

LA ESOFAGOSCOPIA

Conformes con el programa de fisioterapia para el curso del presente año, hemos estudiado la parte relativa a la endoscopia en general y a los distintos métodos de aplicación, ya como auxiliar para el diagnóstico, ya como medio para el tratamiento de las diferentes enfermedades que suelen presentarse en la práctica.

En una de nuestras conferencias con los señores estudiantes de cuarto año de medicina, en que tuve la satisfacción de manifestarles el arsenal de que consta el broncoesofagoscopio o aparato de Brunings, vieron la facilidad de su manejo y el funcionamiento del instrumento, observaron el sistema perfecto de iluminación de dicho aparato y la clase de movimientos que podía darse al espejo; constataron la serie de tubos endoscópicos, espátulas e internos y además los tubos perforados que se emplean para facilitar las operaciones en el esófago; conocieron la variedad de pinzas de extracción, ganchos, bomba aspirante, porta-algodones, etc., y más accesorios indispensables para la exploración e intervención del esófago y bronquios.

Deseando dar algunos detalles relativos a la esofagoscopia, he creído necesario consignar en el presente artículo, lo principal de la endoscopia de las vías digestivas superiores, en conformidad con las apuntaciones tomadas de la conferencia dada en París por M. Lemaître, Jefe de Clínica en el Hospital Lariboisiere (ser-

vicio del Profesor Sebilleau), a la cual tuve el honor de asistir.

El examen de la tráquea, bronquios y esófago, por el método de endoscopia, permite explorar las vías respiratorias y digestivas superiores, exploración por medio de la cual llegan a conocerse muchas cuestiones de patología del tórax.

La esofagoscopia y la traqueobroncoscopia son métodos nuevos, no obstante de que los primeros ensayos hechos para inspeccionar el esófago por medio de un tubo con luz artificial, data de más de un siglo, como lo manifiestan los trabajos y resultados obtenidos por Bonzzini de Francfort en el año de 1807. De modo que la esofagoscopia es la fuente de la endoscopia.

La endoscopia ha recorrido cuatro épocas o faces principales: 1.^a la endoscopia general en cuyo período nace la cistoscopia y la laringoscopia; 2.^a la esofagoscopia indirecta, caracterizada por la exploración del esófago, según los métodos de la laringoscopia; 3.^a la esofagoscopia directa que sigue el método de la cistoscopia; y, 4.^a la traqueobroncoscopia de las vías respiratorias.

Las primeras investigaciones de las vías urinarias se efectuaron en Francia. En el año 1826 Segalas presentó a la Academia de Ciencias de París el espejo uretrrocístico; en 1853 Desormeaux obtuvo el premio de Argenteuil por el invento del cistoscopio que lo sometió a la Academia de Medicina y con cuyo auxilio inspeccionaba la vegiga, exploraba el recto y el útero. En 1860 Creusse de Dublin empleó el instrumento inventado por Desormeaux, lo aplicó en mayor escala y demuestra que el cistoscopio podía servir para explorar el oído, las fosas nasales, la laringe y prestar a la vez servicios importantes en el examen del esófago y del estómago.

El año de 1866, el profesor de canto, Manuel García, siguiendo ciertas indicaciones, se coloca frente a un espejo y, por reflexión, en otro más pequeño, alcanza a distinguir sus cuerdas vocales. Turell y Czeamark, admirados del descubrimiento, establecen la laringoscopia, y valiéndose de un tubo metálico que lleva un espejo en

la extremidad superior, para reflejar la luz al interior del tubo introducido en el orificio superior del esófago, lo exploran de tal manera que obtienen la imagen visible refleja del órgano. Tal fue el origen de la esofagoscopia indirecta en la que el espejo fue el intermedio entre el ojo del observador y la imagen real del objeto examinado.

Voltoline, en Berlín, se sirvió de una pinza para separar las paredes del esófago y pudo ver la mucosa, aunque imperfectamente; pues, las anfractuosidades de esta membrana impedían ver los detalles de la mucosa y, por ende, extender las investigaciones. En la misma época, Waldenburg, introduce un tubo detrás del cartílago cricoides; y por medio de un espejo laríngeo, descubre el espacio que hoy se conoce con el nombre de "divertículo de Zenker", conquistándose así la gloria de haber sido el primero que puso en práctica la esofagoscopia indirecta. En 1867, Stark, en Viena, construye numerosos esofagoscopios compuestos unos, de tubos pequeños, para observaciones del esófago superior, otros, largos, articulados, para inspeccionar el cardias, provistos, además, de un espejo en la extremidad superior y que reflejaba la luz. Con estos instrumentos trabajó mucho tiempo y fue el defensor más ardiente de la esofagoscopia indirecta.

Morel Mackensie, en Londres, fabrica su endoscopio o tubo esqueleto, como él mismo lo llamaba, compuesto de anillos articulados a dos varillas metálicas: la anterior estaba unida a una palanca móvil que hace las veces de mango del aparato; la posterior, más larga, termina en un espejo inclinado. Al introducir el instrumento, los anillos se plegan hacia abajo y atrás; pero, en virtud del movimiento que imprime la palanca, los anillos se enderezan y, tomando la posición horizontal, dejan entre ellos espacios ocupados por la mucosa; y así pudo Morel extraer un cuerpo extraño del esófago.

