

RESUMENES XXXVII CONGRESO CHILENO CIRUGIA PEDIATRICA

O-34

Viernes 19 Nov

9:50-10:00

MANEJO TORACOSCOPICO DE LA ATRESIA ESOFAGICA: ¿QUE HEMOS APRENDIDO?

Bernardita A. Troncoso, Miguel A. Guelfand

Hospital Exequiel González Cortés y Clínica Las Condes, Santiago

Introducción: la atresia esofágica (AE) es una anomalía congénita caracterizada por interrupción de la continuidad del esófago, con o sin comunicación con la tráquea. Los avances en cirugía neonatal han permitido repararla mediante cirugía mínimamente invasiva con excelentes resultados. Nuestro objetivo es evaluar el manejo toracoscópico de diferentes tipos de AE.

Metodología: durante 36 meses, 12 neonatos con AE se sometieron a reparación toracoscópica. Cuatro mujeres, ocho hombres; peso 1,800 a 3,600grs y Edad Gestacional 36 a 39 semanas. 9 tenían malformaciones congénitas asociadas.

Resultados: 83% (10/12) corresponde a AE tipo III. En todas se realizó la misma técnica quirúrgica vía toracoscópica; el 92% (11/12) se completó sin complicaciones. En 10/12 se realizó anastomosis esofágica termino-terminal. 2 tenían AE sin fistula, asociada a Long Gap, por lo que fueron sometidos a gastrostomía laparoscópica con aspiración de esófago proximal por 5 a 7 semanas. Al lograr la aproximación de los cabos a dos vértebras, se realizó la corrección quirúrgica; un caso debió convertirse a cirugía abierta. A todos se instaló drenaje pleural y sonda transanastomótica, logrando iniciar estímulo enteral al 3° ó 4° día. 6 pacientes requirieron dilataciones esofágicas 1 a 6 veces. 4 desarrollaron RGE y estenosis esofágica, realizándose Nissen con Gastrostomía laparoscópica.

Conclusiones: durante los últimos años hemos logrado reparar las AE con cirugía mínimamente invasiva con excelentes resultados. Algunos "tips" para una cirugía exitosa son:

- Ecocardiografía previa para evaluar la situación anatómica del Arco Aórtico.
- Posicionar al paciente en semi-prono derecho.
- Ubicación de los trócares: 1er trocar a nivel sub-escapular; 2° trocar en región axilar y 3° se ubica según separación y ubicación de los cabos. Utilizar instrumental de 3 mm.
- Sección de la Vena ázigos con Hook y ligadura de Fístula con clips en forma segura.
- Disección cabo distal hasta diafragma en caso de necesitar menor tensión. Esto no compromete su vitalidad.
- Instalar sonda transanastomótica para iniciar alimentación precoz.