



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-NEO.007 – Página 1/7	
Título do Documento	ATRESIA DE ESÔFAGO	Emissão: 25/08/2022	Próxima revisão: 25/08/2024
		Versão: 2	

SUMÁRIO

1. AUTORES	1
2. SIGLAS E CONCEITOS	1
3. OBJETIVOS.....	2
4. JUSTIFICATIVAS	2
5. HISTÓRIA CLÍNICO E EXAME FÍSICO.....	2
6. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS	3
7. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO.....	4
8. COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS	6
9. REFERÊNCIAS	6
10. HISTÓRICO DE REVISÃO	6

1. AUTORES

- Antônio Aldo Melo Filho
- Eveline Campos Monteiro Castro
- Francisco das Chagas Barros Brilhante
- Geysa Maria Monte Saraiva Câmara
- Liliana Soares Nogueira Paes
- Osvaldo Barros Rebelo Neto
- Thyago Araújo Fernandes

2. SIGLAS E CONCEITOS

RN - Recém-nascido

RNPT - Recém-nascido prematuro

RX - Radiografia

VACTER-L - Defeitos **V**ertebrais, atresia **A**nal, **C**ardíaco, fístula Traqueoesofágica c/ atresia Esofágica, defeitos **R**enais, displasia radial do membro (**L**imb).

VM - Ventilação mecânica

SNG - Sonda Nasogástrica

PICC - Cateter central de inserção Periférica

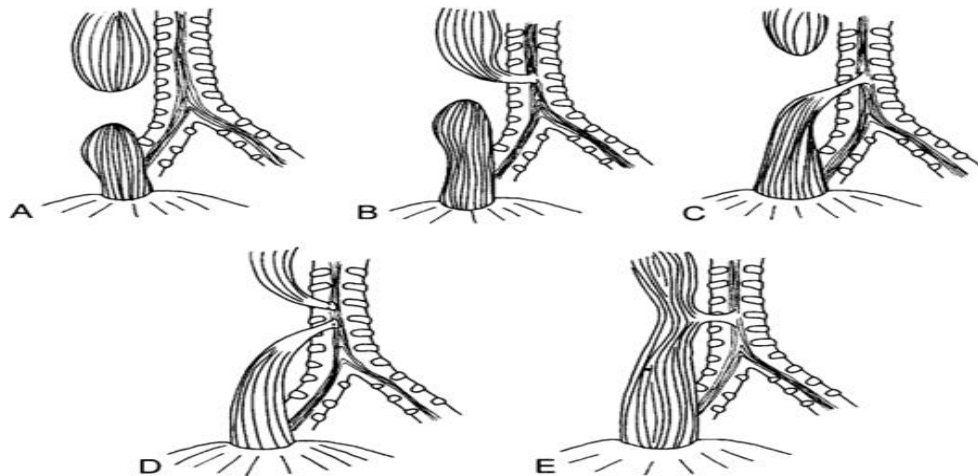
CPAP - Pressão positiva contínua nas vias aéreas

A atresia de esôfago é a anomalia congênita mais comum do esôfago. Associa-se a outros defeitos congênitos: cardíaco (35%) e do trato digestório (15%), principalmente em prematuros. A associação **VACTER-L**: defeitos **V**ertebrais, atresia **A**nal, **C**ardíaco, fístula Traqueoesofágica c/ atresia **E**sofágica, defeitos **R**enais, displasia radial do membro (**L**imb).

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-NEO.007 – Página 2/7	
Título do Documento	ATRESIA DE ESÔFAGO	Emissão: 25/08/2022	Próxima revisão: 25/08/2024
		Versão: 2	

O diagnóstico pré-natal da atresia de esôfago é feito por ultrassonografia que evidencia presença de polidrômio (principal), ausência ou diminuição da bolha gástrica, escassez de líquido no intestino e coto esofágico proximal dilatado.

CLASSIFICAÇÃO DE GROSS

- A – Atresia de esôfago sem fístula (5-7%).
- B – Atresia de esôfago com fístula proximal.
- C – Atresia de esôfago com fístula distal (85-90%).
- D – Atresia de esôfago com fístula distal e proximal.
- E – Fístula traqueoesofágica isolada, sem atresia de esôfago (2-6%).

- Tipos A e B: ausência de ar em alça intestinal.

3. OBJETIVOS

Este protocolo visa orientar diagnóstico e conduta na atresia de esôfago.

4. JUSTIFICATIVAS

A atresia de esôfago é uma anomalia grave e que exige uma coordenação das condutas nas equipes de neonatologia, enfermagem e cirurgia pediátrica, o que justifica a elaboração de um protocolo específico.

