

## Extratoracic esophageal elongation (Kimura's technique): a feasible option for the treatment of patients with complex esophageal atresia

Tamburri N, Lage P, Boglione M, Martínez Ferro M

J Pediatr Surg 2009; 44: 2420-5.

Se trata de un artículo importante para neonatólogos y cirujanos pediatras.

El tratamiento ideal para la atresia de esófago con los cabos muy separados es muy controvertido y aún no se ha determinado por los autores que se han ocupado del tema.

Las técnicas que realizan el reemplazo de esófago están gravadas por una alta tasa de complicaciones asociadas, por lo cual muchos cirujanos establecen que todo el esfuerzo debería ser hecho para preservar el esófago. Para ello en estos últimos años se han creado varias técnicas.

El objetivo de esta comunicación es evaluar los resultados obtenidos por una técnica relativamente nueva que evita el reemplazo de esófago. Esta consiste en una elongación secuencial extratorácica del órgano.

Para evaluar qué pacientes son elegibles por esta técnica los autores desarrollaron un algoritmo. Cuando existe una separación importante de los cabos luego de una espera de tres meses, si el esófago superior no se alarga realizan un esofagostoma cervical primario, preferentemente del lado derecho, y gastrostomía. Si el cabo inferior del esófago estudiado con un instrumento radioopaco pasado por la gastronomía y visto en radioscopia no llega a la carina, se realiza el reemplazo de esófago.

En caso de que no exista separación importante de los cabos y el cirujano decidió realizar anastomosis primaria de los mismos, pero por complicaciones severas debe reoperar al enfermo, se efectúa una bolsa esofágica inferior y un esofagostoma cervical secundario. En esta circunstancia automáticamente se crea una situación de cabos muy separados en forma secundaria.

Los comunicantes operaron 20 pacientes. Describen la técnica quirúrgica en tres tiempos,

1. Esofagostoma cervical inicial.

2. Técnica secuencial de alargamiento del esófago por el procedimiento de Kimura.
3. Reconstrucción esofágica definitiva por dos procedimientos, abierto o toracoscópico.

Quince de los veinte pacientes finalizaron el procedimiento, cuatro pacientes se encuentran actualmente en el procedimiento de elongación. De los 15 operados, 12 (80%) lo completaron satisfactoriamente. Las complicaciones fueron: cinco estenosis y una estenosis severa. En 17% pseudodivertículo y alteraciones de la motilidad del esófago.

En la discusión establecen que, desde que Cameron Haight realizó el primer procedimiento exitoso en la atresia de esófago, ha habido un amplio acuerdo entre los cirujanos estableciendo que el esófago nativo es la mejor opción para restablecer la continuidad del aparato digestivo en recién nacidos con atresia de esófago.

En pacientes con poca separación de los segmentos del esófago la anastomosis se realiza sin dificultades, pero cuando los cabos están muy separados la reparación constituye un desafío para el cirujano.

Cuando existe una separación importante, se pueden realizar dos procedimientos: 1) reemplazo de esófago o, 2) elongación del esófago, que en definitiva permite preservar el órgano natural.

En estos últimos años se han desarrollado varias técnicas de alargamiento.

La mayor razón por la cual los cirujanos no aprueban las técnicas de reemplazo de esófago, es que éstas están asociadas con trastornos en la motilidad del esófago que duran mucho tiempo.

Una de las últimas técnicas fue publicada por Kimura y Soper en 1994. Consiste en la elongación secuencial del esófago a lo largo de la pared anterior del tórax aplicando tracción mecánica.

Habitualmente cualquier niño con atresia de esófago

que requiere esofagostoma, primario o secundario, se convierte en un enfermo con separación importante de los cabos.

En 1997 los autores incorporaron esta técnica en los enfermos que tenían separación importante de los cabos esofágicos y un cabo inferior relativamente largo.

No existen muchas comunicaciones y series grandes sobre esta técnica por lo cual no se pueden sacar conclusiones.

La impresión de los autores es que esta técnica tiene un resultado general bueno.

Enfatizan que los casos en que el cabo inferior está completamente atrésico no son candidatos para esta cirugía. Por más elongaciones que se realicen nunca llegarán a nivel del diafragma.

Hemos realizado esta técnica en nuestro país en tres enfermos con éxito y sin mayores complicaciones.

*Prof. Dr. Oscar Chavarría  
Cirujano Pediatra*