En 1868, Kussmaul de Friburg, tan luego como tuvo conocimiento de los trabajos que se hacían en Francia, envió a París a su asistente Honzell para que estudiara especialmente la cistoscopia, en el servicio de

Desormeaux y viera el partido que pueda sacar para la esofagoscopia. Honzell aprovecha las enseñanzas de Desormeaux y lleva a su maestro la descripción minuciosa del método y de los instrumentos empleados en Francia. Kussmaul modifica el método francés y extrae un tumor del tercio medio del esófago y concluye diciendo que, “el esófago, como la vejiga, es susceptible de ser examinado directamente.” De donde se deduce que la cistoscopia de Desormeaux dió origen a la esofagoscopia; y, si este autor no pudo emplear la esofagoscopia, previó, a lo menos, su aplicación.

A pesar de estas modificaciones, el especialista Kussmaul no se ve contento ni satisfecho de sus instrumentos, sobre todo, para el examen de la parte superior del esófago y cardias; y así vuelve a estudiar con gran interés en un individuo (traga-espadas) que se prestó voluntariamente a sus investigaciones y concluye afirmando “que en todo sujeto normal se puede introducir, sin peligro, en el esófago, tubos rígidos de 10 a 25 centímetros de longitud por 12 a 13 milímetros de diámetro y proclama la esofagoscopia.

Los médicos de Viena trabajaron en el mismo sentido y Mickulitz pone de manifiesto las ventajas que puede ofrecer la morfina aplicada con prudencia. Este profesor provee de luz eléctrica al instrumento; franquea el cardias, explora el estómago y, satisfecho de sus ensayos, funda la escuela de esofagoscopia, contando entre sus mejores discípulos a Hacker, quien publica, por el año de 1887, veintiocho casos de extracciones de cuerpos extraños de las vías digestivas superiores, y Golstein vulgariza el método utilizando la anestesia local con la cocaina.

Los progresos realizados últimamente en la esofagoscopia se relacionan a detalles de técnica, a modificaciones de mecánica en los instrumentos e iluminación del aparato; de manera que Lister, en su panelectroscopio adoptó el mejor sistema de iluminación, sin preocuparse de la posición del foco luminoso, ya sea frontal, como en las lámparas de Kirstein y Kasper, como el espejo de Clark, del aparato de Brunings o bien terminal,

como el tubo de Einkorn y de Jackson. El foco, dice Lister, cumple siempre su objeto.

La traqueobroncoscopia, vino mucho después que la esofagoscopia, sin las dificultades que ésta ofrece; de modo que vino de golpe a ser una endoscopia directa. Las primeras exploraciones laringotraqueales se debieron al acaso; pues, Hacker no niega que, mientras examinaba un cáncer del esófago, se le desvió el instrumento y, sin saber cómo ni cuándo, había penetrado en la tráquea.

Las mejores y verdaderas exploraciones de las vías respiratorias superiores se deben a los trabajos de Kirstein y Killiam, por medio de los que franqueó la epiglotis, desciende en la tráquea, reconoce el espólón traqueal, llega hasta el bronquio y extrae un pedazo de hueso; exploraciones que las dá a conocer a la Sociedad de Médicos Friburgueses, el año de 1897 y, concluye diciendo, "que un tubo introducido en las vías respiratorias superiores, lo tolera muy bien la tráquea y los bronquios, hasta de segunda orden, los mismos que, por razón de su elasticidad, se amoldan al tubo y se los puede mover".

Podemos afirmar que Killiam es quien perfeccionó el método, y las reglas precisas y minuciosas de la técnica que actualmente se emplea; pues, Brunings y Einken no han hecho sino continuar los trabajos del maestro. Hay que confesar también que la broncoesofagoscopia tuvo su origen en Francia y su perfeccionamiento se debe a los especialistas de Alemania y Viena.

De los franceses que más han enriquecido la literatura médica a este respecto, podemos citar al profesor Moure de Burdeaux, cuyas investigaciones se hallan consigna las en la tesis que presentó Dupont en 1902; a Lermoyez y Guisez, que en 1903 extrajeron un clavo de una ramificación bronqueal, a Sebiliau y Lombard que retiran un alfiler del bronquio derecho; y, por fin, a Lemaitre que presenta la estadística del hospital Lariboisière, en la que relata 28 casos de extracciones de cuerpos extraños de las vías digestivas superiores, 4 de la tráquea y 3 de los bronquios.

A Brunigs se le debe el primer modelo de broncoesofoscopio, que le presentó en 1908 a la Sociedad de Alemania del Sur en Hesselberg. En julio del mismo año, Sebilleau manda al Jefe de su Clínica Lemaitre a que tomara parte en los servicios de Friburg y Albert Strasse y que estudiase los nuevos procedimientos empleados en las clínicas de Viena y Alemania. Lemaitre tiene la fortuna de asistir a la lección inaugural de la cátedra que obtuvo Brunigs; trabaja con este profesor, aprovecha de sus instrucciones, se fija en las modificaciones del método e instrumentos y luego regresa a Francia.

