

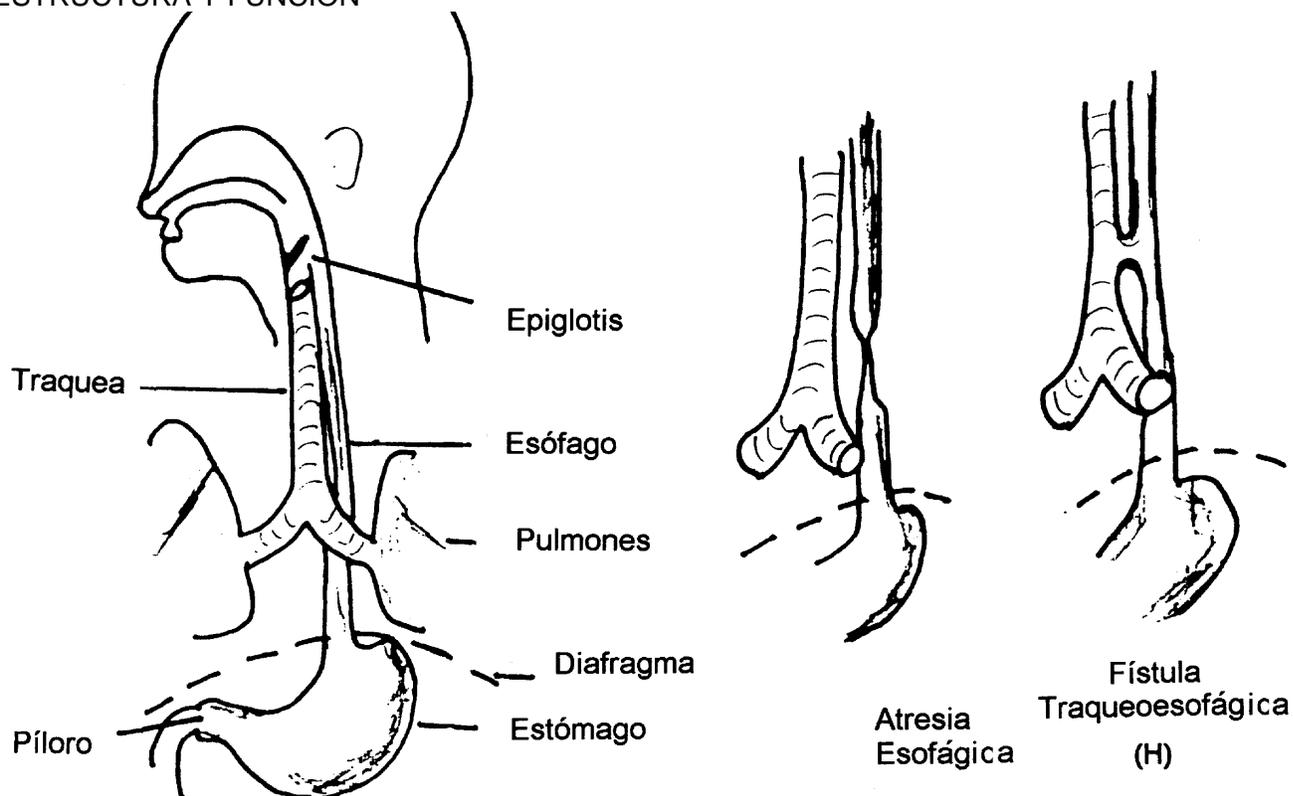
# SINDROME CHARGE: ATRESIA ESOFAGICA Y FISTULA TRAQUEOESOFAGICA: INFORMACION PARA PADRES

Meg Hefner, M.S.

Profesor Asistente de Pediatría, Division of Medical Genetics, St. Louis University School of Medicine,  
1465 S. Grand Blvd. St. Louis, MO 63104

✉ Hefnerma@slu.edu or Meg@chargesyndrome.org ☎ (314)768-8730

## ESTRUCTURA Y FUNCION



La epiglotis es una pequeña hoja en la parte de atrás de la garganta. La función de la epiglotis es asegurar que la comida vaya al esófago y el aire vaya a la tráquea.

La tráquea es el tubo que va desde la parte de atrás de la garganta a los pulmones para respirar. La tráquea corre a lo largo al lado del esófago y luego se divide en dos a cada lado del esófago, yendo a los dos pulmones. La tráquea está rodeada de aros de cartílago y músculo.

El esófago es el tubo que va desde la parte de atrás de la garganta al estómago. Está rodeada por una capa de músculo, la cual ayuda a la comida a moverse hacia el estómago. La comida normalmente se mueve hacia abajo desde el esófago al estómago. Normalmente, cuando la comida o saliva es deglutida, ondas de movimientos en el esófago (peristalismo) envía la comida al estómago. La abertura desde el estómago hacia los intestinos es llamada píloro. La deglución normalmente comienza en los primeros tres meses del desarrollo prenatal.

