

PARA EL MEDICO PRACTICO

PATOLOGIA DEL ESOFAGO (*)

Dr. Julio C. Barani

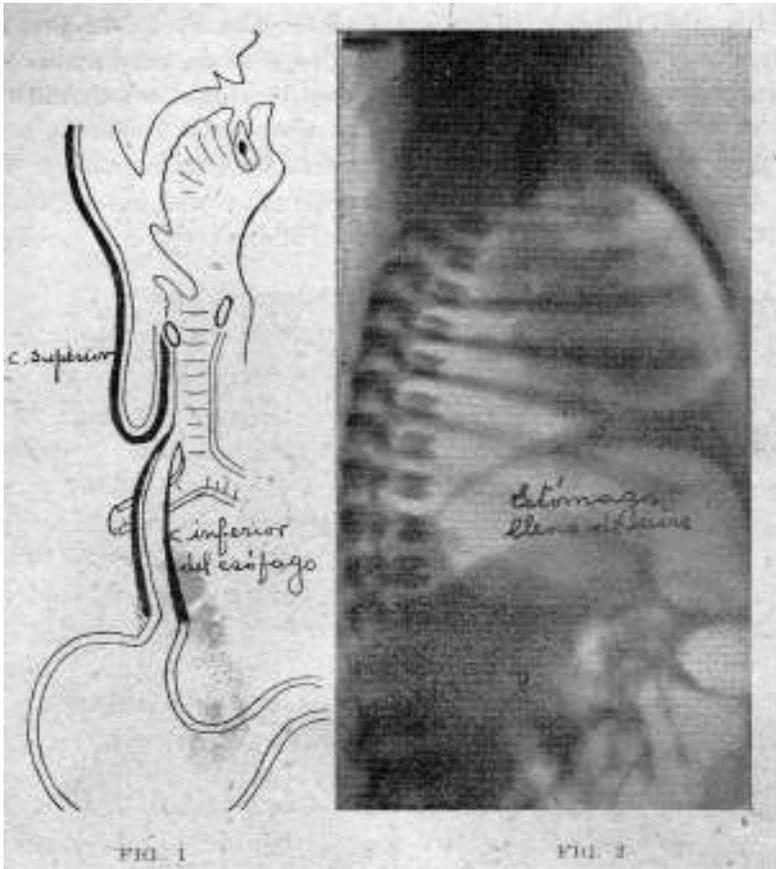
Especialista en Endoscopia Peroral

Nos proponemos explicar brevemente la patología más común del esófago. Un examen correcto comprende: 1º) Historia clínica, recordando que Porter P. Vinson dice: "qué un diagnóstico seguro de la presencia y tipo de la lesión es posible en el 90 % de los casos, después de una cuidadosa historia clínica"; 2º) Estudio radiológico-radiográfico, con un buen aparato de Rayos X y realizado por un médico radiólogo especialista en vías digestivas y 3º) Esofagoscopia.

1) ATRESIAS. — Es la más común de todas las anomalías congénitas y su frecuencia se compara a la del labio leporino. Hay cuatro tipos principales de los cuales el más frecuente (80 % de los casos), tiene el cabo superior del esófago, terminando en fondo de saco y el cabo inferior desembocando en la tráquea (fig. 1). En la radiografía de perfil (fig. 2) se ve el cabo superior lleno de lipiodol: el cabo inferior no se ve pero el estómago y los intestinos llenos de aire, denuncian la comunicación del cabo inferior del esófago con la tráquea.