La instrumentación de Brunigs, consta de un puño o mango electroscópico, de tubos endoscópicos, de pinzas de extracción y más accesorios para la broncoesofoscopia. Al puño va adherido un ingenioso aparato portátil de iluminación, compuesto de una lámpara de diez voltios de la que parten rayos a una lente que los converge; y, después de reflejarse en un espejo, producen la iluminación del interior del tubo endoscópico y cuya fuerza luminosa se debe a la superposición de filamentos metálicos entrecruzados a 60 grados. Por un mecanismo muy sencillo se puede alejar o aproximar el foco de la lente para obtener la distancia que sea necesaria. El espejo se halla incrustado en una especie de capuchón, movable en sentido anteroposterior y circular, y tiene una perforación en el centro para poder ver o apreciar por el tubo la parte que se explora.

Dos ventajas presenta el mango electroscópico; la una relativa a su forma que permite un fácil manejo; y la otra el ser paralelo a los tubos endoscópicos, que favorecen los movimientos de retracción y descenso indispensables en estas exploraciones. Los tubos endoscópicos son de dos clases; espátulas e internos o de prolongación, el tubo espátula tiene de 10 a 25 centímetros de longitud por 7, 8, 8½, 10, 11 y 14 milímetros de diámetro: la extremidad superior es cortada oblicuamente, a fin de evitar la refracción de los rayos luminosos hacia el ojo del observador. Tiene una pieza metálica que se articula al mango y se fija, por me-

dio de un tornillo. La extremidad inferior es tallada en pico.

En el interior del tubo hay una ranura en donde se adapta el resorte que el tubo de prolongación tiene en la parte superior, resorte que es graduado y dentado en uno de los bordes, con el objeto de articularse a la palanquita del tubo espátula que fija e impide volver hacia atrás. El tubo interno que usamos en la broncoscopia, está perforado a distintas alturas para que, una vez introducido en el árbol respiratorio, facilite la respiración del bronquio: la parte superior y externa del tubo espátula se halla graduada en centímetros, que son puntos de guía de gran valor. Por ellos se conoce la distancia que existe entre la arcada dentaria y el punto explorado, y se sabe con precisión matemática el sitio en que estamos actuando.

Los tubos endoscópicos tienen la ventaja de introducirse sin mandril que los guíe; aumentan el campo de observación por sus fáciles maniobras, se descubre sin dificultad ninguna las cuerdas vocales y el orificio superior del esófago, y con ellos se han desterrado las innumerables series de tubos antiguos; de tal manera que todo está sujeto al control de la vista.

Las pinzas se componen de un tallo o varilla metálica encerrada en otro tubo de igual metal. La varilla lleva en su extremidad superior un resorte que se fija con un tornillo al tubo exterior; la otra extremidad termina en una pieza en la que se articula las diferentes pinzas a aprehender y que varían, según el objeto que debe extraerse. Armada la pinza, se introduce en el tubo espátula que está ya colocado en el esófago; se afloja el tornillo que fija el resorte; con el movimiento de descenso del resorte, se abren las valvas y los dientes de las pinzas y, una vez aplicados al cuerpo extraño, se retira el resorte hacia arriba, con cuyo movimiento los dientes de la pinza hacen presión sobre el objeto y lo sujetan fuertemente. Luego, se asegura el resorte con el tornillo en la parte superior del tubo y se extrae el cuerpo. Los modelos de pinzas son muy variados, como que están en relación con la forma, la na-

turaliza, etc., del cuerpo que ha de extraerse; así tenemos pinzas en gancho, a cucharillas, agudas, de dientes de ratón, las de agujas de Eiken, las de Killiam, etc., para extracción de monedas, alfileres, trituración de cuerpos frágiles y para la biopsia de ciertos tumores.

Entre los accesorios que más utilidad prestan en estas exploraciones, podemos citar la bomba aspirante, que tiene por objeto sacar la saliva y otros líquidos del conducto alimenticio. La bomba se compone de una esfera de vidrio con dos tubuladuras y un orificio de escape y otra esfera de caucho de igual magnitud que la primera y que hace el vacío; un tubo metálico, delgado, penetra en el interior del tubo espátula y se pone en contacto, por su extremidad inferior, con el líquido que hay en el esófago; y, por la superior, se une a la esfera de vidrio con un tubo de caucho; hecho el vacío en la bomba de vidrio, absorbe el líquido del esófago.

Tenemos también los porta-algodón que son varillas metálicas articuladas en la parte media, que llevan en una extremidad algodón hidrófilo seco y en la otra algodón humedecido en solución de cocaína, con el objeto de secar y anestesiar la mucosa.

Algunas ocasiones se emplea el anteojo de Galileo que aumenta la figura del objeto en el interior del esófago; y, si se quiere que los discípulos lo vean junto con el operador, se une al mango del aparato el prisma biocular. La endoscopia de las vías respiratorias y digestivas superiores, se hace por medio de la anestesia local, con cocaína y la general, con cloroformo: en la primera el sujeto puede estar sentado; y, en la segunda, debe estar acostado. El día de la exploración no tomará alimento y, para atenuar los reflejos, se administrará al enfermo, tres días antes, dos gramos diarios de bromuro de potasio. En casos de urgencia, se le hará un cuarto de hora antes del examen, una inyección de 1 c. c. de morfina.