## PROBLEMAS ASOCIADOS CON CHARGE

**Atresia esofágica (EA)** refiere a un esófago que finaliza cerrado antes de llegar al estómago. Es frecuente encontrarla junto con fístula traqueoesofágica. A menudo, se notó que hubo polihidramnios (líquido amniótico excesivo) durante el embarazo. El feto normalmente traga y recicla líquido amniótico. Si el feto no puede tragar debido a la atresia esofágica, pueden producirse polihidramnios. También, el estómago puede no ser visible mediante un examen por ultrasonido porque no está lleno de líquido amniótico.

Una vez que el bebé ha nacido, a menudo tiene copiosas secreciones espumosas que sale de su boca lo que requiere un constante succionamiento hasta que sea tratada la atresia esofágica. Un bebé con atresia esofágica no puede comer por la boca (la comida no logra llegar al estómago) hasta que se corrija la atresia mediante cirugía.

**Fístula traqueoesofágica (TEF)** Una fístula es una conexión entre el esófago y la tráquea. Esta conexión permite que la comida (desde el esófago) entre en los pulmones (aspiración). La comida en los pulmones puede causar neumonía (referida a neumonía por aspiración), lo cual puede ser muy serio. Si hay una fístula traqueoesofágica con atresia esofágica, toda la comida ingerida terminará en los pulmones, como el esófago no está conectado con el estómago, porque finaliza cerrado.

El tipo más difícil para diagnosticar es la fístula traqueoesofágica tipo H, donde el esófago no termina cerrado, pero hay una fístula o conexión entre la tráquea y el esófago. En la fístula traqueoesofágica tipo H, el aire que entra al estómago (desde la tráquea) y la comida puede entrar a los pulmones. El aire en el estómago puede causar hinchazón en el abdomen del bebé y puede hacer que el bebé esta molesto.

### **Síntomas de la Fístula Traqueoesofágica/Atresia Esofágica (TEF/EA)**

Si tuvo polihidramnios o el estómago del feto no ha sido observado con ultrasonido, puede haberse sospechado de TEF/EA durante el embarazo. Después que el bebé ha nacido, se puede sospechar de atresia esofágica en los primeros días si el bebé no tolera la comida (ahogos y saliva), si no parece tragar la saliva (espuma en la boca), si parece aspirar la leche en sus pulmones, o si tiene distensión abdominal (panza hinchada).

La TEF tipo H puede no ser reconocida hasta más tarde. Los síntomas típicos son ahogos con la alimentación, excesivo gas en el estómago o intestinos, y **frecuentes neumonías por aspiración**.

Por ahora, probablemente ya sabrá suficiente acerca de CHARGE para reconocer que muchos de estos síntomas pueden también ser causados por otros problemas asociados con CHARGE. La atresia coanal, la fisura de paladar, el reflujo, y las anomalías de los nervios craneales pueden también interferir con la respiración y la alimentación. Los niños con CHARGE pueden no ser alimentados correctamente debido a otros problemas. Esto significa que la TEF asociada con problemas puede no ser diagnosticada tan rápidamente o tan completamente en niños con CHARGE.

## **Diagnóstico de la Fístula Traqueoesofágica/Atresia Esofágica**

La atresia esofágica se diagnostica generalmente mediante la colocación de un tubo desde la nariz o a través de la boca, hacia abajo en la garganta y hasta el estómago. Una radiografía se toma para documentar que el tubo está en el esófago (no en la tráquea) y que ha alcanzado el estómago. Si el bebé tiene EA, en lugar de finalizar en el estómago, el tubo se doblará en el cierre que tiene el esófago. Si hay una TEF (lo cual es muy común con la EA), el tubo puede finalizar en los pulmones.

Otros exámenes que podrían hacerse para diagnosticar o confirmar el diagnóstico son la bronquioscopia o esofagoscopia. La deglución de bario puede necesitarse para diagnosticar una TEF tipo H, donde el esófago está conectado con el estómago, pero hay una conexión con la tráquea.

## **Tratamiento**

La EA y la TEF pueden ser corregidas quirúrgicamente. Antes de reparar y mientras se está curando, el bebé necesitará ser alimentado mediante una gastrostomía por tubo o botón. Esto es un tubo o abertura que va directamente al estómago del bebé, sobrepasando el esófago. El tiempo que el bebé requerirá la gastrostomía por tubo es variable. Muchos niños con CHARGE son alimentados por tubo por años (sea más adelante y la sección alimentación).

Ocasionalmente, la EA será corregida y aún una pequeña TEF tipo H puede no ser reconocida. La TEF que queda puede provocar neumonías múltiples por aspiración. Un examen de deglución de bario podría ser útil para diagnosticar la TEF.

## **Resultado y Complicaciones:**

Aún después de la corrección quirúrgica, puede haber derrames en la zona reconectada. El esófago puede estrecharse. Si eso ocurre, puede ser tratado mediante dilatación del esófago. Muchos niños con CHARGE tienen dificultades para tragar, reflujo gastroesofágico, recurrentes neumonías, y pobre crecimiento. Algo de esto puede deberse a la TEF/EA, pero mucho de esto puede deberse a otras complicaciones de CHARGE (vea sección Alimentación). Una vez que el bebé se ha recuperado de la cirugía, podría intentarse la alimentación oral. Sin embargo, las personas con CHARGE típicamente tienen otros rasgos los cuales complican la alimentación oral. ¡Sea cuidadoso/a no la empuje!