¿Cuáles son los síntomas? Cuando un recién nacido tiene abundantes secreciones espumosas en la boca y en las narinas; cuando después de dos o tres lactadas regurgita bruscamente la leche por la nariz y por la boca, se debe pensar que tiene un obstáculo en el esófago que impide que las secreciones y la leche pasen al estómago. A estos síntomas se agregan crisis de cianosis por espasmos laríngeos ocasionados al entrar por rebozamiento las secreciones y la leche en la laringe. En presencia de esta sin-

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 7 de junio de 1950.



tomatología (secreciones espumosas, regurgitamiento y crisis de cianosis) se debe sospechar una atresia congénita del esófago. ¿Cómo se confirma este diagnóstico? Considerando que en un recién nacido la distancia entre la arcada dentaria y el cardias es de 17 centímetros, si se introduce una sonda de Nelaton fina y se detiene a los 8 o 10 centímetros hay una atresia del esófago. Si se dispone de un aparato de Rayos X y se instila, por la misma sonda de Nelaton, 1 c.c. de lipiodol (no usar barita), se obtendrá en el 80 % de los casos de atresia, una imagen radiográfica semejante a la de la fig 2. El tratamiento ideal es, la anastomosis de los dos cabos del esófago. La radiografía de la fig. 2, corresponde a un recién nacido operado y curado por los Dres. B. Urioste López y J. Curbelo Urroz.

2) ESTENOSIS CONGENITAS. — Cuando en un sitio del esófago hay una disminución de calibre y es de nacimiento, eso es una estenosis congénita. ¿Cuáles son los síntomas? Cuando un niño pasa de los alimentos líquidos a los semisólidos o sólidos y tiene disfagia, hay que sospechar una estenosis congénita.

La radiografía de la fig. 3 corresponde a una enfermita del Dr. C. Pelfort que cuando comenzó a alimentarse con semisólidos

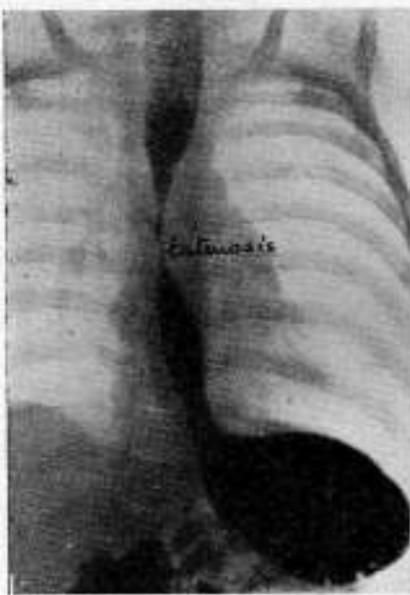


FIG. 3



FIG. 4

tuvo disfagia. Un estudio radiológico hecho por el Dr. Héctor C. Bazzano, reveló una estenosis situada en el esófago a la altura de la bifurcación traqueal, sitio de ubicación típica de las estenosis congénitas. Durante los primeros años no se le hizo tratamiento y la alimentación fué preferentemente a base de líquidos. Cuando tuvo 10 años de edad, el Dr. Pelfort nos la envió. Al hacerle la primera dilatación de esófago, previa esofagoscopia, la niña quedó dolorida, hizo fiebre y aumentó la disfagia. El Dr. Luis Pieroni le hizo una radiografía de tórax, que mostró (fig. 4) un ensanchamiento del mediastino en la parte superior. Sin embargo, ese ensanchamiento mediastinal no era un proceso inflamatorio consecutivo a la dilatación sino, como lo prueba la radio-

grafía de la fig.5, la porción superior del esófago situada por encima de la estenosis que estando dilatada daba esa opacidad paramediastinal. En la fig. 6, la radiografía ha sido hecha con la enfermita acostada, se ve la estenosis y, por encima y por debajo de ella, el esófago.

