

Dr. Sergio Lasso Meneses

Estrechez del Esófago

Síntesis de la Conferencia sustentada ante la A. M. Q. de Quito y en el Salón de Higiene de la Universidad Central

Dentro del programa anualmente desarrollado por la Asociación Médica de Quito, y en su Calendario de trabajos y disertaciones, consta mi nombre; ésta es la razón por la cual vengo en esta fecha señalada con algunas observaciones de clientela privada, para someterlas a vuestra ilustración y elevado criterio.

Para entrar en materia, séame permitido refrescar los conocimientos anatómicos: del esófago diré: es un conducto músculo membranoso, aplanado en el sentido antero posterior, colocado longitudinalmente detrás de la tráquea, delante de la región pre-vertebral y encargado de transmitir los alimentos desde la faringe hacia el estómago.

El cartílago cricoides, el cuerpo de la 6^a vértebra cervical o 15 centímetros medidos desde la arcada dentaria, señalan su iniciación: ahí está la boca del esófago. La 1^a vértebra dorsal y la 7^a articulación condro-esternal izquierda son miras de su final, de su esfínter terminal, del epicardios .

La longitud y el calibre de este conducto guardan proporción: 5, 16 y 2 centímetros de longitud por 15,22 y 16 milímetros de calibre. Estas dimensiones, el borde superior del esternón y el diafragma, quizá dieron razón a la Escuela Francesa para dividir topográficamente el esófago en tres zonas y estudiarlas separadamente.

La dirección de este conducto no es de impecable verticalidad. Se dobla hacia adelante, tanto a la izquierda como a la derecha; sale de la línea media como esquivando el eje; he ahí la razón por qué algunos cirujanos lo buscan por la derecha y otros lo atacan por la izquierda.

Organo muy relacionado está siempre detrás de la tráquea; ambos guardan relaciones mediatas y se codean con la aorta, las venas ácigos, el conducto torácico, el recurrente izquierdo, los dos neumogástricos, etc., etc.; y digo relaciones mediatas, porque estos órganos del mediastino posterior se aflojan de las pleuras y de sus nobles vecinos merced al laxo tejido circundante y a su gran elasticidad.

En mis lecciones de Anatomía Aplicada, más de una vez insistí en el paralelo morfológico de ciertos órganos; dije entonces y ahora me ratifico, que no es el cadáver la única fuente de investigación y estudio del anatomista; a los datos obtenidos en los tejidos muertos, estáticos, transformados por los medios de conservación, hemos de añadir otros más completos, más precisos y que nos enseñan las formas in-vivo. En tratando del estómago y del esófago recalqué la valía de los estudios radiológicos y fotométricos.

El esófago lleno y en posición daría la forma de una salchicha de 26 centímetros de longitud, con más de cien centímetros cúbicos de capacidad y con tres escotaduras correspondientes a sus naturales estrecheces.

Al seccionar el esófago se advierten sus dos capas: la muscular con la orientación de sus fibras y la mucosa medio separada de aquella por la celulosa. Estructura valiosísima para la explicación de ciertos fenómenos.

En este instante afluyen a mi mente con intensa asociación las ideas de la Escuela Rumana de Turnesco acerca del mesenterio: los estudios del simpático en el estómago y esófago, del gran Leriche y recuerdo con viveza las palabras de Laignel Lavastine: "hay que separarse un momento de la descripción anatómica y hacerlo **pensando fisiológicamente**"

Os invito señores a proceder así; veamos en el esófago un órgano ya contráctil o dilatado y dueño de sus fibras así lisas como estriadas.

¿Cómo puede estrecharse el conducto esofágico? Es obvio suponerlo. Los aquí presentes lo saben mejor que yo; sin embargo, diré: cualquiera de sus vecinos exteriores ya sea por su volumen o por adherencias, aplastarán al conducto; cualquier defecto en las paredes esofágicas producirá el mismo resultado y si en su luz crece un pólipo, ingresa un cuerpo extraño o se presenta un reflejo, también se observarán identidad de fenómenos.

El estrechamiento del esófago, nos dicen los clásicos, es una disminución de calibre de este conducto, ligada a una lesión orgánica de sus paredes y susceptible de mejorar bajo la influencia de un tratamiento apropiado.

En medicina pocas veces se define, pero, he aquí una buena definición; todos los términos están medidos; por eso me he permitido escribirla en la pizarra y fijándonos en ella, ya podemos eliminar el cáncer, los espasmos y las compresiones de vecindad.