Con la solución de cocaína al décimo, se anestesia el velo del paladar, la base de la lengua, la epiglotis, el vértice de los aritenoides, etc. Si hacemos la esofagoscopia, anesthesiaremos el hipofaringe y la mucosa

del orificio superior del esófago, prolongando un poco más en este sitio el contacto del anestésico, para vencer la resistencia del esfínter y penetrar más profundamente con el esofagoscopio. Si exploramos el bronquio, haremos respirar profundamente al sujeto y, aprovechando de la abertura de la glotis, anestasiada de antemano, tocaremos el bronquio, objeto de nuestro examen, con una solución de cocaína al uno por cincuenta; y, después de cinco minutos, procederemos con calma a la exploración.

El operador, los ayudantes y los instrumentos, deben estar preparados según las prescripciones de asepsia y antisepsia ordinarias. Uno de los ayudantes se colocará detrás del enfermo y mantendrá firme la cabeza de éste, en la posición que le indique el operador.

He aquí los tiempos que comprende la exploración del esófago: 1º descubierta de la epiglotis; 2º de la cara posterior del aritenoides; 3º paso del orificio esofágico; 4º exploración del esófago en sus tres porciones; y 5º descubierta del cardias. Para descubrir la epiglotis, se indica al enfermo que saque la lengua a la que se la sostiene con la mano izquierda; y, con la derecha, se introduce el esofagoscopio en la cavidad bucal, siguiendo horizontalmente el gran eje de la cavidad; después se dirige oblicuamente hacia abajo y atrás siguiendo la cara superior y base de la lengua, hasta las fosetas y glosopiglóticas. Entonces se ve al borde libre y cara anterior de la epiglotis; el endoscopio, en este momento, inclina para formar con la vertical un ángulo de 45 grados y el pico del endoscopio corresponde al surco glosopiglótico medio. Este tiempo es importante, puesto que permite orientarse en sentido transversal o anteposterior, en el primero se sabe que la epiglotis ocupa la línea media y, en el anteroposterior de tras de la epiglotis, están situados, inmediatamente, el orificio laríngeo, los aritenoides un poco más allá y, algo más distante, se halla la entrada del hipofaringe. Descubierta el borde de la epiglotis, se introduce el endoscopio unos 5 o 6 milímetros; entonces la extremidad inferior del endoscopio rosa con el

opérculo laríngeo y se descubre el aritenoides, fácilmente reconocibles, debido a los cartílagos corniculados y a los movimientos que ellos efectúan cuando el enfermo pronuncia la vocal E.

Contorneado el aritenoides se llega al hipofaringe y, por un movimiento de retracción del endoscopio, se logra separar el cricoides de la columna vertebral y agrandar el orificio faríngeo-laríngeo y, descendiendo el instrumento, se descubre el orificio o boca esofágica. Franquear el esfínter es fácil, si la anestesia ha sido buena, pues, el endoscopio cae por su propio peso en el esófago. En ocasiones hay que luchar para vencer la resistencia espasmódica del esfínter, naturalmente, sin insistir demasiado en atravesar el orificio esofágico. Vencido el obstáculo, el endoscopio desciende lentamente en el esófago y va descubriendo poco a poco las diferentes porciones del órgano; la porción superior, tiene las paredes plegadas, se nota una especie de surco transversal que hay que atravesar para ir a descubrir la porción torácica, sus paredes tienen movimientos que coinciden con los respiratorios y vasculares, independientes de toda causa patológica; a nivel de la estrechez aórtica del esófago, tan notables que son verdaderas sacudidas que se transmiten por medio del instrumento a la mano del observador.

A 36 o 38 centímetros de profundidad, el esófago cambia de aspecto; las paredes del canal son menos móviles, el cardias se presenta al fondo en uno como especie de embudo, afecta la forma de un esfínter a pliegues radiados que cierran el orificio, dejando escapar por instantes burbujas de gases y moco del estómago.

Si bien la anestesia con cocaína en un individuo acostado tiene sus ventajas, presenta también inconvenientes; la posición es menos fatigosa para el enfermo y se puede prolongar la exploración sin temor al anestésico, pues que su empleo está sujeto a las prescripciones del códex; en cambio, el enfermo se afecta moralmente desde el momento mismo de acostarse en la mesa de operaciones, el observador maneja con más dificultad el endoscopio, se cansa pronto y necesita mayor número

de ayudantes. De modo que este método se aconseja en casos de exploraciones prolongadas y delicadas y en personas nerviosas. La preparación del enfermo, de los ayudantes y de los instrumentos, la anestesia, etc., es semejante a la que se emplea en la anestesia de un individuo sentado; sólo la técnica operatoria varía un poco. En efecto, en el sujeto que se halla en esta situación, la mayor parte de las maniobras se efectúan dirigiendo la extremidad inferior del endoscopio hacia adelante, en cuyo caso la mano del operador se inclina hacia su borde cubital; y, en el sujeto acostado, las maniobras se efectúan en sentido contrario, es decir, dirigiendo la extremidad del endoscopio hacia atrás e inclinando la mano hacia el borde radial, todo lo cual es mucho más difícil de ejecutar.

