

Operación muy laboriosa—salpingo-ooforectomía doble—dos suturas intestinales por desgarro de asas delgadas al desprender adherencias. Trendelenburg durante una hora veinte minutos; enferma muy desnutrida.

Al tercer día después de la operación, con pulso de 90 y sin temperatura febril, la enferma se queja de gran plenitud en la región epigástrica, que se presenta abultada y con gran timpanismo que alcanza el hipocondrio izquierdo y región torácica izquierda anterior hasta el quinto espacio intercostal. Vómitos biliosos, verdes oscuros, gran agitación y aerofagia. Diagnóstico, de momento, dilatación gástrica aguda y practico un lavado de estómago; la enferma se siente muy aliviada, pero a las 6 horas (durante la noche) se reproduce el cuadro y el practicante de la clínica, Sr. Almenara, practica otro lavado de estómago que también alivia mucho a la enferma. A la mañana siguiente el cuadro se había reproducido de nuevo: vómitos verdes, porráceos, gran ansiedad, facies muy alterada, pulso 110, temperatura 36, escasísima orina. Pienso en la oclusión duodenal aórtico-mesentérica: colocamos a la enferma en posición genupectoral durante 20 minutos y ordeno que repitan la sesión a las cuatro horas.

Por la noche veo a la enferma resucitada: tranquila, sin vómitos, pulso de 90, tolera líquidos a pequeñas cantidades, sin timpanismo gástrico.

El curso ulterior fué sin complicación alguna.

Segundo caso. Es este tanto o más interesante que el anterior por tratarse de una forma que podríamos llamar recidivante, ya que la oclusión se corrigió y se reprodujo durante cuatro días, acabando por la curación.

Enferma A. B., 63 años, 4 embarazos y partos normales.

La operamos por quiste del ovario que resultó para ovárico, de 20 litros de contenido. Operación rápida y sencilla—30 minutos—. A la noche del segundo día la enferma vuelve a vomitar mucho, presenta gran agitación, pulso 95, temperatura 36.5. Al explorarla se nota una zona de gran timpanismo que ocupa la región umbilical e hipocondrio izquierdo; ordeno un enema alto. Al día siguiente los vómitos continúan muy verdes y abundantes, se nota en la región umbilical un enorme bolo gástrico dibujado y con fases de contracción. Con el enema del día anterior, la enferma había expulsado gases y excrementos, pero ningún alivio produjo esto para el trastorno alto de su abdomen. El caso era claro de una oclusión alta. Lavado de estómago, decúbito ventral plano; unos minutos de genupectoral, muy molesta para la enferma debido a su flácido vientre que contenía antes de la operación un tan enorme tumor. La enferma pasa buena noche, sin vómitos, tolera líquidos, expulsa gases, desaparece el tumor gástrico; pero a las 20 horas empieza otra vez con el cuadro descrito y otra vez es vencido por la terapéutica indicada. Estas recidivas se reprodujeron cuatro veces, hasta que al séptimo día después de la operación, todo entra en orden y la convalecencia sigue normal.

## ESTENOSIS CICATRICIALES, NEOPLASICAS, Y CUERPOS EXTRAÑOS DEL ESÓFAGO

por el Dr. LUIS VILA ABADAL

Otorinolaringólogo del Hospital Clínico

Las estenosis esofágicas presentan modalidades diversas según la *etiología*. En este artículo nos proponemos simplemente dar una idea general de la *etiología*, *sintomatología* y *tratamiento*, fijándonos en las particularidades interesantes de algún caso concreto, que pueden ser útiles al médico práctico.

Dividiremos las *estenosis esofágicas* según la *etiología*, siguiendo el concepto clásico tan bien expuesto por GUISEZ.

*Estenosis intrínsecas*: Estenosis por neoplasia, estenosis cicatriciales traumáticas, estenosis espasmódicas e inflamatorias; estenosis congénitas, diverticulares,

flemonosas, tuberculosas, sifilíticas; estenosis por cuerpos extraños.

*Estenosis extrínsecas*: Bocio, aneurisma aórtico, adenopatías, neoplasias periesofágicas, bronquiales, pulmonares.

### EXPLORACIÓN:

Para diagnosticar las estenosis esofágicas se han utilizado diversos métodos. Primitivamente se usaba la exploración ciega mediante olivas seriadas unidas a un vástago metálico. Este sistema ha caído en desuso por lo perjudicial, fácil de producir lesiones perforantes de faringe y esófago y poco demostrativo, pues no nos da ninguna idea del grado de la estenosis, forma, etcétera, y ha sido sustituido por la exploración ciega con bujías de caucho, más manejables, menos perjudiciales y más adaptables a la clase de estenosis. Son utilizadas hoy todavía y pueden dar detalles suficientemente interesantes para la orientación exploradora con medios más demostrativos.

Con sonda podemos saber el nivel de la estenosis, el calibre de la permeabilidad esofágica muchas veces, pero hemos de tener mucho cuidado al hacer la exploración ciega, para evitar perforaciones, o en caso de cuerpos extraños provocar enclavamientos. Debemos proceder con mucha suavidad en la exploración.

Felizmente, hoy disponemos de otros procedimientos más demostrativos, más inofensivos y de gran precisión. La *radioscopia* y la *radiografía* nos proporcionan detalles concretos y precisos de la altura de la estenosis, de la forma y longitud en muchos casos; es una exploración obligada en todas las estenosis, pues nos orienta para una exploración esagoscópica con luz directa, sabiendo fijamente donde está el obstáculo.

No obstante, la exploración ideal es la esofagoscopia con luz directa por medio de tubos esofágicos.

Cada especialista es partidario de un modelo distinto según la costumbre en utilizarlo y la práctica que tenga en la aplicación del mismo, pues los resultados de estos exámenes o exploraciones son proporcionados a la habilidad del operador.

Todos los modelos tienen sus ventajas y sus inconvenientes. Nosotros nos servimos de los modelos de Brunings, que la práctica nos ha hecho muy manejables. GUISEZ los rechaza en absoluto y preconiza su modelo de luz a distancia. Hemos tenido un fracaso en una exploración por utilizar un modelo nuevo al que no estábamos acostumbrados. Reconocemos, no obstante, que los tubos ovalados aconsejados por BOTTEY tienen ventajas en algunos casos de cuerpos extraños. CHEVALIER prefiere los modelos con luz próxima; pero a nosotros nos sucede que los jugos expulsados ensucian la lámpara e impiden la exploración.