Este caso típico de estenosis congénita nos muestra cómo

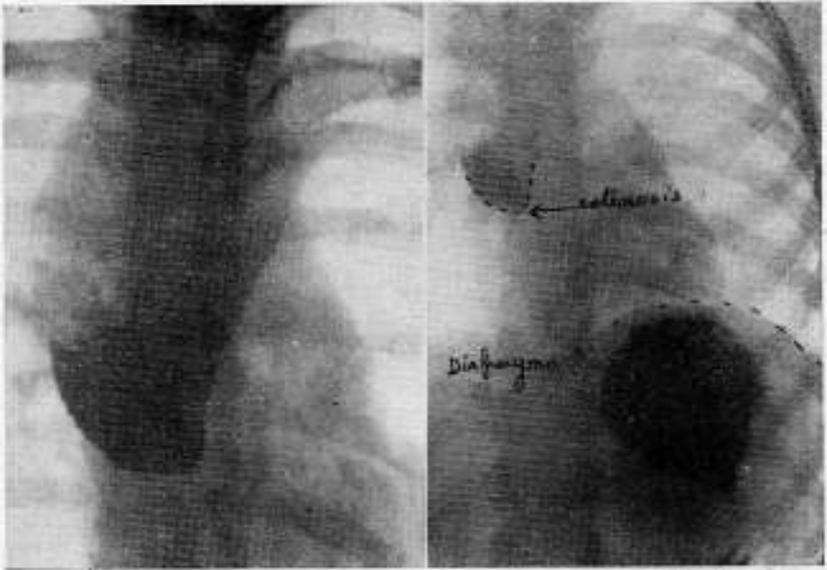


FIG. 5

FIG. 6

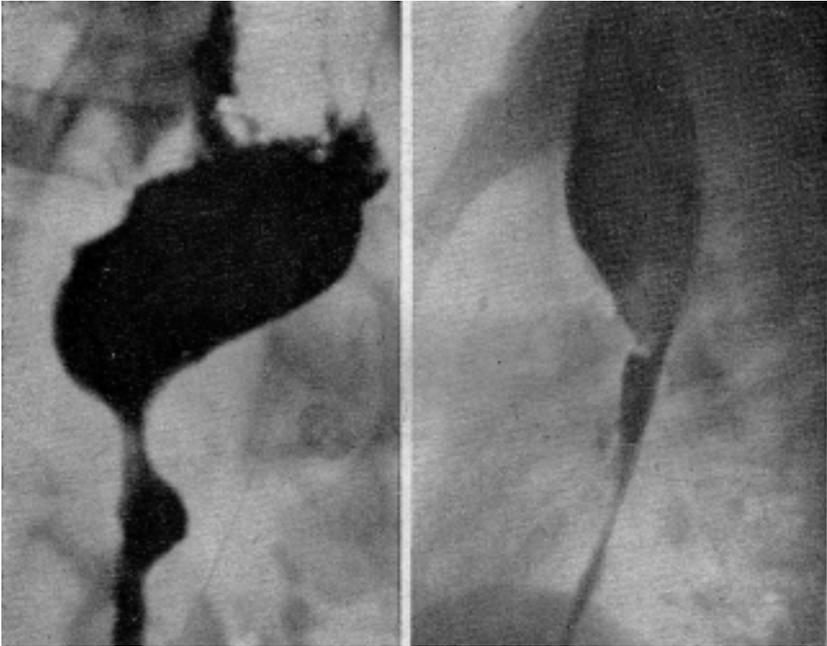
una sombra paramediastinal puede corresponder a un esófago dilatado.

Aunque las estenosis congénitas, en general, se ponen de manifiesto en la niñez, es frecuente que los síntomas no se presenten hasta mucho más tarde.

Puede ocurrir que un enfermo nos consulte porque un trozo de carne se le ha quedado detenido en el esófago y al ser interrogado nos diga que "nunca ha podido deglutir con la misma facilidad que los demás". Extraído el cuerpo extraño, una radiografía muestra una estenosis a la altura de la bifurcación traqueal (fig. 7). Otras veces se trata de enfermos con disfagia y una radiografía (fig. 8) muestra una estenosis; son estenosis congénitas que cuando la mucosa del sitio estenosado se edema-

tiza por la inflamación ocasionada por el estancamiento de los alimentos, recién dan disfagia.

Por lo tanto, las éstenosis congénitas se ponen de manifiesto en la niñez, al efectuarse el cambio de alimentación, o, en la edad adulta, al quedar detenido un trozo voluminoso de alimento o,



por la disfagia debida a la inflamación de la mucosa del sitio estenosado.