La endoscopia en un sujeto acostado y que se halle bajo la acción de cloroformo, se emplea en los niños, en las personas débiles y nerviosas o en aplicaciones terapéuticas delicadas. En estas exploraciones, tenemos que usar, además del instrumental descrito, un abre-boca, pinzas, tiralengua, esponjas montadas y necesarios para la administración del cloroformo, tales como compresas, la máscara de Killiam, etc. La técnica operativa es la misma que la ya indicada.

La esofagoscopia retrograda, consiste en explorar el esófago por la parte inferior, es decir, de abajo arriba y se la emplea únicamente cuando hay dificultades insuperables de hacer la endoscopia superior, tales como las estrecheces antiguas muy cerradas y en aquellos casos en que están sólidamente enclavados los cuerpos extraños en el esófago. En los enfermos que tienen fístula gástrica y fuere necesario emplear este método, hay que dilatar el orificio de la fístula para poder introducir un tubo de pequeño diámetro y luego vaciar el contenido del estómago; hay que buscar el cardias cuya descubierta es muchas veces negativa, ya porque la mucosa se pliega a la extremidad inferior del endoscopio e impide ver claro a la distancia, ya también porque hay ocasiones que padecemos un engaño tomando los pliegues de la mucosa por los divertículos del cardias.

En otras circunstancias, el observador, para descubrir el cardias, tiene que apoyar fuertemente el endoscopio sobre la pared abdominal del enfermo, ocasionándole dolores atroces que obligan a suspender la exploración.

Se puede también hacer la gastrotomía mediante una gran abertura para la exploración retrógrada del esófago, sistema que facilita la salida del líquido estomacal y permite reconocer mejor la posición del cardias por el tacto. Una vez que éste se haya descubierto, se introduce, sirviendo de guía el dedo, un tubo de gran diámetro; y, bajo el control de la vista, se explora el esófago de abajo hacia arriba. En este procedimiento pueden cometerse involuntariamente muchas faltas de asepsia, que pueden ser de fatales consecuencias.

La esofagoscopia inferior efectuada por la abertura faríngea, practicó dos veces Sebileau con Lemaitre en circunstancias en que no pudo franquear la parte superior del esófago, y por la seguridad que tenía de que el cuerpo estaba enclavado en la mucosa del esófago, y era imposible retirarlo sin la intervención del dedo deliberador, como lo llama el primero de dichos profesores. Se ve, en consecuencia, obligado a ejecutar la faringotomía retro-tiroideana e introduciendo un esofagoscopio de gran diámetro, descubre la estrechez y el cuerpo del delito, al que lo toma con una pinza, contournea con el dedo índice-deliberador y, separando con tino las paredes del esófago, extrae fácilmente dicho cuerpo. Las consecuencias de esta operación no fueron graves, pero sí de larga duración por no haber cicatrizado la herida por primera intención, hechando mano de la sonda, para alimentar al enfermo. Con todo, algunos autores prefieren este método mixto, como que es mitad quirúrgico y mitad endoscópico a la esofagotomía externa, que si bien ofrece la ventaja de ejecutar la operación en el sitio en que se halla el cuerpo extraño, sin embargo es más grave y dá mayor número de casos fatales.

Muchas dificultades tiene que vencer la esofagoscopia y que se refieren al estado de la dentadura del

enfermo, a las secreciones y mucosidades del esófago y a las hemorragias y espasmos del órgano explorado. Por eso es de vital importancia examinar con esmero la dentadura del paciente, sobre todo los incisivos, puesto que sobre ellos se hace punto de apoyo con el endoscopio; y, si están careados o demasiado largos, hay que sacarlos necesariamente. Sin embargo, algunos especialistas se oponen a la mutilación de los dientes, y aconsejan introducir el esofagoscopio por las comisuras labiales y que se aprovechen los espacios que dejan las piezas de dentadura artificial que pueden quitarse.

La secreción de saliva es muy frecuente en el cáncer y más lesiones inflamatorias del esófago, y su abundancia es de tal naturaleza, que hay necesidad de acostar al enfermo en decúbito lateral, con la cabeza inclinada, a fin de que salga el líquido por la comisura labial. Otras ocasiones, no es la saliva la que estorba, sino líquidos o residuos que se depositan en los fondos de saco que se forman en las estrecheces antiguas del esófago; y, para extraerlos, se hace preciso emplear la bomba o hacer un labado con el tubo de Faucher.

El esófago inflamado reacciona contrayendo el esfínter, cerrando el orificio superior del conducto alimenticio y el cardias. Los espasmos son de regla en estos casos y a veces se observan verdaderas contracciones espasmódicas, llamadas así por no conocerse la causa que las produce. Bajo tres formas o grados pueden considerarse los espasmos: los ligeros, que ceden al bromuro de potasio, los medianos que resisten a las maniobras de fuerza, pero que ceden a la anestesia prolongada por la cocaína o al cloroformo; y los graves que resisten a todo tratamiento y parece que el esófago se tetaniza.