ETIOLOGIA

Descartadas las antedichas causas, prescindo de algunas divisiones y subdivisiones de los autores, paso a enumerar las más generales, a saber:

Cáusticos.—Sean éstos ácidos, bases o sales, el hecho es que hay similitud en la acción. Aclararé con un caso: algunos años há, cuando estuve de guardia en uno de nuestros hospitales, fui llevado de urgencia a la carrera Ambato. Una señorita había ingerido tres pastillas de sublimado. Llegué una hora quince minutos después del incidente. Introduje un tubo de Faucher en el estómago y practiqué un gran lavado con leche, a continuación introduje seis claras de huevo y retiré el tubo. Hice todo lo aconsejado en tales envenenamientos y la citada señorita mejoró; tuvo algunos días signos de nefritis y persistió una cialorrea y una disfgia por mucho tiempo. Tuvo signos de estenosis esofágica por espacio de ocho meses y al fin curó.

Traumatismos externos.—Cualquier trauma en la región cervical puede producir estrechez en el esófago. Algunos pugilistas han presentado temporalmente el fenómeno. Las heridas de guerra, sean producidas por armas blancas o por proyectiles, y aun cuando no hayan perforado el esófago, han producido estrecheces cicatriciales. Las últimas publicaciones americanas lo comprueban.

Líquidos hirvientes.—Junto a los cáusticos y a su tremenda acción química, deberíamos colocar esta otra causa

de esofagitis aguda. Ha llegado hasta mis manos una publicación con una estadística de jóvenes ingleses que por haber ingerido té hirviendo fueron atacados de esofagitis y algunos presentaron el cuadro de la estrechez.

Hielo seco.—Conocida de todos es la acción de este poderoso medio. Nuestra gente poco educada y nada conocedora del hielo seco, ha usado más de una vez para reemplazar al hielo ordinario. He visto dos casos de enorme escara a causa de haber usado una bolsa de hielo seco sobre el vientre.

Hay necesidad de educar especialmente a nuestros niños quienes juegan haciendo cigarritos de papel con hielo seco e introduciéndose en la boca para gozar con el humo desprendido. Asistí una vez a la ingestión de un trozo del mencionado hielo que adherido a la mucosa esofágica terminó por ulcerarla, experimentando el muchacho las consecuencias de su imprevisión e ignorancia.

Cuerpos extraños.—Las víctimas preferidas, por así decirlo, por los cuerpos extraños, son los niños y los alienados. Broches de camisa, alfileres, imperdibles y muchísimos otros objetos han causado gravísimos trastornos por idénticos mecanismos.

Traumatismos internos.—Así los llamo para diferenciarlos de los externos, a las faltas cometidas sea para la exploración o para la extracción de cuerpos extraños. La falta de técnica en el empleo del extractor de Kirmisson o el uso de olivas han determinado inflamaciones y erociones las que han producido estenosis del conducto.

Esofagitis aguda.—Las grandes infecciones como la tifoidea, erisipela, difteria, escarlatina, viruela, herpes, etc., etc., juegan papel importantísimo en la afección que nos ocupa, como lo demuestran las estadísticas de casi todas las latitudes.

Esofagitis crónica.—El origen de ciertos estrechamientos lo tendríamos en la sífilis, tuberculosis y actinomicosis. Salta a la vista esta causa etiológica y no hace falta ni explicación semiológica.

Úlcera simple del esófago.—Consultando alguna literatura médica me encontré con los estudios de Debove y Renault y una tesis de Benez quien reunió 15 observaciones. He querido solamente hacer una cita y me reservo para el instante de la discusión.

ESTUDIO CLINICO

Interrogatorio.—Como en pocos casos, el interrogatorio le servirá al médico, máxime si topa con una persona de regular cultura. Los antecedentes personales, los episodios agudos con sus síntomas salientes nos darán el esquema anatómico y podremos reconstruir desde la esofagitis aguda hasta el período de estado en el que encontraremos los siguientes síntomas:

Cialorrea.—Síntoma inconstante en la esofagitis y muy marcado cuando se trata de un cáncer en evolución o cuando se trata de espasmos. Algunas veces a este síntoma se añade el mal aliento y un olor sui géneris cuando hay epi- telioma.

Dolor.—Algunas veces falta o se presenta solo en los momentos de la deglución y es fijo y variable según los sitios de localización, en los casos de úlceras y cáncer.

Disfagia.—Este si es un signo infaltable; en muchos casos se presenta intermitente desde el período de iniciación hasta el de estado, diferenciándose en el cáncer, en donde va en rápida progresión creciente.