Lo que debemos tener presente al practicar una esofagoscopia es no introducir el esofagoscopio con mandril ni a oscuras, pues nos expondríamos a penetrar en un fondo de saco o divertículo, o a perdernos en la faringe o la laringe. Al introducir el esofagoscopio con iluminación hacemos una exploración completa de la faringe, de la entrada del esófago y de todo el conducto hasta el cardias, que vuelve a repetirse al sacar suavemente el tubo esofagoscópico.

Para que el éxito acompañe la exploración es nece-



sario tener en cuenta que el esófago está lleno de jugos que dificultan la visión y son vomitados al explorarlo; por eso debemos hacer previamente un lavado esofágico y tener a mano una bomba aspirante.

La posición del paciente puede ser sentada o acostada. También en este punto discrepan los especialistas. Nosotros preferimos y encontramos más cómoda la posición sentada; es menos fácil producir lesiones y el esofagoscopia entra mejor; no obstante, hay enfermo que no tolera la posición por la dificultad de doblar el cuello hacia atrás; entonces la posición acostada boca arriba es la usada. No hablamos de las demás posiciones ideadas, porque a nuestro parecer, no tienen importancia ni gran utilidad.

No es necesaria la anestesia para la esofagoscopia; es suficiente una inyección de morfina y atropina, o sin ninguna anestesia. La anestesia local con cocaína y adrenalina puede ayudarnos a vencer algunos espasmos. La anestesia general nos podrá ser útil en algún caso especial, pero pocas veces. En los niños no usamos ninguna clase de anestesia, ni para la esofagoscopia ni para la broncoscopia.

Otro medio de exploración del esófago es el esofagograma de DANIELOPOLU, SIMICI y DIMITRI, de Bucarest, los cuales han llegado a las siguientes conclusiones, señaladas en una gráfica: En la *tetania* el *esofagograma* demuestra una hipermotilidad del órgano. En la *estenosis orgánica* las contracciones son más largas, en meseta o cumbres múltiples, hay arritmia del esófago, en el *cardioespasmo* hay asimismo alargamiento de la duración de las contracciones y contracciones en meseta o cumbres múltiples, la arritmia es menos marcada. La gráfica de la *estenosis esofágica* recuerda el gastrograma de la estenosis del píloro.

Este sistema de exploración es poco preciso y más bien de exploración de laboratorio que útil en clínica.

#### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Al quejarse un enfermo de dificultad en la deglución, hemos de ver a qué es debida la disfagia. Para ello indicaremos los caracteres más aparentes de las diversas clases de estenosis.

Las estenosis extrínsecas, por compresión, no alteran de una manera notable la pared esofágica excepto en los casos de neoplasias invasoras que destruyen la pared y se hacen intraesofágicas; la mucosa se congestiona e infiltra pausadamente, la dificultad en la deglución es progresiva hasta que se convierte en absoluta. El estoma tiene forma de media luna y es lateral; prácticamente, a veces no son muy fáciles de apreciar algunos de estos detalles, que GUISEZ señala con tanta fijeza.

Las estenosis cicatriciales con estoma lateral tienen la pared esofágica alterada. La estenosis es rápida después del insulto y se mantiene con variaciones hasta hacerse total algunas veces.

Las estenosis producidas por neoplasias cancerosas tienen el aspecto de un tejido vegetante, ulceroso, con infiltración de la mucosa e inmovilización de la región afecta. Los cirros son duros y dan a la mucosa un aspecto cicatricial, especialmente cuando son submucosos, a veces difíciles de diferenciar de las estenosis cicatriciales.

Las *neoplasias benignas* quedan reducidas o *mixomas*;

los *fibromas* no son propios del esófago. No conocemos ningún caso personal ni por literatura.

Las esofagitis post-espasmódicas pueden llegar a producir estenosis cicatriciales por degeneración conjuntiva de la mucosa. Las dilataciones esofágicas por encima de la estenosis son muy voluminosas, más que las que corresponden a las estenosis cicatriciales y a las neoplásicas. La localización preferida de las estenosis espasmódicas es la región del cardias.

Los *divertículos* esofágicos, congénitos, pueden producir estenosis en un momento determinado de la vida por esofagitis consecutiva a fermentaciones de los alimentos retenidos en el divertículo. Más frecuente es una estenosis simultánea con un divertículo congénito por falta de luz esofágica, de origen congénito. Existen las estenosis esofágicas congénitas sin divertículo, que siempre van acompañadas de una dilatación esofágica o faríngea superior y muy desarrollada.

También pueden producir estenosis las *úlceras* simples que asientan cerca del cardias y reconocen un origen parecido a las úlceras gástricas. Estas ulceraciones, muy poco frecuentes, dejan costurones hondos al cicatrizar, pues invaden la musculatura. Las *ulceraciones debidas a sífilis o tuberculosis* son más superficiales y dejan costurones disformes o valvulares. Las lesiones sifilíticas de esófago son una cosa rarísima y también las lesiones tuberculosas asientan rara vez en las paredes esofágicas, aunque se citan algunos casos más que de sifilíticas. Nosotros hemos podido observar algún caso; la estenosis no es nunca completa pero sí dolorosa.

Después de todas estas lesiones que producen estenosis, debemos citar una causa de estenosis, aunque forma un capítulo distinto, y son los cuerpos extraños.

Las estenosis por cuerpo extraño tienen una sintomatología en que el episodio estenosis es a veces secundario; el dolor, el trauma y la excitación del enfermo y familia domina el cuadro. Son diagnosticables porque casi siempre traen el diagnóstico hecho y sólo se presentan en busca de tratamiento. Muchas veces, las estenosis antiguas y permeables se complican con la obstrucción por un cuerpo extraño, cosa fácil, pues los mismos alimentos poco triturados, esquiras de huesos, etcétera, producen una estenosis absoluta.

*Estenosis cicatriciales.* — Nosotros hemos observado muchas más estenosis cicatriciales especialmente de origen cáustico que de todas las otras clases.

A todas las edades se pueden encontrar estenosis cicatriciales de origen cáustico; desde la primera infancia en que un descuido de la familia permite la ingestión de un sorbo de ácido clorhídrico, y con más frecuencia, de lejía de sosa. Aun en edades avanzadas hemos observado nosotros estenosis por esta causa, pero abundan especialmente en la edad juvenil y segunda infancia.