Los neoplasmas, los mamelones inflamatorios, los traumatismos de la mucosa y las quemaduras del esófago, son causas de hemorragias más o menos abundantes, que imposibilitan la exploración del esófago; pero que generalmente se contiene por medio de tocaciones con adrenalina y cocaína. Desde luego, estas sustancias hay que administrar a los niños, con mucha cautela, porque la generalidad no las soportan.

La endoscopia de las vías digestivas superiores, se emplea como medio de diagnóstico y de aplicaciones terapéuticas y está indicada en el cáncer, en las estrecheces cicatriciales y cuerpos extraños del esófago; sin embargo, no están de acuerdo los autores en orden a la utilidad y las ventajas de esta endoscopia: piensan unos que poco o nada han adelantado los procedimientos antiguos de extracción de aquellos cuerpos extraños; en tanto que la mayoría de especialistas opinan que la esofagoscopia, con sus últimos descubrimientos, es el único medio al que se debe apelar en casos semejantes. Esta diferencia de criterio estriba en la distinta manera de clasificar esos cuerpos; clasificación que es difícil hacerla de un modo completo; puesto que ellos varían en forma, dimensiones, situación y permanencia en el esófago y reacciones a que dan lugar. He aquí algunos ejemplos: un niño se presenta en consulta en el Hospital Lariboisiere, servicio del Profesor Sebilleau, por haberse tragado un centavo: la radioscopia, de vital importancia en estos casos indica que el objeto está localizado a nivel del manubrio del esternon; aplica el endoscopio y lo extrae con facilidad. Un anciano, en medio del sueño, deglute una pieza de su dentadura artificial, le despiertan los dolores, tiene dificultad hasta para tragar la saliva; el dolor acusa que ella está a nivel de la articulación externo clavicular izquierda. Por el examen endoscópico, se precisa el diagnóstico y se aplica el tratamiento. Otro caso: un hombre se traga un hueso de regular tamaño; y, después de varios días de sufrimiento, se presenta en consulta al Profesor Sebilleau. Tiene temperatura de cuarenta grados, dolor atroz a nivel de la región retroexternal; respira con dificultad, lo que hace sospechar lesión grave del esófago. Aplicado el esofagoscopio se nota esfacelo en las paredes de este órgano: se decide por la operación quirúrgica que la ejecuta con alguna dificultad; pero al fin y al cabo extrae la pieza con un pronóstico grave y reservado.

Fundándonos en los ejemplos que acabamos de citar, podemos concluir que, todo lo que se refiere a la presencia de los cuerpos en el esófago, pueden compen-

diarse en los tres siguientes casos: simples, complejos y complicados. En los primeros se comprenden los cuerpos extraños regulares, redondos y que han permanecido muy poco tiempo en el esófago, sin producir reacción en el órgano. Entre los del segundo caso, se incluyen los cuerpos blandos, de forma regular, que han permanecido algún tiempo en el esófago y que su presencia ha dado lugar a reacciones más o menos graves. Perteneces a este grupo los cuerpos anfractuosos, irregulares, sean recientemente introducidos o que hayan permanecido algún tiempo en el esófago, con o sin reacción; y, por último, en los casos complicados, se incluyen los cuerpos que por hallarse enclavados en las paredes del esófago originan reacciones graves y cuya extracción es sumamente difícil, aun por los métodos de fuerza, por el antecedente de que producen las más de las veces dislaceraciones de las paredes del órgano. Cada uno de estos tres casos tiene diagnóstico, pronóstico y tratamiento propios, que legitiman o justifican la clasificación adoptada. La posición del cuerpo extraño no es definitiva, sino que puede variar de un día para otro; de manera que si se presenta hoy un caso simple, puede ser complicado después de 24 o 36 horas de permanecer el objeto en el interior del órgano.

Los sujetos neurasténicos, locuaces, histéricos y de cerebros predispuestos y obsesionados, acuden con frecuencia a los especialistas, porque de tal modo están convencidos de que tienen algún cuerpo extraño en el esófago, que relacionan la historia inverosímil de su enfermedad; y no sólo describen la forma, dimensiones y caso al que corresponde, sino que señalan el sitio en que el objeto se halla en el esófago; pero, examinado prolijamente este órgano, se observa que el conducto esta libre y permeable. Estos son los llamados cuerpos fantasmas que tanto hacen sufrir al paciente como al médico. En todos estos casos en donde hay falta de síntomas disfágicos y de dolor está indicada la medicación sedante y el tratamiento sugestivo.

Hay otros sujetos, que clínicamente son iguales a los neurasténicos, porque aun cuando se han tragado un

objeto, que a su paso por el esófago pudo muy bien dislacerar la mucosa, no por esto permanece en el conducto esofágico; y, sin embargo, están persuadidos de ello, tanto que describen la forma, naturaleza del cuerpo y sufren todas las consecuencias. En estos casos es la endoscopia la que nos saca de dudas, haciéndonos ver la verdad. En las personas que tienen estrechez congénita, cicatricial o neoplasmas del esófago o sean lesiones que impiden el paso de los alimentos, es muy difícil diagnosticar la presencia de un cuerpo extraño; y aunque el endoscopio nos pruebe su existencia real y efectiva, el objeto introducido juega en estas circunstancias un papel muy secundario.