Regurgitación.—Después de la cialorrea a veces solo nocturna suelen presentarse de tiempo en tiempo regurgitaciones sin náuseas, casi sin esfuerzo, poco abundantes y ordinariamente alimenticias.

Vómitos esofágicos.—Cuando el esófago se distiende retiene alimentos; estos fermentan y por encima del obstáculo se forma algunas veces atro estómago; tal la cantidad de materiales devueltos al exterior en aparatosa convulsión.

Hemorragias.—Aparte de las que se presentan prematuramente en los casos de tumores malignos, también son dignas de atención las hemorragias a veces espontáneas, o provocadas por el vómito en los casos de grandes erosiones, soluciones de continuidad de la pared, en los infartos de la mucosa o después de repetidos o mal ejecutados cateterismos .

ESQUEMA ANATOMO PATOLOGICO

¿Qué grado tiene la estrechez? Con nuestra fantasía contestaremos a la pregunta y nos diremos: si es ligera la estrechez apenas existirán granulaciones hacia la luz del conducto; si es grande y profunda, supondremos también alteración similar en el conducto el que aparecerá como manga de saco invertida.

¿Cuál el sitio de la estrechez? Pensaremos al momento en la ley de Andral y Hunter: el estrechamiento en general se hace en los extremos del conducto y yo completaría: los cuerpos extraños se quedan en el estrechamiento bronco - aórtico.

¿Qué número de estrecheces hay? Von Hacker presentó una curiosa estadística de estrecheces en cuya lista se encuentra: la **única**, más frecuente y la **múltiple**, más rara.

Medición de la estrechez.—Antes de practicar la medición por los métodos corrientes, tendremos presentes los datos de Anatomía Aplicada; y antes de buscar la extensión de la estrechez, con nuestra imaginación seguiremos las complicaciones locales que pueden presentarse y los órganos cuya función puede menoscabarse.

DIAGNOSTICO

Todos sabemos cuán necesario es el diagnóstico y sin fijarlo no se pueden dar indicaciones a conciencia. El diagnóstico de probabilidad lo fundamentaremos en el interrogatorio, en los síntomas arriba enumerados y en nuestra

primera observación clínica llevada a efecto según las reglas generales.

Después de haber ejecutado nuestra inspección, palpación, percusión, auscultación, etc., iremos a las demás exploraciones físicas y combinaremos con los datos de laboratorio para sentar nuestro diagnóstico de certeza, lo más pronto posible.

Un ojo clínico sacará enorme provecho si observa adenopatías, tumoraciones o cualquier trastorno funcional en los órganos del mediastino. Un buen oído acaso percibirá el especial y cadencioso ruido del líquido que pasa a través de una estrechez, si de antemano se ha ejercitado en oír el que produce un esófago normal.

Cateterismo.—Es operación simple pero delicada y como en todos los casos, si no es especialista y si no la ha ejecutado otras veces no la podrá ejecutar con corrección y será mejor abstenerse, salvando, eso sí, las circunstancias.

El cateterismo en buenas manos dará preciosos datos y si hace falta, se recurrirá a los otros dos procedimientos: la radiografía y la esofagoscopia .

Radiografía.—En nuestros medios este procedimiento es lo más valioso, y lo más rápido. Cualquiera de nuestros radiólogos nos pondrá a tiempo sobre la pista del diagnóstico y cualquiera de nosotros sabrá pedir la interpretación de la plancha radiográfica.

Esofagoscopia.—Procedimiento precioso de diagnóstico, permite la visión y la maniobra directa y está indicado en casi todos los casos.

El esofagoscopio se ha perfeccionado tanto que se puede decir, él solo puede llevarnos al diagnóstico de certeza. No todos los cuerpos extraños interceptan los rayos X, y éstos no determinan si el cuerpo extraño está en el esófago o en la tráquea; en consecuencia, salta a la vista la diferencia .

PRONOSTICO

El diagnóstico de certeza nos llevará como de la mano al diferencial y nuestro criterio asentará el pronóstico en la

causa: cáncer, tumores diversos, cáusticos, espasmos, me- ga-esófago, dolico-esófago, divertículos diversos, etc., etc.; estas causas relacionadas con las complicaciones locales o generales darán precisión en el pronóstico.

TRATAMIENTO

El tratamiento, como es natural, ha de ser causal; algunas veces bastará el medicamentoso; en otros casos ha de recurrirse a la dilatación metódica; habrá otros susceptibles de aplicación de radium; en fin, otros serán esencialmente quirúrgicos; antes de ir a las grandes operaciones; se empleará la ESOFAGOSCOPIA que evita maniobras ciegas y operaciones peligrosas; pues las estrecheces cicatriciales infranqueables, las estenosis espasmódicas graves se curan con este medio de intervención y de exploración a la vez.

Y en los casos en donde todo ha fracasado, todavía queda la técnica quirúrgica para retirar el esófago, y reemplazarlo con otro o con el estómago del mismo paciente; es preferible una operación audaz a otra paliativa; y en el dilema de morir por cáncer o por una intervención, quizá al resolver lo segundo, por lo menos se abre las puertas a la esperanza y no se pone vallas al desenvolvimiento humano.

CASUÍSTICA

OBSERVACION I.—Voy a resumirla en pocas palabras. Se trataba de un íntimo amigo mío, era un intelectual y un artista. No obstante la delicadeza de la salud, su peso había guardado siempre relación con la talla. De improviso se inició una disfagia; cuando me consultó diagnosticué estrechez del esófago, que inmediatamente fué comprobada a los rayos X. Como la disfagia fuese aumentando rápidamente, y habida cuenta del diagnóstico fijado, indiqué tratamiento quirúrgico; mi paciente lo rechazó y me pidió que sólo le calmara los dolores y que esperaría el final pacientemente. La radiografía tomada un mes después de la primera, enseñó el calibre del esófago reducido a una pipeta capilar. Tres meses después era el esqueleto viviente que

pintara Gangolphe. Emaciado. Huesos y piel. Sus ojos vivos, perdidos en las cuencas de las órbitas, exteriorizaban toda su inteligencia y toda la angustia del que se muere de hambre. Sus oídos estaban siempre atentos a todo lo que le rodeaba sin perder un sólo detalle y conservó su presencia de ánimo y su entereza de carácter hasta el último instante. Duró seis meses doce días desde mi diagnóstico.

OBSERVACION II.—Esta observación tiene algún interés desde el punto de vista de la evolución general de los tumores.

En el Archivo del Hospital San Juan de Dios de esta ciudad y en el tomo correspondiente al primer semestre del año 1932, consta la Historia Clínica de éste mi antiguo paciente cuya copia es como sigue:

El 27 de mayo ingresó con estado general bueno, pulso normal.

La enferma relata que hace un mes poco más o menos sintió una tumoración en el seno izquierdo, pero no le ha dolido ni ha tenido ninguna molestia. Hoy siente algo de malestar y dolor.

Examen.—Seno voluminoso y colgante. Por la palpación se nota una masa dura, no adherente a los plános profundos pero sí a la piel.

No hay muchos ganglios en la axila.

Operación 20 de mayo. Extirpación de la glándula, vaciamiento total de la axila, sutura y drenaje capilar.

Operadores: Estupiñán y Lasso.

Retiro de puntos: junio 7 .

Diagnóstico post-operatorio: Cáncer del seno.

Antecedentes hereditarios y personales sin importancia .

Alta: el 14 de junio de 1932. Muy bien.

En el ocaso del año próximo pasado viene a mi consulta esta enferma. Los antecedentes quirúrgicos de hace 1 1 años, la edad y la sintomatología del momento, me deciden a diagnosticar cáncer del esófago. La radiografía comprueba mi aserto y aquí está una de sus copias. Prevenida del pronóstico, la familia provoca una junta médica y por indicación de la hermana de un distinguido colega de la Facultad, asiste también el Sr. Dr. Fisch, quien, como tiene de

clarado ya el tema de su tesis ante la Honorable Facultad de Medicina, me solicitó el caso para tratarlo con sangre placentaria y llenar así los demás puntos de su trabajo en marcha. A los allí presentes les hice observar la longitud y la nitidez del antiguo corte operatorio y como es natural cedí mi cliente ipso-facto.

OBSERVACION III.—Hace momento había hecho notar las causas de la estrechez del esófago y como para que no falte un ejemplo, esta tercera observación se reduce solamente a presentar la radiografía de un caso en el que un aneurisma de la aorta produce una estrechez. El conocido radiólogo Sr. Dr. A. Terán Costalle, dice:

"En la radioscopia del tórax, no encuentro lesiones pulmonares. El corazón está aumentado de volumen, lo mismo que la aorta ascendente y descendente, la cual presenta **dilatación aneurismática**.

El esófago, presenta una estrechez a nivel del cayado de la aorta, por encima de esta estrechez el esófago está muy dilatado y se encuentra también gran **divertículo** por tracción situado tras del cayado de la aorta y hacia la izquierda. Estos datos pueden verse en dos radiografías, una oblicua anterior derecha y en otra frontal".

