

---

### RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

**O-33**

**Viernes 19 Nov**

**9:40-9:50**

#### **EXPERIENCIA CON ASCENSO GÁSTRICO EN EL MANEJO DE LA ATRESIA DE ESÓFAGO DE TIPO LONG-GAP**

Guillermo Correia, Ricardo Ibáñez, Juan Pablo Valdivieso, Mónica Contador, Pilar Covarrubias y Mario Valenzuela.

Hospital Roberto del Río y Servicio de Cirugía Clínica Alemana de Santiago, Santiago

---

**Introducción:** la Atresia de Esófago sin fístula traqueo esofágica plantea un desafío quirúrgico importante por la distancia existente entre los cabos esofágicos. Múltiples procedimientos han sido planteados para resolver este problema y la literatura se debate entre salvar el esófago existente o reemplazarlo precozmente. Nuestra opción ha sido el realizar una gastrostomía, estudiar la distancia entre los cabos, y si esta es mayor a 3 cm. realizar una esofagostomía y esperar para ascenso gástrico en diferido. Se presenta nuestra experiencia en 16 casos con esta técnica.

**Material y Método:** se revisó en forma retrospectiva las historias clínicas de 16 pacientes (11 mujeres y 5 hombres) en que se realizó un ascenso gástrico entre 1993 y 2009. La técnica utilizada es la descrita por Spitz con cierre de gastronomía, resección de esófago distal, remodelación del estómago y anastomosis del fondo gástrico al esófago cervical.

**Resultados:** de los 16 pacientes 15 corresponden a Atresia Esofágica sin fístula y 1 Atresia con fístula de cabos muy separados. Los pesos de nacimiento fluctuaron entre 1600 y 3340 gramos, y ocho pacientes presentaron malformaciones asociadas. El peso operatorio osciló entre 4.900 grs. Y 10.680 grs., y la edad operatoria entre 4 meses y 13 meses. De los 16 casos, en 15 el estómago fue ascendido retroesternal y 1 por vía mediastínica. El procedimiento quirúrgico fue exitoso en los 16 pacientes, pero uno de ellos fallece en el post-operatorio temprano por una crisis de hipertensión pulmonar en un paciente con una canal atrioventricular. La complicación quirúrgica más frecuente fue la fístula cervical (10 de 15 casos), la que en general fue tardía y escasa, con cierre espontáneo en todo. En 2 pacientes se exploró por colecciones mediastínicas asociadas a cuadro febril, sin lograr identificar germen, cediendo el cuadro febril con el aseo quirúrgico. Un paciente presentó una evisceración abdominal y otro dehiscencia de la yeyunostomía requiriendo cirugía reparadora. La hospitalización duró en promedio 25 días (14 a 45), y esto se debe principalmente al período de espera de cierre de la fístula cervical. La alimentación completa por boca se logró entre 1 y 4 meses siendo más precoz en los pacientes operados a menor edad. Ningún paciente ha presentado estenosis de la anastomosis cervical ni dificultad por distensión del estómago ascendido. El tiempo de seguimiento post-operatorio es de 8 meses a 15 años 5 meses. La evolución alejada muestra buena calidad de vida, con molestias menores que se manejan con una mayor ingesta de líquidos.

**Conclusión:** la sustitución esofágica por ascenso gástrico ha demostrado ser una buena solución para el manejo del long-gap esofágico en nuestro medio, al evitar las largas hospitalizaciones de los niños en espera de elongaciones, lo que provoca defunciones por infecciones hospitalarias 8 en 12 casos de Atresia Esófago de long gap en nuestra serie de 12 AE de Long gap entre 1978 y 1994 lo que nos llevo a cambiar el abordaje terapéutico por remplazo esofágico con buenos resultados funcionales, y puede practicarse con seguridad sobre los 4 kilos de peso. El pronóstico va a depender, como en general ocurre con los pacientes portadores de Atresia del Esófago, de la severidad de las malformaciones cardíacas asociadas.