Se citan también casos en los que un cuerpo voluminoso del esófago, comprime la tráquea, produciendo síntomas disneicos y disfágicos; y por esto algunos especialistas juzgando unas veces que el obstáculo reside en el árbol respiratorio, han hecho la traqueotomía de contacto, o han apreciado que el cuerpo está en las vías digestivas superiores, sin perturbar la respiración y deduciendo lógicamente que el cuerpo está en el esófago. En estos casos es necesario hacer la radiografía en sentido anteroposterior y transversal para salir de dudas; pues si el cuerpo se halla en el esófago, la sombra proyectada está más cerca de la columna vertebral; y si radicado en la tráquea la sombra se manifiesta en un plano más anterior. Además, la deglución y la disfagia son más acentuadas y difíciles cuando el cuerpo reside en el esófago; y será la esofagoscopia la que afirmará el diagnóstico.

Los cuerpos extraños se detienen en la generalidad de los casos en el orificio superior del esófago; otros, un poco más abajo, a nivel del manubrio del esternon; y pocos descienden al cardias, pero con el examen endoscópico y la radiografía puede determinarse la situación del objeto. La sombra radiográfica de un cuerpo metálico es característica y casi invisible la de los cuerpos no metálicos, tales como huesos, etc., y es por lo mismo necesario conocer, aunque fuese aproximadamente, la naturaleza de los objetos que debe extraer para aplicar

los medios terapéuticos más eficaces. A ese conocimiento llegaremos por medio de la esofagoscopia y de la relación que nos haga el enfermo y apreciando las reacciones locales o generales que éste manifieste.

Es indispensable informarse de la fecha del accidente, con toda precisión; pues hay cuerpos que deglutidos permanecen mucho tiempo en el esófago sin manifestar ninguna reacción que testifique su presencia; al paso que otros determinan después de pocas horas, reacciones locales, generales y alteraciones profundas de la mucosa del esófago. Por último, es necesario que el enfermo nos manifieste la razón de su consulta si por haber deglutido en ese momento un cuerpo extraño o porque el objeto ha estado ya varios días en el esófago y ha venido a agravar la disfagia, a aumentar la intensidad del dolor y a elevar la temperatura, y según fueren sus datos y sus explicaciones, nos hará variar las aplicaciones terapéuticas.

En los casos simples, se emplea como tratamiento el gancho de Kirmisson o la cestilla de Graefe, que es un método o procedimiento no controlado por la vista, pero de fácil ejecución y que, en la práctica se conoce con el nombre de método del "interno de guardia", que, por lo general, da buenos resultados en tratándose de la extracción de monedas, de medallas recientemente introducidas en el esófago. Si hay duda respecto del sitio y de la naturaleza del cuerpo, lo mejor es abandonar el método—a ciegas—y emplear la esofagoscopia directa.

Si el enfermo es un adulto, o un joven que no tenga miedo a la operación, se procederá a ejecutarla sin abre-boca ni anestesia; pero si es un niño rebelde y nervioso habrá que emplear, para la extracción del objeto, el procedimiento de inmovilización que se usa para la ablación de las vegetaciones adenoides y hechar mano del abre-boca y de la anestesia, con 2 c. c. de cloruro de tilo. El gancho de Kirmisson se introduce progresivamente con suavidad y se lo retira de igual modo con la precaución de dirigir la extremidad del endoscopio un poco hacia la columna vertebral. Si se opta por

el empleo de la cestilla de Graefe, estaría muy bien seguir el procedimiento de Sebileau, quien colocaba encima de la cestilla una esponja montada, que dilata el esófago y facilita la extracción del cuerpo extraño. Lemaitre refiere que un comprofesor suyo al extraer un pedazo de dentadura artificial que estaba en el esófago, ejecutó tan mal las maniobras, que ocasionaron la ruptura de la cestilla; razón por la que Lemaitre se vió en el caso de intervenir personalmente y valiéndose de la esofagoscopia directa, pudo extraer dicho cuerpo con alguna dificultad.

Cuando se emplean procedimientos no controlados por la vista y se nota resistencia del cuerpo a la extracción, Lemaitre aconseja que no se debe insistir en ello y que lo mejor es apelar a la esofagoscopia directa "viendo lo que se hace", para así verificar la extracción sin mayores consecuencias.

Verdaderos triunfos obtiene la esofagoscopia en los casos complejos de cuerpos extraños del esófago; pues, no sólo sirve para precisar el diagnóstico, sino también como medio de aplicaciones terapéuticas, simplificando, además, la extracción con pronóstico menos grave; y, aun cuando se descubra el cuerpo y esté visible a la extremidad inferior del endoscopio, no siempre es fácil tomarlo con la pinza y extraerlo inmediatamente; pues que, de ordinario, se enclava en la mucosa siendo necesario desprenderlo con tino. Cuerpos hay tan voluminosos que casi es imposible retirarlos por el interior del tubo, como lo demuestran las veintiocho observaciones publicadas por Lemaitre, de las cuales sólo tres se refieren a los casos de extracción semejante.