El señor de la referencia vino a mi consulta privada y como en mi examen encontré que el caso pertenecía a un distinguido colega de la Facultad, me excusé de tratarlo. Las radiografías me las proporcionó el Sr. Dr. Terán Costalle .

OBSERVACION IV.—Se trataba de un joven perteneciente a una distinguida familia de la localidad. El minucioso examen clínico practicado demostró excelente estado de salud. Los exámenes de laboratorio dieron datos negativos. Previas las radiografías y las diferentes exploraciones, se llegó a la conclusión de estrechez esofágica de origen cicatricial, dilatable y alta. Un connotado especialista en Guayaquil le había pasado algunas olivas pero le dolía mucho.

Cuando inicié mi tratamiento, (sólo por amistad con la citada familia) el paciente se alimentaba nada más que con líquidos y eso tomándolos a pequeños sorbos.

Mi tratamiento fué simple y sencillo. Al interior usé a intervalos Geneserina y Atropina. Exteriormente cocai-

nizaba el paladar y me valí de una simple sonda de Thomson que traje de la Clínica Mayo. Medí la estrechez, me hice cargo de las distancias y metódicamente fui hinchando la ampolla de la sonda. A los treinta y seis días de este tratamiento cedió la estrechez. Fui distanciando los períodos de dilatación y hace un año cinco meses suspendí todo tratamiento; el enfermo se encuentra en las mejores condiciones así para ingerir alimentos líquidos y sólidos como para ejecutar cualquier trabajo.

OBSERVACION V. — Gracias a la delicadeza de la enferma, quien ha venido hasta aquí con la mejor voluntad, puedo presentar el caso cuyo tratamiento no es definitivo todavía y cuyos datos son los siguientes:

Antecedentes hereditarios: negativos.
Antecedentes personales: sólo reumatismo.

La afección se inició sin antecedentes en agosto del año próximo pasado y principió con cialorrea, náuseas, sensación intermitente de asfixia y ligera disfagia.

La primera radiografía la practicaron en setiembre de 1943 y enseñó una estenosis X. Instituido un tratamiento anti-espasmódico, cedió el accidente y la enferma volvió a la ordinaria alimentación. Pero 20 días después, bruscamente vino otra vez una disfagia, acompañada de un dolor retro-esternal y con vómitos alimenticios, sensación de fatiga y cialorrea nocturna.

Instituido el mismo tratamiento anterior, fracasó; se vuelve a practicar otra radiografía y la comida opaca se detiene encima del diafragma y demora mucho tiempo. La enferma se desnutre. La balanza acusa la pérdida de 23 libras en el lapso de 40 días. Las asfixias se le presentan con intermitencia y algunas noches se despierta y se encuentra bañada la cara y mojada la almohada por un líquido salido a través de la boca y de las fauces.

La tercera radiografía es tomada en diciembre del mismo año, con el fin de resolver definitivamente sobre el caso. Dicha radiografía enseña casi lo mismo que la anterior.

Con un nuevo tratamiento se obtiene alguna mejoría: cesan los dolores retroesternales, calman las asfixias, y el vómito se presenta menos frecuente.

En enero del presente año, el Sr. Dr. Terán Costalle, con la gentileza de amigo y sin cobrar nada a la paciente, verifica un examen y dice: "En el examen radiológico del esófago de la Sra. I. de Vergara, se observa que la papilla de contraste penetra normalmente hasta el cardias en donde se detiene, provocando una dilatación del esófago supra- cardial, una vez llena esta dilatación y de cuando en cuando pasa la comida opaca al estómago por un calibre disminuido. Los contornos de la estrechez son regulares y aún en ella se observan movimientos peristálticos. Los signos radiológicos corresponden a una estrechez parcial del cardias, probablemente de origen espasmódico".

Desde el mes de enero hasta el instante de presentarla, no ha vuelto a ser radiografiada ni se le ha hecho ninguna dilatación; el tratamiento ha sido esencialmente medicamentoso, porque la ingestión de alimentos ha ido en gradual mejoría; sin embargo, como dije al principio, no he declarado el caso curado sino en tratamiento. Y al someterlo a vuestra consideración no sólo espero cooperación de los profesionales aquí presentes, sino también una real labor social de esta nuestra Asociación Médica.

(Véase la ilustraciones y gráficas).



Nº 5.840.—p. Terán G.

Nº 5.841. — p. Terán G.



Nº 5.842.—p. Terán G.



Nº 5872
21-10-43
P. Terán G.

Nº 5.872.—p. Terán G.