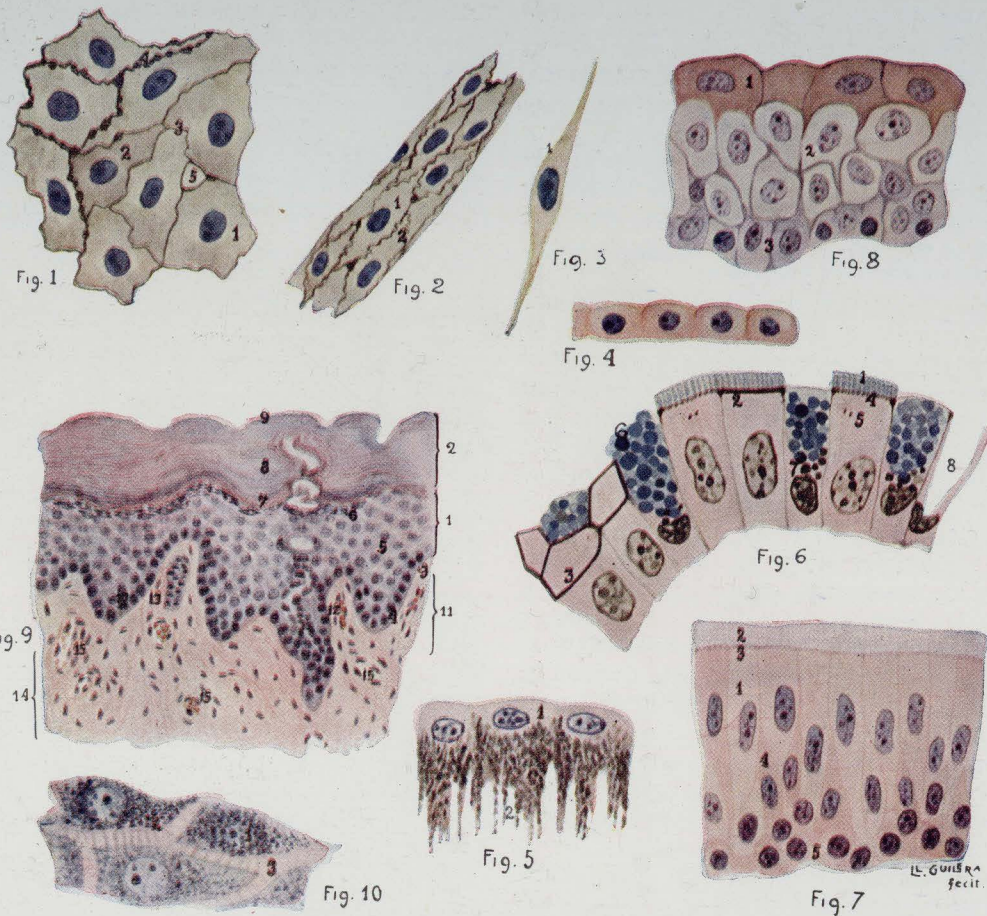
El diagnóstico lo traen hecho todos los enfermos que vienen únicamente para resolver el cuadro clínico. Hace un día, unas horas, que han tragado un cáustico y tienen todo el cuadro de choque de los primeros momentos. Ya han sido tratados con alcalinos o albuminosos, no pueden tragar, tienen fuerte dolor de garganta. Sienten quemazón en la lengua, cuello y estómago.

Si en estos momentos hacemos una exploración para hacer un diagnóstico, nos abstendremos de un examen



LÁMINA II

TEJIDO EPITELIAL



**EPITELIO PLANO: ENDOTELIO.** Revestimiento de las cavidades serosas, mesenterio y epiplon, alveolos pulmonares, interior del árbol sanguíneo, linfático y del corazón, sinoviales articulares, cara posterior de la córnea (membrana de Descemet), etc.

Fig. 1. *Mesenterio nitrato* 1. Célula poligonal endotelial vista de plano.—2. Id. más impregnada por el nitrato de plata.—3. Contorno irregular delimitado por el cemento intercelular muy impregnado por el reactivo—4. Región muy distendida en la que el cemento intercelular reviste un tipo moliniforme. Los acumulos de cemento han sido denominados falsos estomas.—5. Estoma verdadero, producido probablemente por el paso de leucocitos emigrantes.

Fig. 2. *Vaso linfático nitrato*. 1. Células endoteliales romboidales alargadas. propias del árbol sanguíneo y linfático.—2. Contorno celular, muy dentellado, típico del endotelio de los vasos linfáticos.

Fig. 3. *Célula endotelial vista de perfil*, con 1, capa superficial homogénea, brillante

**EPITELIO CÚBICO.** Plexos coroides, cápsula del cristalino, conductos circulares del laberinto, canales excretores de algunas glándulas, etc

Fig. 4. *Epitelio de los plexos coroides.* (Hematoxilina-eosina)

Fig. 5. *Epitelio pigmentario*, cúbico con expansiones, de la retina (Hematoxilina-eosina): 1. Cuerpo celular.—2. Expansiones provistas de pigmento, insinuadas entre los conos y bastones.

**EPITELIO PRISMÁTICO:**

De una sola capa . . .	{	De células desnudas (véase lámina I, fig. 7): Vejiga biliar, canales excretores de ciertas glándulas.
		De células con chapa (fig. 6): Intestino
De varias capas (fig. 7)	{	De células con pestañas vibrátiles (véase lámina I, fig. 2): Útero, trompas, senos nasales, oído medio, ramificaciones bronquiales finas.
		De células caliciformes (fig. 6): Alternantes con los dos tipos celulares anteriores.

De células desnudas: Gruesos canales excretores de las glándulas salivales, uretra masculina, conjuntiva palpebral.

De células con pestañas vibrátiles: Arbol respiratorio en gran parte, trompa auditiva, conducto deferente.

Fig. 6. *Epitelio intestinal*, de células con chapa y caliciformes. (Hematoxilina férrica de Heidenhain, eosina, azul de metilo). 1. Chapa.—2. Banda de cierre de perfil—3. Id. de frente en una célula seccionada transversalmente.—4. Gránulos basales situados por debajo la chapa—5. Centrosoma con dos centriolos. 6. Bolas de mucina desprendiéndose de una célula caliciforme abierta. 7. Granulaciones ergastoplásmicas en una célula caliciforme cerrada. 8. Célula caliciforme vacía.

Fig. 7. *Epitelio de la región respiratoria nasal.* Hematoxilina-eosina; — 1. Célula superficial, prismática, con 2, cirros y 3, corpúsculos basales.—4. Célula fusiforme de la capa media. 5. Célula redondeada de la capa profunda.

**EPITELIO POLIESTRATIFICADO DE TRANSICIÓN:** Cálices y pelvis renal, ureter, vejiga

Fig. 8. *Epitelio vesical.* (Hematoxilina-eosina): 1. Células cúbicas, superficiales. 2. Células en raqueta y prismáticas, intermedias.—3. Células redondas de las capas profundas

**EPITELIO MALPIGHIANO.** SIN CAPAS CÓRNEAS (Mucosas malpighianas): Mucosa bucal, esofágica, vaginal, cuerdas vocales inferiores, uretra femenina y porción terminal de la masculina.

CON CAPAS CÓRNEAS: PIEL Fig. 9. *Piel.* (Hematoxilina-eosina). — 1. Cuerpo mucoso de Malpighi (constituye por sí solo las mucosas malpighianas), incluyendo: 4 y 5 Stratum germinativum y spinosum—2. Capas córneas, incluyendo: 6 Stratum granulosum 7, lucidium 8, corneum verum y 9, disjunctum. — 3 Membrana basal. 10. célula del stratum germinativum en mitosis 11, extensión que ocupa el dermis papilar, con: 12, papila vascular y 13, papila táctil (con un corpúsculo de Meissner). 14, Dermis profundo con 15, vasos.

Fig. 10. *Piel* (Hematoxilina-eosina): Detalle del stratum granulosum.— 1 Núcleo celular en desintegración.—2. Esférulas de keratohialina o eleidina.—3. Puentes intercelulares.



esofagoscópico, pues con gran facilidad se producen perforaciones esofágicas y mediastinitis consecutivas.

Además, la mucosa quemada se dobla hacia abajo y las ulceraciones pueden hacerse más grandes. Es necesario dejar que cicatricen las ulceraciones y entonces hacer la exploración esofagoscópica y proceder a las dilataciones. No debemos intentarlo hasta transcurrido un mes, y a veces, dos meses.

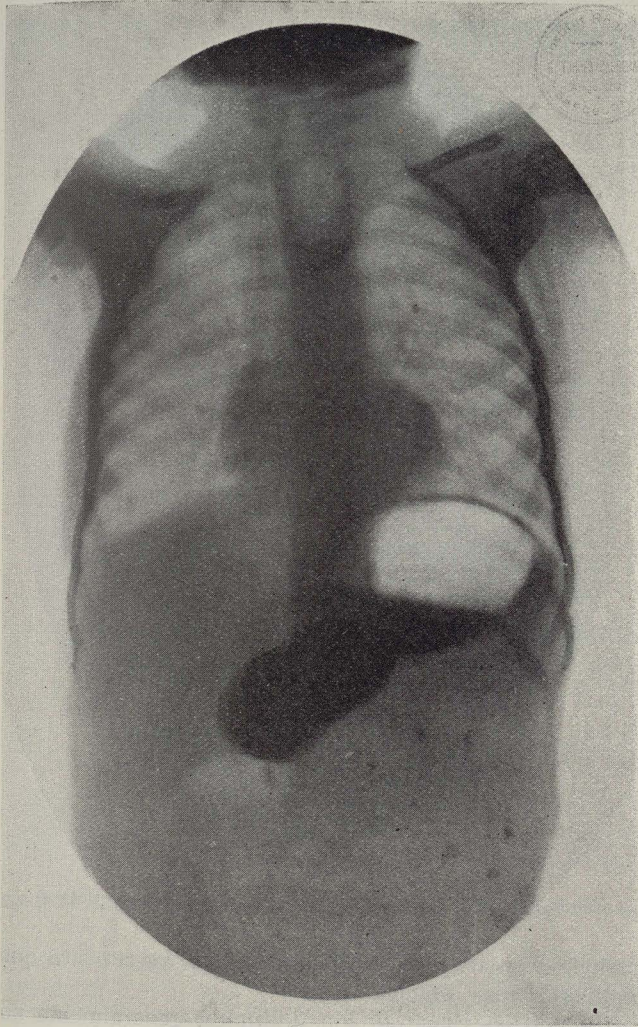


Fig. 1. - Niña de veinte meses con estenosis cáustica, datando de diez meses.

Otras veces la estenosis es antigua y de una manera discontinua el paciente se ha ido alimentando con líquidos y alguna papilla, hasta que la estenosis se ha hecho absoluta y se presenta para hacer un tratamiento. En nuestro país preocupa poco esta estenosis, especialmente en los niños, si esta estenosis no es absoluta. Hemos visto y asistido enfermos estenosados con estenosis parcial y absoluta con intermitencias. En uno de estos períodos de estenosis absoluta es cuando se preocupan del tratamiento, y a veces, a la más pequeña mejoría lo abandonan. Estas estenosis pueden ser muy acentuadas. Nosotros hemos visto estenosis que permiten con dificultad el paso de una filiforme y que tienen el aspecto de una punzada, a pesar de lo cual tragan los líquidos con facilidad; cuando la estenosis permite el

paso de una sonda del núm. 25 pueden pasar todos los alimentos sólidos. Nosotros sólo hemos visto un caso de impermeabilidad absoluta que fué franqueada posteriormente.

Las estenosis absolutas intermitentes son producidas por la esofagitis determinada por la fermentación de los alimentos retenidos; unos días de calma vuelven a hacer permeable la estenosis.

Un gran inconveniente para la curación de estas lesiones es que las estenosis sean múltiples y situadas en diferentes planos de la línea media en forma excéntrica. En estos casos no hay más remedio que dilatar progresivamente las estenosis, aunque si se pueden franquear todas las estenosis en cada sesión, la curación es más rápida, además de que las dilataciones son más permanentes.

Si la estenosis es valvular es más curable que si es tubular; las cicatrices son muy resistentes si las estenosis son cáusticas y la dilatación debe hacerse con mucha paciencia. Nosotros, contrariamente a lo que ha encontrado GUISEZ, hemos visto un gran número de estenosis del tercio medio del esófago, del nivel de la bifurcación bronquial y del cayado aórtico; en cambio hemos encontrado pocas estenosis del cardias, y pocos casos con las lesiones típicas simultáneas de boca del esófago y cardias.

Hecho el diagnóstico por *radio'ogía*, *radioscopia* y *esofagoscopia* debemos empezar el tratamiento valiéndonos de las dilataciones progresivas por medio de sondas numeradas.

Si la estenosis es muy acentuada, el paso de una bujía a ciegas es muy difícil; la bujía se encalla en un fondo de saco o choca con la válvula cicatricial. El único sistema que da buenos resultados es el sondaje por dentro del tubo esofagoscópico bajo la comprobación de la vista. El paso de la primera filiforme es el punto culminante del tratamiento; franqueada la estenosis, los sondajes siguientes son más fáciles; pasada una filiforme y dejándola durante unas horas o un día ya no es difícil el paso de bujías más gruesas. Nosotros hemos tenido que recurrir a las bujías filiformes de uréter para permeabilizar una estenosis muy marcada.