Muy poco difiere la técnica operatoria que debe seguirse en los casos complejos, de la descrita anteriormente. He aquí su método: una vez acostado el enfermo en la mesa de operaciones, se emplea la anestesia general en las personas agitadas y nerviosas; o la anestesia a la cocaína, con o sin inyección de morfina, en los que pueden soportar con valor la intervención. Después bajo el control de la vista, se introduce poco a poco el esofagoscopio con un tubo de mayor diámetro,

de aquel que sirvió sólo para la exploración, porque este tubo presta verdadera utilidad en el momento de desprender al objeto. Hay que redoblar la atención al aproximarse a este, sin abordar directamente la extracción; por el contrario debe detenerse el instrumento a cierta distancia del cuerpo extraño; inspeccionar mejor el campo, a fin de introducir la pinza con mayores probabilidades de éxito, operando por el lado más factible. Por un movimiento de tracción de la pinza se sabrá si el cuerpo está desprendido de las paredes esofágicas y se evitará el que las contracciones peristálticas del esófago, hagan deslizar el objeto hacia abajo y desaparecer luego, perdiendo de esta suerte toda la labor emprendida.

Antes de retirar el cuerpo deben hacerse tocaciones en la mucosa, con tapones humedecidos en solución de cocaína, para vencer los espasmos del esófago y evitar que se desgarre la mucosa y se produzcan hemorragias consiguientes.

En todo caso hay que esperar cinco o seis minutos para proceder a la intervención; la extremidad del endoscopio debe estar en contacto con el objeto y se la conservará en el mismo estado en todo el tiempo de la extracción, a fin de evitar que la mucosa se interponga entre el instrumento y el cuerpo extraño y sea un obstáculo en el momento de retirarlo. Los cuerpos que por su volumen no pueden extraerse por el interior del tubo endoscópico, deben serlo junto con el esofagoscopio.

Muchas otras dificultades se presentan en los casos complejos de extracción, tales como el que las pinzas comunes no pueden aprehender ciertos cuerpos; que los cubra la mucosa y nos impida verlos; siendo necesario separar los pliegues de dicha membrana para distinguirlos; que el eje mayor del objeto no corresponda al del conducto esofágico, de modo que sea preciso colocar el primero en otra faz, mediante versiones adecuadas que permitan tomarlo por el lado más conveniente y por fin que el objeto mismo tenga asperesas y puntas hielientes, como generalmente se observa en los huesos,

las anfractuosidades y ganchos metálicos de las piezas de dentadura artificial. A este propósito, Lemaitre relata en sus observaciones la fácil extracción del esófago de un pedazo de dentadura artificial, con cuatro dientes; la de una dentadura pequeña, con un solo diente, pero que en cambio tenía dos ganchos metálicos agudos que le significaron grandes esfuerzos al extraerla. Por la imposibilidad que algunas ocasiones hay para retirar un cuerpo por las vías digestivas superiores, algunos autores opinan que se lo debe hacer descender hacia el estómago, para que sea expulsado por los intestinos, aun cuando produzca una que otra lesión, pues estas son casi siempre menos graves que las que ocasiona la extracción por las vías digestivas superiores. En presencia de casos complejos de una extracción difícil, es al operador a quien corresponde fijar la línea de conducta que debe seguirse ya sea en las clínicas del Hospital o en la clientela particular.

En los casos complejos y que el cuerpo extraño está localizado en el orificio superior del esófago o un poco más hacia abajo, hay que practicar la esofagotomía externa o la faringotomía retrotiroideana, magistralmente descritas por Quenu y Sebileau, sirviéndose al efecto del endoscopio de tubo corto y ancho, para poder llegar al objeto y guiándose por el dedo índice introducir luego la pinza, tomar el cuerpo, separarlo de las paredes del esófago y por fin extraerlo. Cuando el cuerpo está en el cardias, hay que hacer la gastrostomía y procurar retirarlo, procediendo más o menos de la misma manera que en el caso anterior. A este método lo llaman también esofagoscopia transestomacal.

Por último, si el cuerpo extraño está situado en la parte media del esófago hay que retirarlo por medio de la esofagoscopia retrógrada, ejecutada por el orificio que proporciona, la operación previa de esofagotomía transmediastina, descrita muy bien por el profesor Anselmo Schwartz.

Hasta que punto la esofagoscopia ha modificado los medios de diagnóstico y de tratamiento de los cuerpos extraños de las vías digestivas superiores? En los

casos simples, se respetan aun los métodos—a ciegas—antiguos, que utilizan las vías naturales para la extracción. En los casos complejos el esofagoscopio es un instrumento maravilloso de diagnóstico y de tratamiento y se lo emplea casi siempre por las vías naturales y bajo el control de la vista.

Para los casos complicados y graves del órgano citado, el esofagoscopio es un poderoso auxiliar, tanto para el diagnóstico, como de tratamiento; pero, siempre a condición que ha de usarse por las vías artificiales que nos dan los métodos quirúrgicos.

En resumen, la esofagoscopia no es una panacea universal, como lo juzgan algunos especialistas; tiene sus indicaciones y contraindicaciones precisas que justifiquen su empleo para la extracción de los cuerpos extraños de las vías sugestivas superiores.



A. S. MELO,
Profesor de Fisioterapia.

ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL