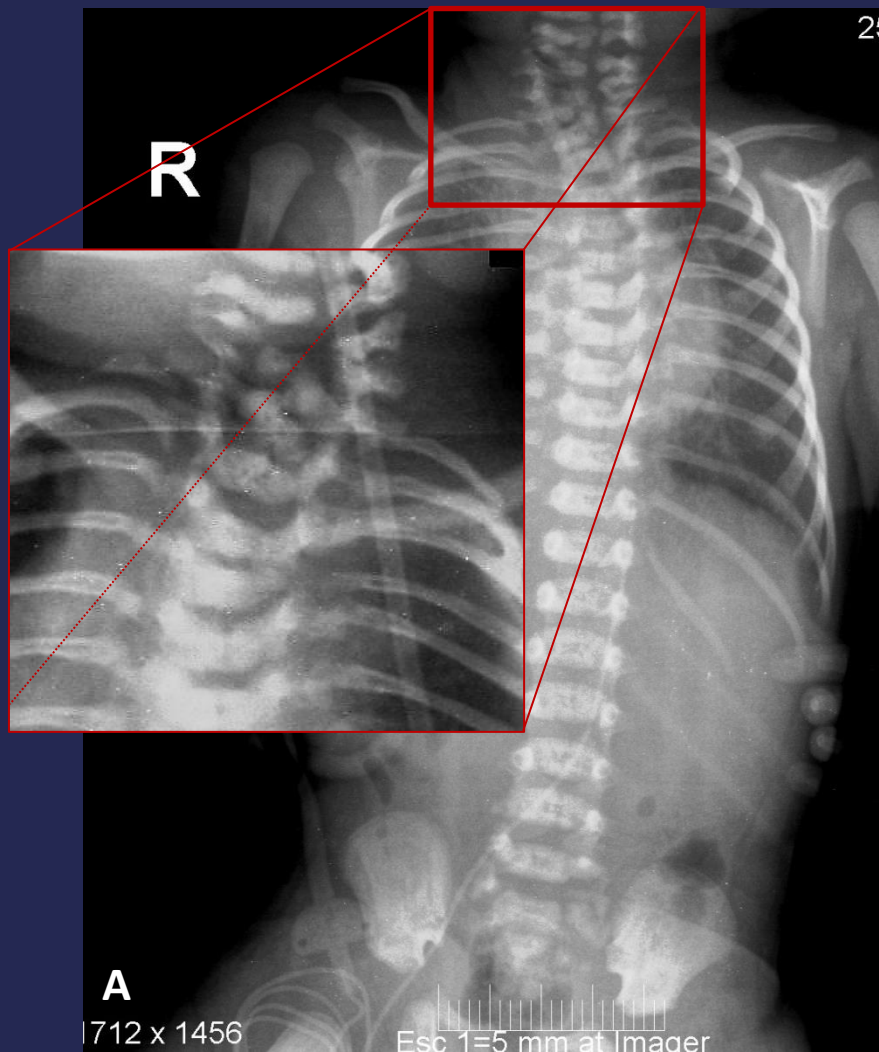


Figura A. Hemivértabras en columna cervical

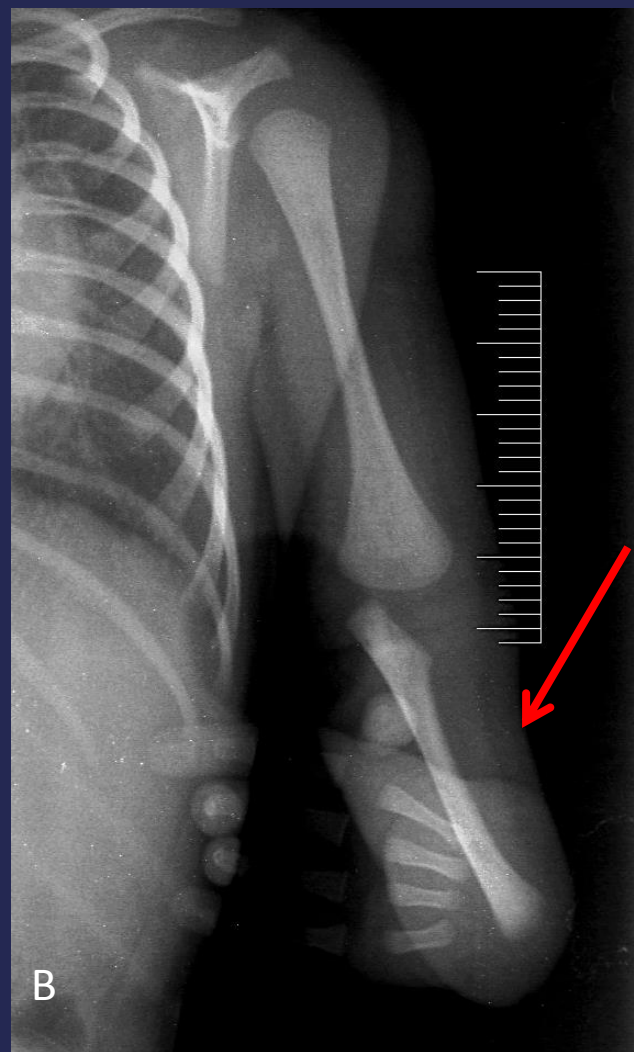


Figura B. Ausencia del pulgar y del radio.

Complicaciones

Post-operatorio inmediato:

- Neumotórax
- Neumonía por aspiración.
- Dehiscencia de la sutura con o sin mediastinitis.
- Re-permeabilización de la FTE.

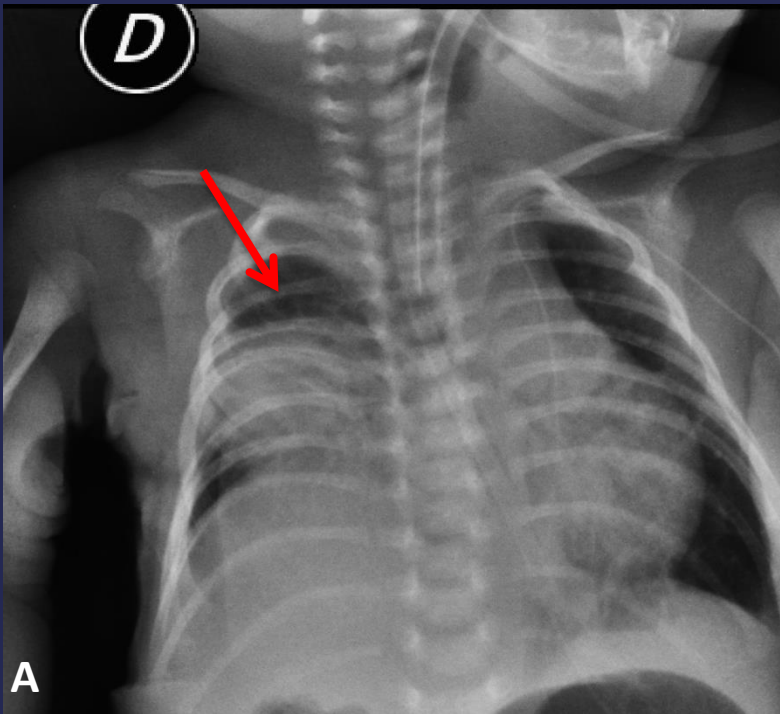


Figura A. Condensación con bronco grama aéreo y atelectasia apical en pulmón derecho.

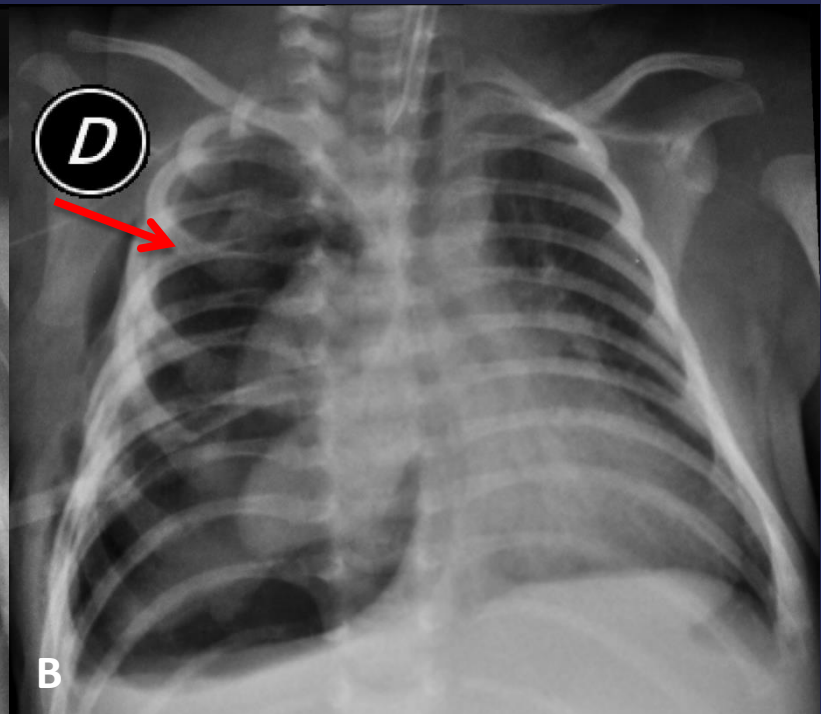


Figura B. Presencia de hidroneumotórax derecho.

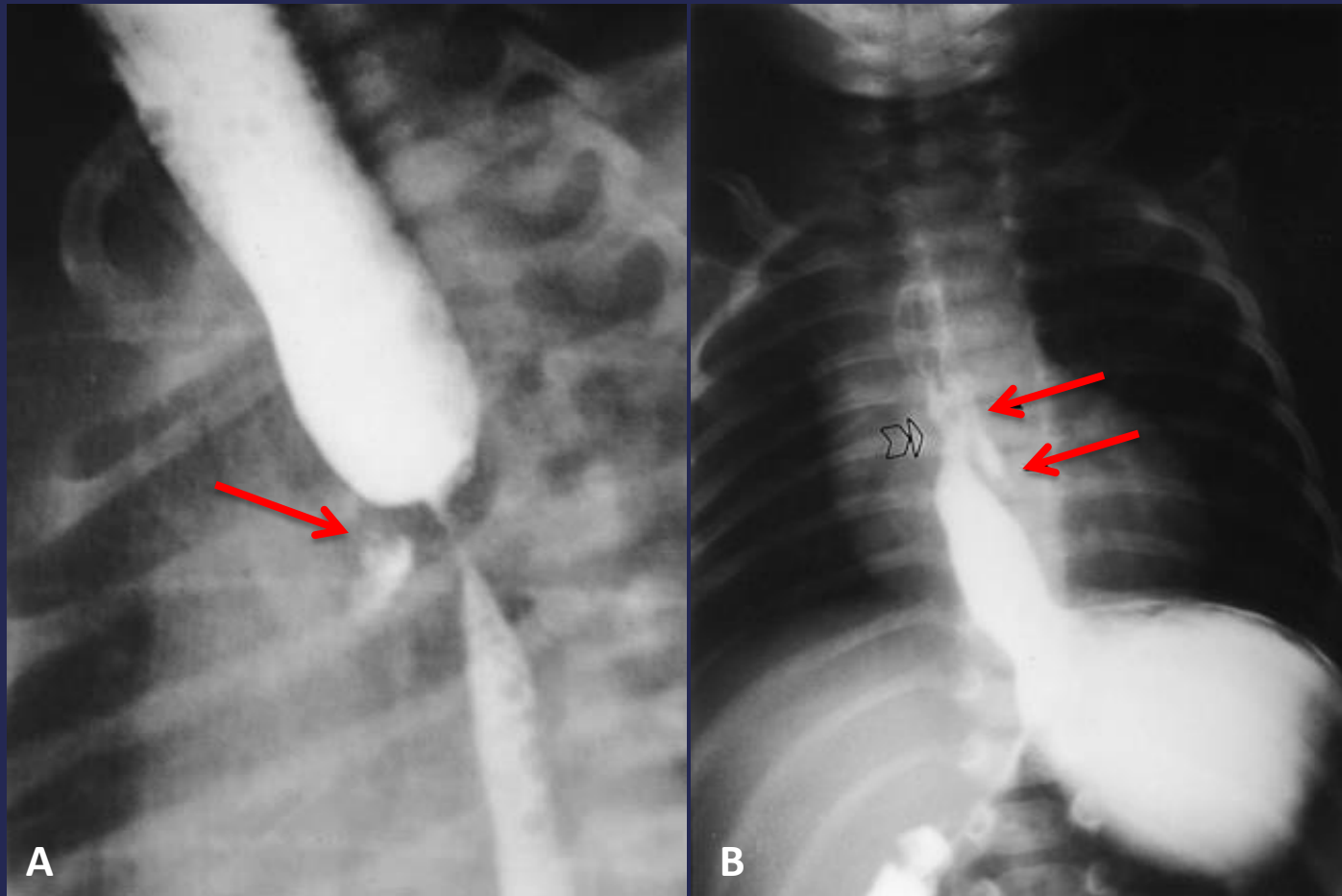


Figura A y B . TEGD: Fuga de contraste a mediastino a nivel de anastomosis.

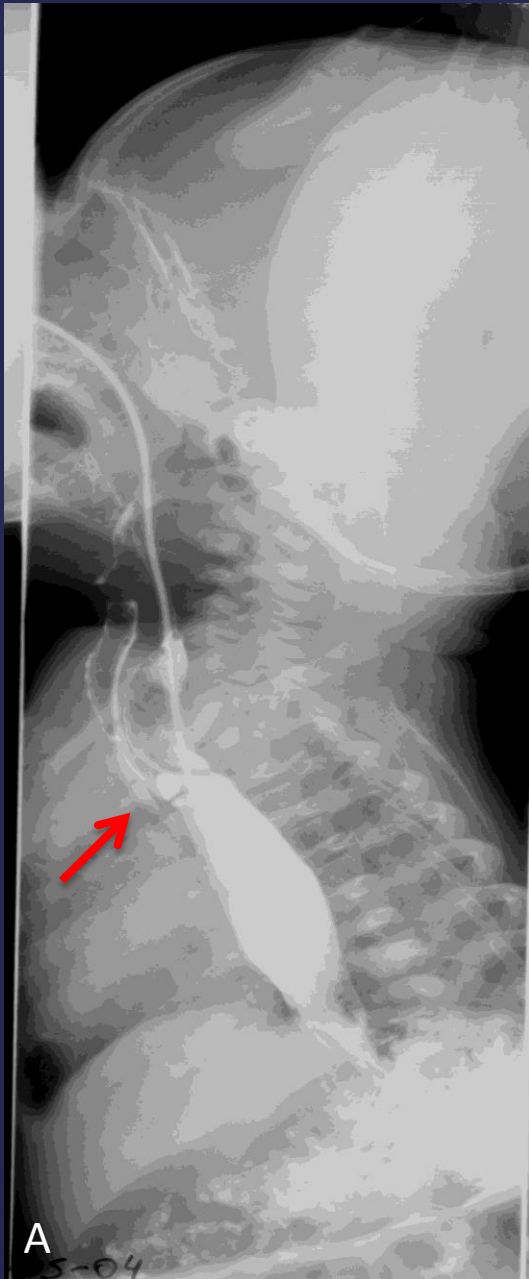


Figura A . TEGD:
Repermeabilización de FTE con
pasa de contraste a vía aérea

Complicaciones

Post-operatorio tardío:

- Estenosis de la anastomosis.
- Reflujo gastroesofágico (50%).
- Trastornos de la deglución.
- Traqueomalacia.

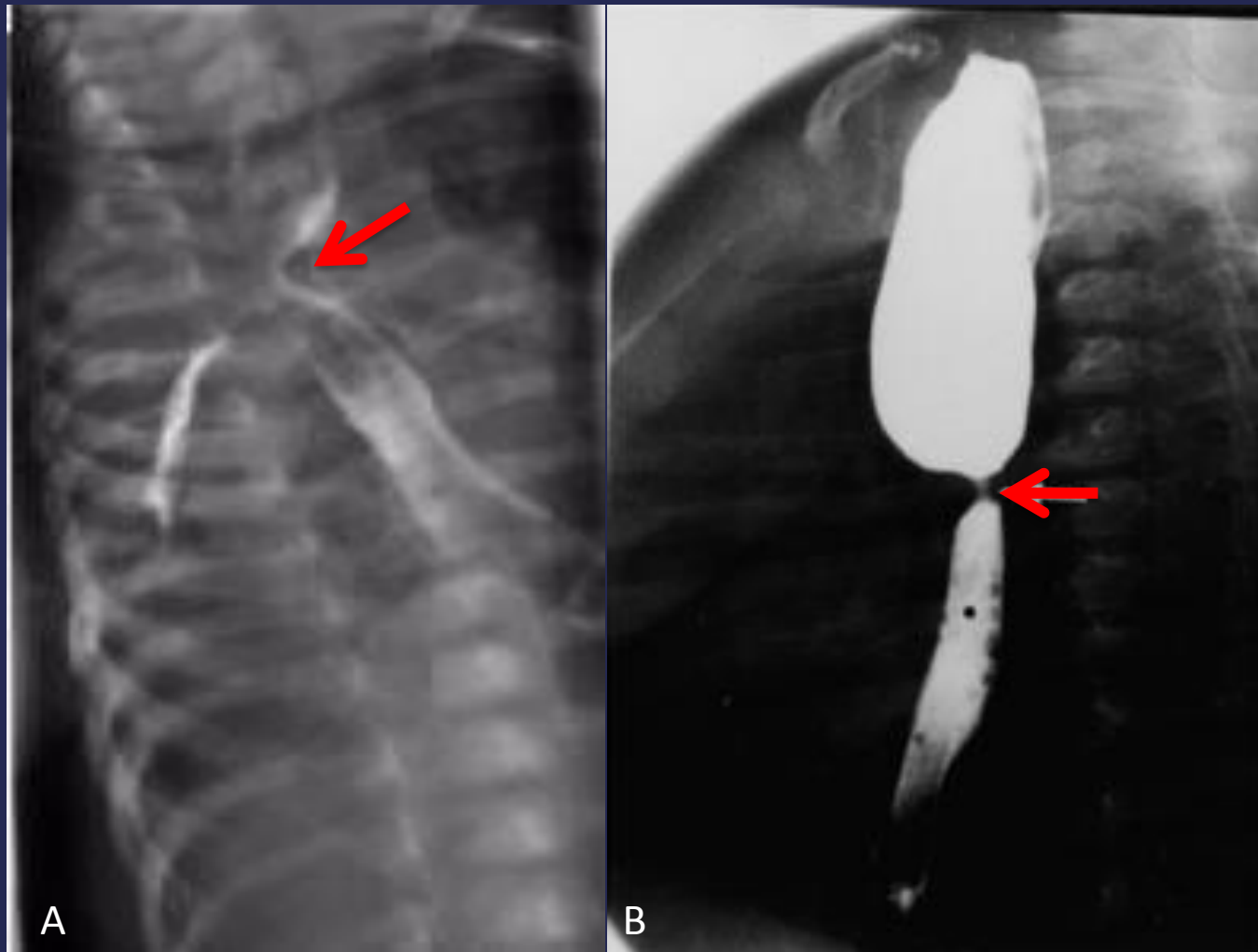


Figura A. TEGD: estenosis de la anastomosis esofágica y fuga de contraste a hemitórax derecho

Figura B. TEGD: Importante estenosis postquirúrgica.

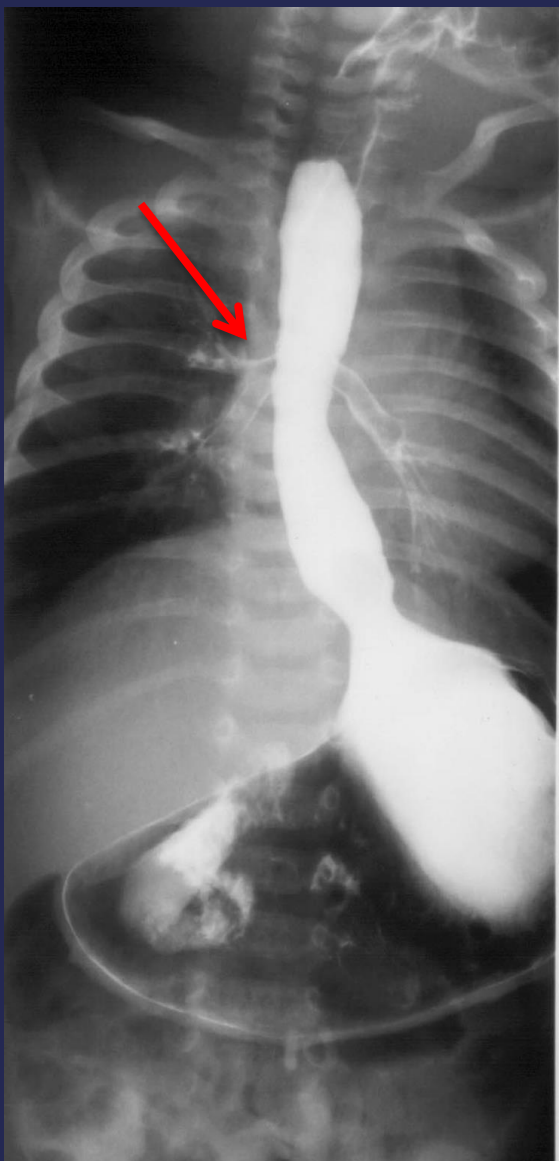


Figura A . TEGD: Reflujo gastro-esofágico con aspiración de contraste.

Conclusión

El radiólogo debe conocer las características radiológicas de la AE y sus asociaciones más comunes, cumpliendo un protocolo de estudios por imágenes que permita la adecuada planificación terapéutica.

Asimismo tiene que estar en condiciones de diagnosticar las complicaciones a corto y mediano plazo.

Bibliografía

- R. Sanchez Oro, R. Pastor Toledo, L. Ariño Montaner y col. Hallazgos radiológicos de la atresia esofágica, la fístula traqueoesofágica, la asociación vater/vacterl y de sus complicaciones postoperatorias. SERAM 2012 / s-0490.
- H. Knipe, Y.Weerakkodv et al. Oesophageal Atresia, Disponible: <https://radiopaedia.org/articles/oesophageal-atresia>
- Nazer J., Ramirez C., Cifuentes L. Atresia de Esófago y sus Asociaciones Preferenciales. Rev. chil. Pediatría 2011; vol.82 no.1 .
- Krauel M., Fernández E., Berrocal Frutos T. Imagen de la patología esofágica en niños y adultos. SERAM, Revision de tema. 2006
- Martínez Ferro, M. Atresia de esófago "long gap": definición y conducta quirúrgica moderna. REV. MED. CLIN. CONDES - 2009; 20(6) 797 - 803].
- Berrocal T, Madrid C, Novo S et-al. Congenital anomalies of the tracheobronchial tree, lung, and mediastinum: embryology, radiology, and pathology. Radiographics. 24 (1): e17. 2004