

GUIAS DE BUENAS PRACTICAS CLINICAS

Sustituciones esofágicas en el niño.

Esophageal substitutions in children.

Dr. Pedro A. Vilorio Barreras

Especialista de I Grado en Pediatría y de II Grado en Cirugía Pediátrica. Profesor Titular y Consultante de Cirugía Pediátrica. Hospital Pediátrico Docente "William Soler", La Habana.

RESUMEN

Las sustituciones esofágicas en niños frecuentemente son necesarias en pacientes portadores de atresia esofágica y en aquellos que desarrollan cicatrices inflamatorias posteriores a ingestión de sustancias cáusticas. Para el procedimiento sustitutivo se emplean diversos órganos, como intestino delgado, grueso y estómago. Se presenta la Guía de Buenas Prácticas Clínicas para sustituciones esofágicas, aprobada por consenso en el 3er Taller Nacional de Buenas Prácticas Clínicas en Cirugía Pediátrica (Camagüey, 23 al 26 de febrero de 2004).

Palabras Clave: Esófago; esofagoplastia; esofagostomía

ABSTRACT

Esophageal replacements in children usually are necessary in patients with of esophageal atresia or those develop inflammatory scars after consumption of caustic substances. For the substitutive procedure diverse organs are employed, like small or thick intestine and stomach. We presented the Good Clinical Practices Guideline for Esophageal replacement, approved by consensus in the the 3th National Good Clinical Practices Workshop in Pediatric Surgery (Camagüey, Cuba; February 23 - 26, 2004).

Key words: Esophagus; esophagoplasty; esophagostomy

Recibido: 16 de octubre de 2005

Aprobado: 8 de diciembre de 2005

Correspondencia:

Dr. Pedro A. Vilorio Barreras

Hospital Pediátrico Docente "William Soler", La Habana.

Teléfono: (07) 447156. E-mail: peviba@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Las sustituciones esofágicas en niños con frecuencia son necesarias en pacientes portadores de atresia esofágica y en aquellos que desarrollan cicatrices inflamatorias posteriores a ingestión de sustancias cáusticas. Para el procedimiento sustitutivo se emplean diversos órganos, como intestino delgado, grueso y estómago.

DESAROLLO

CAUSAS DE SUSTITUCIÓN ESOFÁGICA EN EL NIÑO

1. Congénitas: atresia esofágica.
2. Adquiridas: quemaduras esofágicas que dan lugar a estenosis del órgano.
3. Otras causas menos frecuentes.
 - 3.1 Estenosis por reflujo gastroesofágico.
 - 3.2 Estenosis posteriores a esclerosis de várices.
 - 3.3 Tumorales (muy raras).

ÓRGANOS USADOS PARA LA SUSTITUCIÓN ESOFÁGICA

Distintos segmentos de tubo digestivo, así como prótesis y túneles de piel fueron usados en el pasado. Actualmente las sustituciones son realizadas con:

1. Segmentos de intestino delgado.
2. Colon derecho o izquierdo.
3. Estómago completo o parcial.

VÍAS USADAS PARA LA SUSTITUCIÓN ESOFÁGICA

1. Retro-esternal.
2. Trans-torácica.
3. Trans- mediastinal.

CONSIDERACIONES Y PROPOSICIONES

1. Las técnicas mediante el uso de tubos subcutáneos y con músculos, así como las prótesis de distintos materiales están obsoletas y descartadas.
2. Las técnicas de sustitución usando el colon como injerto son las más usadas en nuestro medio y en el mundo.
3. El colon izquierdo debe ser la primera opción, usando como vaso alimentador la cólica izquierda o siempre que sea posible algún otro vaso.
4. El colon derecho no debe usarse siempre que se pueda para preservar la válvula ileocecal y la función de absorción de nutrientes y líquidos del segmento cólico derecho.
5. La vía de ascenso debe ser la intratorácica izquierda, pasando el segmento de colon por detrás del hilio pulmonar izquierdo.
6. En caso de ser factible debe usarse la toracoscopia para facilitar el ascenso, el paso por detrás del hilio pulmonar izquierdo y la visualización de los vasos del cuello y los grandes vasos. De esta forma se tiene un control visual del pase del segmento traspuesto al cuello y evitamos el realizar la minitoracotomía que hacíamos antes.
7. Existen situaciones que dificultan el uso del colon, como: anomalías colónicas, variaciones anatómicas de la vascularización del injerto, daño a los vasos

gastroepiploicos en gastrostomías previas, procedimientos no satisfactorios previos, como necrosis de segmentos usados anteriormente. Todas estas causas llevarían al uso de la transposición gástrica como un método seguro de sustitución en el niño.

8. La gastrostomía, de realizarse, sería por la técnica anti-reflujo, cerca de la curvatura menor, sacando la sonda por el lado derecho de la línea media, para dejar libre la parte izquierda del abdomen.
9. Las sustituciones con intestino delgado deben realizarse con mucho cuidado por los pequeños vasos del niño que pueden, en su elongación, dar lugar a necrosis del injerto; debe, por tanto, ser la última opción en el niño.
10. Edad de la realización de la sustitución: debe ser realizada después del año y antes de los 5 años, siempre que sea posible y que su estado nutricional lo permita.
11. En las estenosis adquiridas, como son las producidas por cáustico, debe agotarse siempre un programa de dilataciones; recordar que no hay mejor esófago que el del propio niño.
12. No se justifica la extracción del esófago dañado con adherencias mediastinales importantes que podrían dar lugar a sangrados masivos, a pesar de que el esófago dejado puede ser asentamiento de neoplasia maligna como se ha reportado, aunque muy rara.
13. Un lugar especial requieren las lesiones asociadas a quemaduras esofágicas muy altas con quemaduras o destrucción del aparato de fonación y la vía aérea, casos estos muy complicados y de difícil solución.

BIBLIOGRAFIA

1. Petrov BA. Retroesternal artificial esophagus from jejunum and colon. Surgery. 1959.
2. Cárdenas F, Hernández Amador G, Vilorio P. Esofagocoloplastia previa ligadura de los vasos cólicos. Informe preliminar. Rev Cubana de Pediatría. 1987, 59 (2): 237-242.
3. Eremeev NI. The construction of esophagus in anterior Mediastinum. Chirurgia(USSR) .1959;11:25-28.
4. Hirabayashi S. Reconstruction of the thoracic esophagus with extended yeyunum used as a substitute with the aid of microvascular anastomosis. Surgery. 1993;113(5).23-28.
5. Neville WE, Clowes GH. Reconstruction of the Esophagus with segments of the colon. J Thoracic Surgery. 1958;35: 2.
6. Neville WE, Clowes GH. Colon replacement of Esophagus in children for congenital and acquired diseases JThoracic Surgery. 1960; 40:507.
7. Reinhoff WF. Antethoracic Transplantation of the Stomach in the treatment of congenital atresia of the thoracic esophagus. A preliminary report. Bull Johns Hopkins Hospital. 1948; 82:496-499.
8. Scharli Af. Esophageal reconstructon in very long atresias by a longation of the lesser curvature. Pediatric Surgery International. 1992;7:101-105.
9. Sherman CD, Waterston D. Oesophageal reconstruction in children using intrathoracic colon. Arch Dis Child 1957;7(32): 11-16.

10. Spitz L. Gastric Transposition via the mediastinal route for infants with long-gap. Esophageal atresia. J Ped Surg.1984;19:149-154.
11. Spitz L. Esophageal replacement. In: O'Neill JA , Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG. Pediatric surgery. Vol. 2. 15th ed. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.; 1998. p. 981-96.
12. Sweet R.H. :A new method of restoring continuity of the Alimentary canal in cases of congenital atresia of the esophagus with tracheo esophageal fistula not trated by immediate primary anastomosis. Ann Surgery 125:757-768,1948.