5. HISTÓRIA CLÍNICO E EXAME FÍSICO

Ao nascer pode haver insucesso na passagem de sonda nasogástrica(SNG) nº 8 (tipos A-D) ou a SNG não avança mais que 10 – 12 cm (**não forçar**). Tentar passar sonda nº 8, pois sondas menores podem enrolar – falso positivo.

O RN pode apresentar secreção salivar “espumosa” pela boca e/ou narina. A aspiração para a via aérea respiratória pode ocorrer com comprometimento respiratório e sintomas de:

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-NEO.007 – Página 3/7	
Título do Documento	ATRESIA DE ESÔFAGO	Emissão: 25/08/2022	Próxima revisão: 25/08/2024
		Versão: 2	

- Tosse;
 - Cianose;
 - Dispneia;
 - Sufocação.
 - Se roncosp disseminados, estertores subcrepitantes, considerar pneumonia;
- O abdome distendido, se houver fístula traque-esofágica ou escavado, se não houver fístula.
- Indica-se pesquisar anomalias associadas.

6. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

DIAGNÓSTICO NEONATAL

6.1. Diagnóstico radiológico sem contraste

- Radiografia panorâmica (visualizar tórax e abdome);
- Observar SNG parando no fundo cego da “coluna de ar esofágica”;
- Observar presença de pneumonia;
- Observar trato gastrointestinal (TGI) - presença de ar e/ou malformações associadas;
- Observar malformações vertebrais, cardíacas e outras.



Coluna de ar em fundo cego (SNG) presença de ar no TGI



Malformação vertebral



Ausência de ar no TGI



Pneumonia

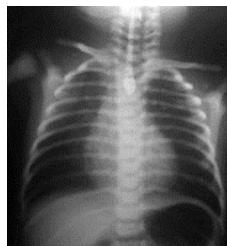
6.2. Diagnóstico radiológico com contraste

- Conectar seringa de 3 ou 5ml com contraste iodado a uma sonda nº 8 e preencher

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-NEO.007 – Página 4/7	
Título do Documento	ATRESIA DE ESÔFAGO	Emissão: 25/08/2022	Próxima revisão: 25/08/2024
		Versão: 2	

todo o trajeto da sonda com contraste antes de introduzir na criança;

- Posicionar a sonda por via oral no coto esofágico proximal, sem desconectar da seringa;
- Injetar 0,5 mL de contraste iodado;
- Fazer o Rx panorâmico com o RN inclinado em, no mínimo, 45°;
- Logo após o Rx, aspirar e retirar a SNG sob aspiração contínua.



7. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

7.1. CONDUTA PRÉ-OPERATÓRIA

- Manter normotermia (36,5 – 37,4°C);
- Passagem de Cateter de Inserção Periférica (PICC);
- Hidratação venosa básica até instalação da NPT;
- Antibióticos:
- Se recém-nascido (nascido no hospital) e **sem** sinais de infecção ou risco por outra condição, cefotaxima ou ampicilina com sulbactam que será mantido por 24h após o procedimento cirúrgico;
- Se RN nascido no hospital e com sinais de infecção ou risco por outra condição (exemplo: rotura de bolsa prolongada), ampicilina e gentamicina;
- Se RN nascido em outro hospital e **com** sinais de infecção, considerar início de antibioticoterapia conforme protocolo da unidade.
- Instalar sonda oroesofágica sob aspiração contínua (replogue em casos de saliva espessa):
- Introduzir um cateter duplo-lúmen 7F, numa SNG nº 8;
- Conectar um lúmen na aspiração a vácuo, sob pressão de 60 a 80 cmH₂O; se a secreção for muito espessa, conectar o outro lúmen a uma solução fisiológica 0,9% (SF 0,9%) com infusão de 15 a 20 mL/h de fluxo.
- Instalar a sonda oroesofágica sob aspiração contínua (saliva fluida):
- Introduzir até o final uma SNG nº 6 em uma SNG nº 8 e conectar a SNG nº 6 sob aspiração contínua.
- Evitar ventilar sob pressão positiva:
- CPAP, ambu (para evitar distensão gástrica).
- Proceder com intubação orotraqueal apenas se houver desconforto respiratório significativo;
- Se RN não estiver intubado, manter o RN posicionado com cabeceira elevada (30o



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-NEO.007 – Página 5/7	
Título do Documento	ATRESIA DE ESÔFAGO	Emissão: 25/08/2022	Próxima revisão: 25/08/2024
		Versão: 2	

– 45o) e com sonda oroesofágica sob aspiração contínua;

- Solicitar:
- Hemograma, coagulograma, ureia, creatinina, sódio, potássio e cálcio séricos, glicemia de jejum e gasometria arterial;
- Radiografia panorâmica (tórax e abdome);
- Ecocardiograma **sempre** antes da cirurgia e USG de abdômen total (investigar posicionamento do arco aórtico e demais anomalias – VACTER-L);
- Eletrocardiograma (ECG).

7.2. CONDUTA CIRÚRGICA

- Não é emergência cirúrgica (ESTABILIZAÇÃO CLÍNICA + ECO ANTES DA CIRURGIA);
- Toracotomia com esofagoplastia (fio absorvível) e passagem de SNE transanastomótica, ressecção e ligadura da FTE (fio inabsorvível) e drenagem torácica fechada em selo d'água
- Técnica extrapleural: o dreno não oscilará;
- Técnica transpleural: o dreno oscilará.

Quadro 1: Classificação de SPTIZ

Grupo	Peso (gramas)	Malformações cardíacas graves	Expectativa de sobrevida (%)
I	> 1500	não	96
II	= 1500	sim	60
III	< 1500	sim	18

Fonte: Ketzner de Souza JC, Pippi Salle JL. Cirurgia Pediátrica. Teoria e Prática. 1ª ed. 2008; p.266.

7.3. CONDUTA PÓS-OPERATÓRIAS

- Mínimo manuseio do recém-nascido;
- Manter em VM + TOT, sob sedação contínua por 3 a 5 dias (fentanil + midazolam);
- Manter curarizado por 72 horas;
- Vecurônio – frasco de 10mg (pó), diluir para 5 mL água destilada (AD):
 - Ataque: 0,1 mg/Kg;
 - Manutenção: 0,1 mg/Kg/h.
- Não manipular e não tentar repassar a SNE/ SOG (em caso de perda);
- Manter em cabeceira elevada com flexão cervical para reduzir a tensão sobre a anastomose. Não hiperestender o pescoço;
- Manter os cuidados para RGE (ranitidina, bromoprida);
- Iniciar NPT precocemente;
- Iniciar dieta enteral após 48h, caso a SNE esteja em posição pós-pilórica; se permanecer gástrica, não iniciar dieta pela SNE, manter somente em NPT;
- Fazer esofagograma entre o 7o e 10o DPO;
- Sem fistula - iniciar dieta oral;

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-NEO.007 – Página 6/7	
Título do Documento	ATRESIA DE ESÔFAGO	Emissão: 25/08/2022	Próxima revisão: 25/08/2024
		Versão: 2	

- Com fístula - manter por mais 7 a 10 dias a conduta inicial e depois repetir o esofagograma.

8. COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS**8.1. Precoce**

- Deiscência com fístula da anastomose esofágica (15–20%) – a maioria fecha espontaneamente (manter dreno de tórax, aspiração contínua e dieta zero);
- Fístula traqueal (rara) – manter dreno de tórax, aspiração contínua e dieta zero, reoperação em caso de falha clínica.

8.2. Tardias

- Estenose da anastomose (30-40%) – programar dilatações endoscópicas;
- RGE (60 a 80%) – medidas para DRGE ou funduplicatura;
- Traqueomalacia (5%) – geralmente se resolve em 2 a 4 meses de vida;
- Sintomas respiratórios até os 5 anos de idade.

9. REFERÊNCIAS

1. Maksoud JG. Cirurgia Pediátrica. 2ª ed. 2003; v. II; p. 527 – 542.
2. Ketzer de Souza JC, Pippi Salle JL. Cirurgia Pediátrica. Teoria e Prática. 1ª ed. 2008; p. 262 – 276.
3. Gibson T. The anatomy of humane bodies epitomized. 5th. Awnsham, Churchill J, editor. London; 1697.
4. Leven NL, Varco RL, Lannin BG, Tongen LA. The Surgical Management of Congenital Atresia of the Esophagus and Tracheoesophageal Ann Surg. 1952; v.136(4); p. 701-717.
5. Ladd WE. The surgical treatment of esophageal atresia and tracheoesophageal fistulas. N Engl J Med. 1944; 230:625–637.
6. Townsend CM, Beaucham D, Evers BM, Mattox KL. Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 18th edition.
7. Nyberg, D.A.; Neilsen, I.R. Abdomen and gastrointestinal tract. In: Diagnostic imaging of fetal anomalies. 1ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003. cap. 13. p 547-602.
8. Brown AK, Roddam AW, Spitz L, Ward SJ. Oesophageal atresia, related malformations, and medical problems: a family study. Am J Med Genet. 1999; 85:31–37.

10. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2	25/08/2022	Revisão para adequação ao modelo EBSERH.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-NEO.007 – Página 7/7	
Título do Documento	ATRESIA DE ESÔFAGO	Emissão: 25/08/2022	Próxima revisão: 25/08/2024
		Versão: 2	

ELABORAÇÃO/REVISÃO

Antônio Aldo Melo Filho
Eveline Campos Monteiro Castro
Francisco das Chagas Barros Brilhante
Geysa Maria Monte Saraiva Câmara
Liliana Soares Nogueira Paes
Oswaldo Barros Rebelo Neto
Thyago Araújo Fernandes