En algún caso hemos tenido grandes dificultades para pasar la primera bujía; recordamos el caso de una joven con estenosis cáustica por lejía de sosa que databa de diez meses y había sido tratada por un compañero con dilataciones sucesivas que la permitían únicamente el paso de líquidos y alguna vez de semilíquidos. Para completar la dilatación se le hizo una electrolisis y desde aquel momento la estenosis fué absoluta. Hacía ocho días que no tomaba ningún alimento cuando nosotros la hicimos una esofagoscopia; una brida cerraba la entrada del esófago, la seccionamos y entró el tubo cinco centímetros dentro del esófago. Una cicatriz lineal transversal no dejaba paso a las bujías. Fué imposible franquear la estenosis y acordamos que se le hiciese una gastrostomía.

Por vía gástrica directa se alimentó durante seis meses y se nutrió bastante. Cuando volvimos nosotros a verla se había intentado hacerla tragar una seda con perdigones, pero no pasaba de la faringe. Intentamos nosotros pasar una bujía, y después de varias tentativas pasó una filiforme de uréter en medio de dos bujías



gruesas, dejamos 24 horas la bujía y al día siguiente pasó una sonda ureteral de un milímetro y medio; la dejamos permanente y así fuimos aumentando el calibre hasta pasar bujías de 29 y 30 con varias esofagoscopias. Dejamos cerrar la fístula gástrica para facilitar la alimentación por vía natural, pero esto no fué posible, pues si bien la enferma se alimentaba por medio de la sonda bucal núm. 20, que ella misma se ponía, no sabía deglutir líquidos ni sólidos, ni pastas; así vimos como después de pasar una sonda del núm. 29 no tragaba un sorbo de agua, cuando pasan toda clase de alimentos desde el momento que pasa una sonda del número 26.

Esta enferma con estenosis producida por la sosa, que le dió involuntariamente uno de la familia, era de un temperamento neurótico exaltado; el paso de cada sonda era un paso de comedia y a veces de drama. Este problema final de los constrictores de la faringe no sabemos como lo resolveremos. Creemos que al fin tendremos que enviarla a un instituto de psicoterapia.

Otro enfermo con estenosis cáustica por ingestión involuntaria de sosa, con estenosis muy acentuada, fué resuelto de modo distinto. Este paciente, de Canarias, inmediatamente después de la ingestión del cáustico marchó a Inglaterra. Allí le hicieron inmediatamente una esofagoscopia, cosa que no debe hacerse nunca, y perforaron el esófago y el bronquio. Lo alimentaron por medio de una fístula gástrica y lo mantuvieron inmóvil cuatro meses, con prodigalidad de morfina. Dejaron a los seis meses cerrar la fístula, y se alimentó por vía natural, tragando, engullendo, deglutendo los líquidos a pequeños sorbos, y con intermitencias de obstrucción absoluta. Tenía periódicamente vómitos y hemoptisis. A los 19 meses, decidido a resolver su caso lo pusimos en tratamiento por indicación del Dr. PUIG SUREDA.

Por esofagoscopia sólo pudimos vencer una obstrucción absoluta a nivel de la bifurcación bronquial que al hacer presión con el tubo provocaba una disnea intensa, tos y expectoración purulenta.

No fué posible hacer pasar ningún cateter. Acordamos que se le hiciese una gastrostomía, y a los pocos días y después de varios ensayos pasó una seda con perdigones que fué recogida por el Dr. PUIG con uretroscopio por la fístula gástrica. Entonces la cosa fué muy sencilla. Diariamente pasábamos sondas de mayor calibre que dejábamos permanentes. Al llegar al calibre núm. 16 pasamos un tubo de goma muy estirado, que al dejarlo dilató a presión la estenosis.

Al mes y medio comía de todo y el mismo se pasaba las sondas del núm. 30. La fístula gástrica se cerró sola rápidamente.

Una esofagoscopia posterior nos reveló un abultamiento de la pared esofágica a nivel de la bifurcación bronquial, que al hacer presión sobre ella determinaba disnea y tos. Era un absceso periesofágico con comunicación bronquial.

Dos radiografías muestran espléndidamente el estado del esófago antes y después de la intervención.

Muchos otros casos son más sencillos de tratar. La mayoría permiten el paso de los líquidos y son permeables a la sonda. Todos estos mejoran con dilataciones

sucesivas y repetidas cada 2 o 3 días, y facilita mucho la curación el dejar la sonda permanentemente mientras el enfermo la tolere. A veces no protestan en las 24 o 36 horas y entonces es cuando se puede actuar rápidamente, pues la ostemia está siempre abierta y el paso de los catéteres es muy fácil.

Las estenosis cicatriciales tubulares son más difíciles de vencer; pero siempre hemos visto que se han

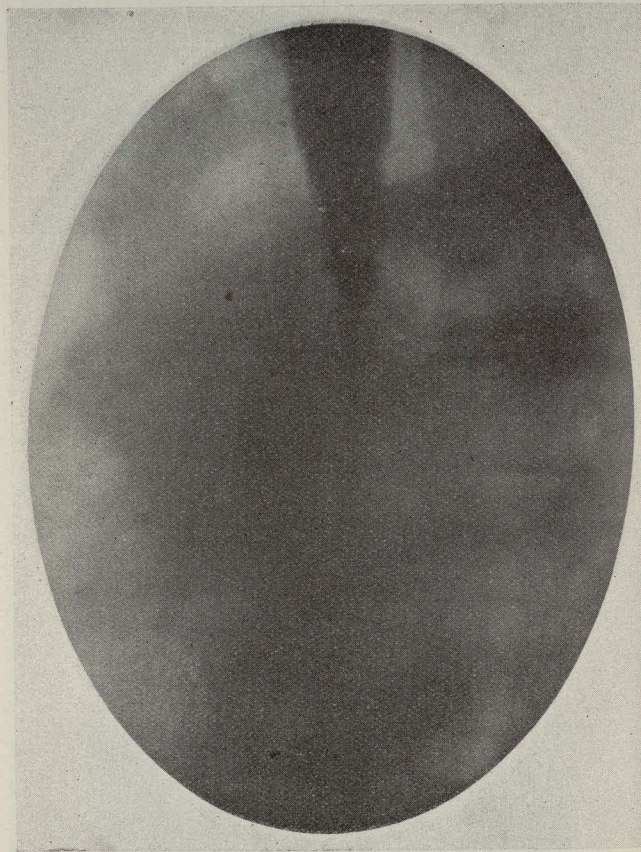


Fig. 2. - Manuel T. - Radiografía hecha antes de la dilatación esofágica.

resuelto con el paso de los catéteres; únicamente que requieren más tiempo.

Cuando las estenosis son múltiples, generalmente no tienen el mismo calibre, y suelen ser más difíciles de franquear las estenosis bajas que las altas; pero creemos preferible hacer la dilatación conjunta de las dos estenosis, a obrar parcialmente sobre una sola; no sólo se gana mucho tiempo, sino que a veces, con dilataciones no simultáneas es imposible curar la estenosis primera. La sonda tiene que llegar todos los días al estómago o al menos al cardias.

La alimentación a medida que lo permite la dilatación es favorable a la curación, pues provoca dilataciones repetidas durante el día. En Bradford, en la exposición de instrumentos en el Congreso de médicos ingleses, vimos unas espiras de diferentes calibres, metálicas, que al dejarlas adquirirían un grueso muy superior al que tenían al introducirlas a presión y cuyo objeto era el de ser dejadas en el sitio estenosado del esófago, por dentro del esofagoscopio y por medio de una varita colocarlas en su sitio. La presión elás-



tica que ejercen en la estenosis facilita en gran manera la curación.

Nosotros no hemos usado nunca este sistema y no sabemos si es soportable por el enfermo. Hemos usado el caucho por su poder elástico.

Las estenosis vuelven a producirse después de largo tiempo de curadas si intermitentemente no se pasan sondas del último calibre tolerado. Para hacer perma-

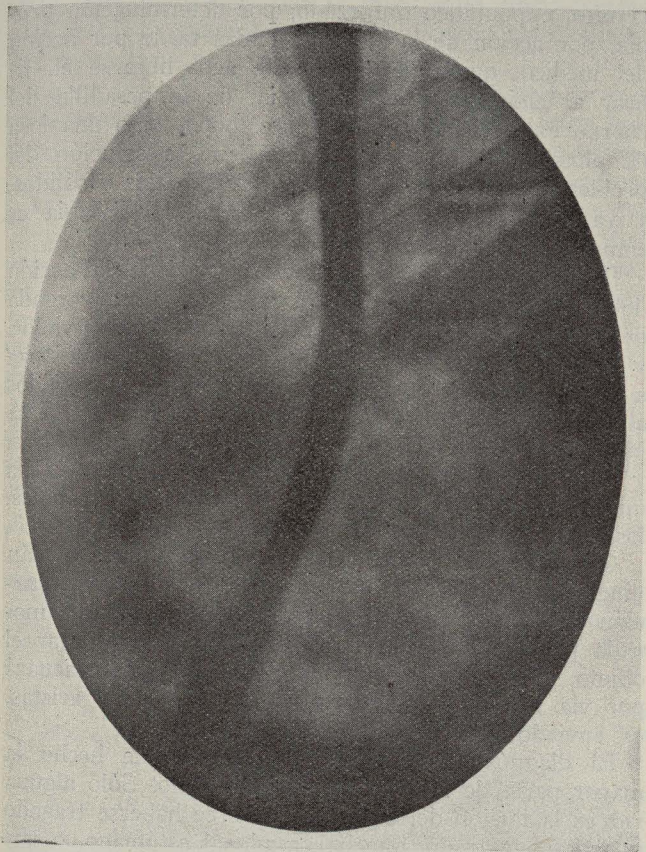


Fig. 3. - Manuel T. - Radiografía hecha dos meses después de la primera curación.

nente una dilatación no hay otro sistema que dilatar con tubo rígido una estenosis cuando ya las sondas han obrado suficientemente. Una esofagoscopia final estira violentamente las fibras cicatriciales haciéndolas perder el poder elástico y la facilidad para la contractura.

Otra variedad de estenosis cicatriciales puede presentarse, además de las cáusticas, y son las producidas por ulceraciones diversas y por esofagitis.

Todas requieren el mismo tratamiento. Tendremos siempre presente que las ulceraciones sifilíticas y tuberculosas no deben tocarse mientras no estén cicatrizadas. Estas lesiones son muy poco frecuentes, especialmente las sifilíticas. Nosotros, de una manera cierta no hemos visto ningún caso. Algo menos escasas son las lesiones tuberculosas; en la historia de estas lesiones se publican muy pocos casos. Nosotros hemos visto un caso comprobado y otro que no hemos podido comprobar.

El primero de dichos casos se refiere a una anciana de sesenta años que padece hace meses molestias al

deglutir; últimamente las molestias se han acentuado y casi no pasa alimento y tiene con frecuencia regurgitaciones.

Practicada una esofagoscopia encontramos en el primer tercio del esófago diversas bridas y cicatrices, alguna de ellas cierra la mitad de la luz del esófago en forma valvular; los dos tercios inferiores están completamente libres. Nosotros creemos que son cicatrices luéticas y recomendamos un examen de sangre.

Al día siguiente la enferma muere en forma sincopal.

La autopsia nos muestra unos pulmones con unas cavernas tan grandes, que casi ni quedaba tejido para la respiración, un hígado grande, un organismo sin grasa, una verdadera caquexia. Aquellas lesiones tuberculosas tan intensas y extensas nos explicaron el porqué de la muerte de la enferma que, sin una intervención violenta, por el solo hecho de una esofagoscopia en posición sentada y sin anestesia producía o determinaba la muerte como la gota de agua que hace derramar el vaso. Otro caso, probablemente de la misma naturaleza, es el de un joven que hace muchos meses está con una disfagia acentuada, vómitos y regurgitaciones, hasta el punto de que muchos días no puede alimentarse ni con líquidos. Una esofagoscopia nos muestra pequeñas cicatrices en forma de repliegue en el tercio medio del esófago que no pueden producir aquella estenosis y si un espasmo. El paciente relata una historia de fatiga y angustias con descanso insuficiente y mala alimentación que le provocaron una enfermedad por cansancio y con ella la disfagia, que ha ido acentuándose. El enfermo está desnutrido, excitado, tiene fiebre casi todos los días, siente mucha debilidad, con el sistema nervioso muy deprimido y una idea fija.

Posteriormente hemos sabido que el paciente está peor y casi no puede tragar nada.

El estado deplorable del paciente, el aspecto de las cicatrices o repliegues nos hace pensar en una probable estenosis tuberculosa que determina un espasmo.

Los espasmos del esófago, generalmente del cardias, algunas veces de la entrada del esófago, pero nunca del trayecto esofágico, aparte los casos de estenosis, se caracterizan por su acción, generalmente intermitente, por la gran bolsa esofágica o faríngea que produce la retención y por la esofagitis concomitante que acaba produciendo una verdadera estenosis esclerosante. El tratamiento consiste en la asociación de las dilataciones con la atropina. Curan casi todos los casos si se hacen las dilataciones por medio de tubos rígidos de esofagoscopia; con bujías se logran éxitos pasajeros muchas veces. Nosotros hemos visto un caso en que la estenosis se producía cada 8 días y duraba 2 o 3 días el cual se curó con dicho tratamiento. Otro enfermo de setenta y siete años en el que por esofagoscopia sólo encontramos esclerosis de las paredes esofágicas en los dos tercios inferiores, consecutiva a espasmos pilóricos, mejoró rápidamente con inyección diaria de atropina y esofagoscopia cada diez días.

La esofagoscopia es el único elemento de diagnóstico y tratamiento que nos ilustra y proporciona éxito. Al propio tiempo es de una gran inocuidad y nosotros solemos hacerla sin ninguna anestesia, especialmente en los niños, que la soportan sin ninguna molestia.



Incluso hemos esofagoscopiado niños de un año y medio durante largo rato sin anestesia, y no han hecho ninguna protesta. Es mucho mejor tolerada por los niños por la flexibilidad del cuello que les permite la extensión sin ninguna fatiga.

Otro grupo de estenosis es el que comprende las tumoraciones esofágicas.

Una de las causas más frecuentes es el cáncer del esófago; las demás tumoraciones producen un escaso número de estenosis; sólo algún pólipo o algún fibroma se encuentran al explorar el esófago. Nosotros no hemos visto ningún sarcoma ni otra clase de tumor maligno más que el cáncer. Hemos visto una vez un angioma que sangraba con gran facilidad.

De los carcinomas hemos visto el tipo vegetante con glóbulos córneos, de epitelio pavimentoso más frecuentemente que el cirroso. Este tiene la localización casi exclusiva de cardías.

Un cáncer de esófago que comienza con la sintomatología de un espasmo, cuyas crisis son cada vez más frecuentes, llega a producir estenosis muy acentuadas de esófago hasta imposibilitar la alimentación del paciente, acabando por inanición; en general la estenosis no es completa y nunca vemos producirse el megaesófago de los espasmos.

La localización es variable y nosotros hemos visto localizaciones desde la entrada del esófago hasta el cardías. Son generalmente vegetantes, o cuando menos ulcerosos, sangran en pequeña cantidad pero de un modo casi permanente, son poco dolorosos y aumentan lenta y progresivamente.

Es una localización del carcinoma de las más malignas y difíciles de tratar. Se han ensayado toda clase de instrumentos para hacer aplicaciones de radium. Nosotros, después de utilizar un tubo de plomo filtro unido a un vástago graduado, hemos vuelto, por ser mejor tolerada, a la inclusión del tubo de radium a la extremidad de una seda sujetándolo in situ mediante un taponamiento de gasa. De este modo llega el paciente a tolerar el radium 24 horas, 36, 48 e incluso un enfermo lo toleró 70 horas. No hemos visto nunca ningún resultado en las aplicaciones de radium hechas a enfermos que seguían ingiriendo los alimentos por vía natural. Para que el radium actúe es necesario que el esófago esté en reposo absoluto y la neoplasia no sufra ninguna irritación.

Antes de hacer un tratamiento con radium hemos de hacer una fístula gástrica para alimentar al paciente y entonces podemos hacer las aplicaciones con mayor corrección y libertad. Los resultados obtenidos en los pocos casos que hemos tratado, son de marcada mejoría por esclerosis del tejido neoplásico, que se mantiene por espacio de uno o dos meses, que es cuando debe repetirse el tratamiento. No hemos visto ninguna curación y el enfermo que ha durado más desde el principio del tratamiento ha sido de poco más de un año.

La obstrucción del esófago por *corpos extraños* forma un grupo aparte un poco complejo. Un cuerpo extraño produce muchas veces obstrucción o estenosis esofágica; pero no es sólo este síntoma el que induce al paciente a tratarse; es el dolor, la profunda molestia que le ocasiona. Además, el cuerpo extraño, aunque

no produzca obstrucción es causa de complicaciones diversas, abscesos periesofágicos y perforaciones.

La deglución de un objeto no acostumbrado a la manera natural de vivir y que puede ocasionar trastornos en el organismo, provoca en el paciente y en sus allegados una intensa crisis de nerviosismo que al médico le es difícil de corregir y sustraerse incluso a la misma impresión. Todo cuerpo extraño detenido en el esófago provoca en el enfermo la necesidad del vómito, espontáneo o forzado, por determinación propia, por acción de la familia, y más tarde por acción del médico, que espera con este acto librarse él, librar al enfermo y a la familia, de la pesadilla del cuerpo extraño que pesaba sobre todos como una losa de plomo. Si el vómito no consigue la solución del problema, se intenta la deglución de líquidos y sólidos, y ya la cosa no es tan fácil porque la disfagia es común en estos casos.

Después de todas estas tentativas viene la acción del médico, el cual encuentra una atmósfera cargada de ansiedad, esperando al médico como a un salvador, y el médico, que tiene que obrar a ciegas, comienza a utilizar la serie de aparatos más o menos apropiados al caso, generalmente todos de ninguna utilidad. Una pinza larga y curvada, etc., o bien las olivas esofágicas, y entonces intenta hacer bajar abajo lo que no ha querido retroceder y vienen los sondajes, las presiones, los enclavamientos, las perforaciones y desastres.

Generalmente, todas estas manipulaciones no dan ningún buen resultado, y entonces viene la determinación suprema: Si el cuerpo extraño es romo, una moneda por ejemplo, muchos médicos acuerdan dejar el objeto, pues cuando el niño será mayor ya se evacuará por vía intestinal. Si el cuerpo extraño tiene aristas, es enviado al especialista.

El diagnóstico de cuerpo extraño viene hecho la mayor parte de las veces por el enfermo. Sólo alguna vez es la ilusión del enfermo que cree haberse tragado un cuerpo extraño, que ha pasado al estómago, o que no ha sido deglutido, y el espasmo esofágico produce la sensación de un cuerpo extraño.

Un cuerpo extraño detiene el bismuto total, o parcialmente; detiene siempre una oblea de bismuto. Si es metálico puede verse perfectamente por medio de la radiografía. La esofagoscopia es un buen medio de diagnóstico, y casi único de tratamiento, pero no debemos practicarla sin tener antes una orientación radiográfica o radioscópica de su localización, pues de lo contrario nos exponemos a pasar por delante o por detrás del cuerpo extraño sin verlo, debido al moco, saliva, posición del paciente, sitio donde está detenido, a pesar de los espejos más teóricos e ingeniosos que idean los maestros y casas constructoras.

Al pasar un tubo por encima de un cuerpo extraño y hacer presión sobre él, el paciente, aunque sea un niño pequeño, aqueja una molestia que no demuestra cuando no se ejerce presión sobre el objeto buscado. Por otra parte, la esofagoscopia es tolerada perfectamente bien por niños de pocos meses. Recordamos el caso de un niño de año y medio que vino con un cuerpo extraño, un hueso de ave, un omoplato, en el cual no pudimos orientarnos por radioscopia e hicimos directamente la esofagoscopia. Debido a que hacía mu-



chos días que llevaba el cuerpo extraño, al moco, saliva, edema, pequeño calibre del tubo, etc., que dificultaban en gran manera la visión, que después de tres cuartos de hora de examen íbamos a dar por terminada nuestra misión por creer que no había tal objeto, cuando lo encontramos en el punto de la bifurcación bronquial y pasábamos por encima de él sin verlo. Sólo el enfermo aquejaba un sufrimiento que no notaba cuando estábamos en la porción del esófago. El cuerpo extraño, que no pasaba por el tubo, salió, junto con el esofagoscopio, maniobra que nos hemos visto obligados a practicar con frecuencia.

La salida de un cuerpo extraño es esperada con tanta ansiedad por la familia, que el médico tiene que hacer un esfuerzo máximo para no cometer imprudencias desde un principio. Ningún médico debe intervenir a ciegas en ninguna ocasión para extraer un cuerpo extraño; unas horas no perjudican al paciente, ni casi unos días; unas maniobras intempestivas ocasionan males irreparables. Nosotros hemos visto tres grandes perforaciones esofágicas producidas por una prótesis dentaria, impulsada con una sonda hacia el estómago no iba al estómago y sí al mediastino.

En cambio, con esofagoscopia es muy difícil producir perforaciones. Nosotros, en los centenares que llevamos hechas sólo recordamos un caso en que evidentemente producimos una perforación. Se trataba de un joven que desde la infancia tenía una estenosis esofá-

gica, cuidada. Hacía unos quince días que se le había enclavado un hueso en el sitio estenosado y su médico le pasaba cada día una sonda. Al intentar nosotros la esofagoscopia con un nuevo modelo, vimos simplemente muchas fungosidades que sangraban en abundancia, en la entrada del esófago. El enfermo se quejó de un dolor fuerte, y retiramos el esofagoscopio; instantáneamente se produjo un enfisema del cuello, señal de perforación; dimos inyecciones de morfina al enfermo, que salió disparado sin que lográsemos retenerlo y después de diez días supimos que se encontraba en período agónico en pleno enfisema.

Por eso nosotros somos partidarios de no modificar instrumental ni técnicas para hacer esofagoscopias, pues es siempre necesario un completo dominio del instrumento al hacer estas intervenciones. Además, debe examinarse mucho el estado de la faringe y esófago antes de introducir el tubo.

Hay dos grupos bien diferenciados de cuerpos extraños: Los que deben extraerse por medio de esofagoscopia y los que no deben extraerse con esofagoscopia.

Todos los objetos deben extraerse con visión directa menos las monedas. Hay un sinnúmero de instrumentos apropiados a cada modalidad de cuerpo extraño incluso para los más especiales y variados, pero todos los cuerpos extraños requieren ser vistos así como la posición que ocupan en el esófago. Averiguado esto, haremos la extracción según corresponda en cada caso, y no detallamos aquí porque sólo tratamos el tema de una manera general. Muchas veces una pinza fuerte es suficiente para extraer los más variados objetos; pocas veces salen por dentro del tubo; deben salir junto con el tubo esofagoscópico.

La segunda variedad son las monedas, que siempre están detenidas en el mismo sitio: la entrada del esófago. La radioscopia las descubre inmediatamente. La esofagoscopia las diagnostica difícilmente; no salen nunca con esofagoscopia y salen siempre con el gancho de Kirmison, tomando las siguientes precauciones: primera, que la moneda esté; segunda, que la cabeza del paciente esté en flexión; tercera, no abrir la boca con abre-bocas; y cuarta, introducir el gancho mirando hacia adelante. Sólo tres segundos son necesarios para extraer una moneda, y generalmente, un mordisco en el dedo es el pago del enfermo.

Hace pocos días nos encontramos con un caso difícil enviado por un querido compañero que había hecho diversas tentativas. Nosotros salimos del paso, después de muchos intentos, anestesiando al niño, de tres años, con cloroformo; no poniendo el abre-bocas a pesar de que mordía escandalosamente, e introduciendo el gancho al revés. Todo esto fué necesario, porque el gancho no cogía, aprisionaba la moneda, en presencia de la cual nos explicamos el hecho: Era una peseta falsa, más delgada que las corrientes y estaba completamente aplanada contra la pared posterior del esófago, y el gancho pasaba por delante sin lograr extraerla.

Hechas estas consideraciones generales sobre un tema tan amplio, vasto y procurando fijar sólo algunos detalles importantes, damos por terminado este trabajo, que queda muy incompleto a pesar de ser excesivamente extenso.

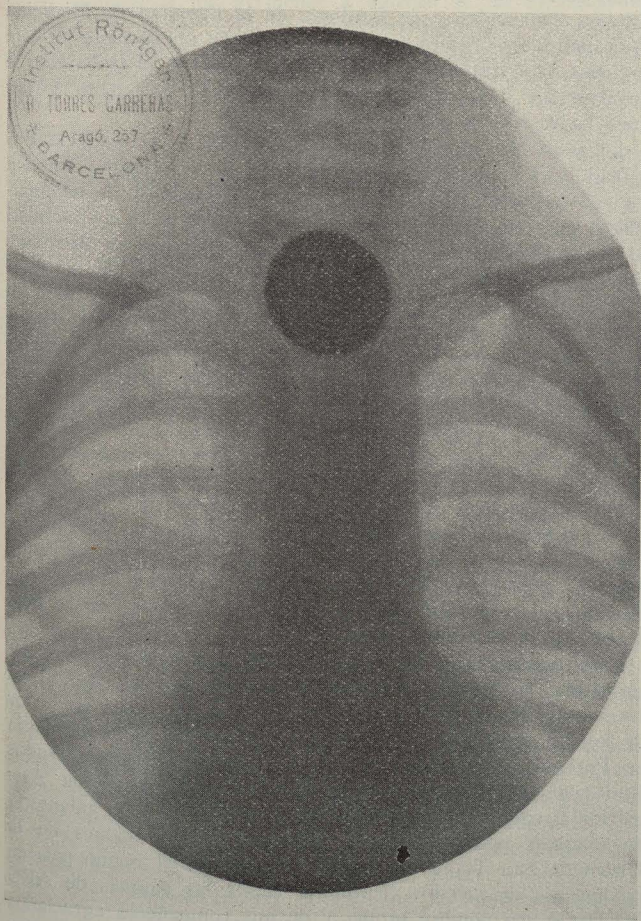


Fig. 4. - Moneda en el esófago.