El tratamiento son las dilataciones.

3) DIVERTÍCULOS DE LA FARINGE Y DEL ESOFAGO.

1º Divertículos por presión de la faringe (fig. 9). Se forman por herniación de la mucosa y submucosa de la faringe entre las fibras circulares y oblicuas del músculo constrictor inferior de la faringe. Cuando la bolsa es pequeña está en la línea media y cuando es más grande se lateraliza y forma una tumefacción en el cuello. Los principales síntomas son: disfagia, regurgitación

de partículas de alimentos que vienen de la bolsa del divertículo, etc. Se extirpan por vía externa.

2º Divertículos de tracción (fig. 10). Son raros. Ocupan la porción traqueal del esófago. Cuando un ganglio intertraqueobronquico se inflama puede adherirse al esófago; cuando cura

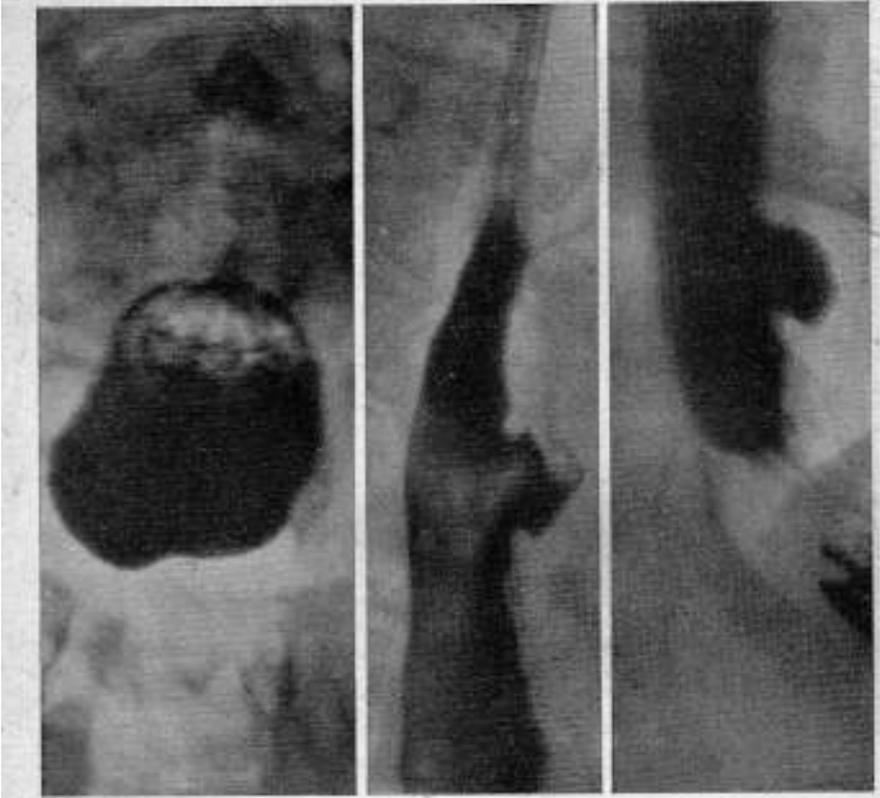


FIG. 9

FIG. 10

FIG. 11

se retrae y arrastra al esófago, originando el divertículo. No tienen importancia.

3º Divertículos epifrénicos (fig. 11). Están situados inmediatamente por encima del diafragma. Los enfermos que tienen estos divertículos suelen decir que al acostarse tienen regurgitaciones que se explican por el pasaje al esófago de los alimentos contenidos en el divertículo. En estos casos, por medio de una

toracotomía, se fija el polo superior de la bolsa a la pared del esófago y de esta manera, al dirigir la boca del divertículo hacia abajo, los alimentos no entran en él.

4) ESTENOSIS CICATRIZALES. — Las figs. 12 y 13 corresponden a una estenosis cicatrizal por quemadura por soda cáustica; antes (fig. 12) y después (fig. 13) de un largo trata-

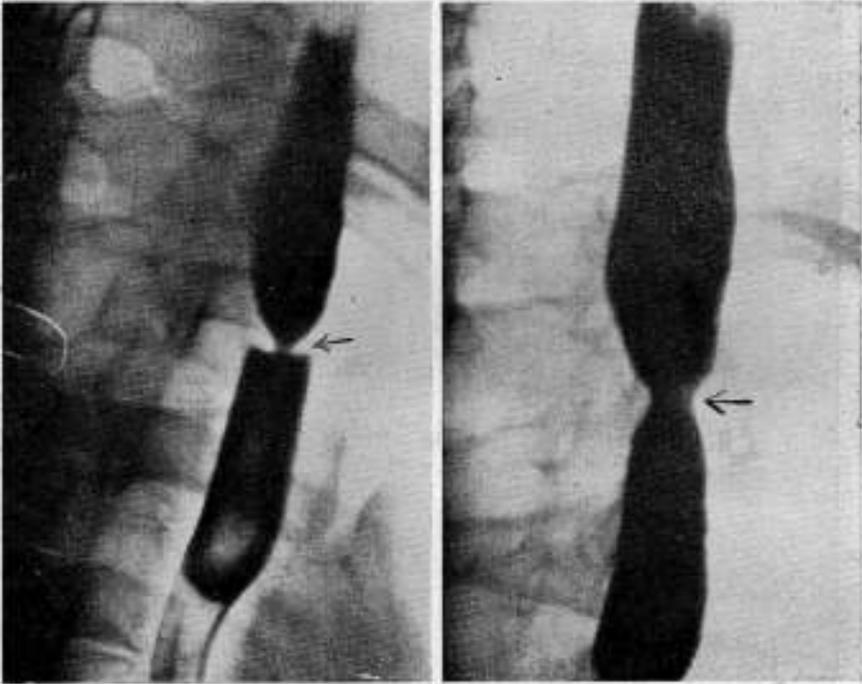


FIG. 12

FIG. 13

miento. Como la gran mayoría de las estenosis cicatrizales son consecuencias de quemaduras del esófago por cáusticos, para evitar esta complicación tan grave, el médico práctico debe saber: 1º) Que cuando sea consultado por un enfermo que haya recién ingerido (antes de las 6 horas) un cáustico debe de inmediato tratar de neutralizarlo dando abundante cantidad de leche de magnesia al 30 por mil, si se trata de un ácido, o soluciones de ácido acético al 10 por mil o jugos de limón o vinagre diluido, si es un álcali; 2º) En la primera semana cuidará la disfagia y el

¿Cómo se sabe que una moneda está en el esófago? Cuando la parte plana de la moneda se ve en la radiografía de frente (fig. 14) y el canto en la radiografía de perfil (fig. 15) la moneda está en el esófago.

Cuando los adultos ingieren cuerpos extraños metálicos, fácilmente visibles a los Rayos X, no hay problema para el diagnóstico; un examen radiológico los pone de manifiesto.

Cuando el cuerpo extraño no es opaco a los Rayos X, por ejemplo, huesos, espinas de pescado, etc., es inútil insistir con radiografías. La historia clínica es suficiente para indicar un examen endoscópico.



FIG. 16

6) COMPLICACIONES DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS

La radiografía de la fig. 16 corresponde a una enferma que tragó una espina de pescado. Tenía dolor, fiebre y poco a poco, se instaló una imposibilidad absoluta para la deglución. Cuando nos consultó, tenía mal estado general, tinte terroso y una tumefacción dolorosa en el lado izquierdo del cuello.

¿Cómo se sabe que una moneda está en el esófago? Cuando la parte plana de la moneda se ve en la radiografía de frente (fig. 14) y el canto en la radiografía de perfil (fig. 15) la moneda está en el esófago.

Cuando los adultos ingieren cuerpos extraños metálicos, fácilmente visibles a los Rayos X, no hay problema para el diagnóstico; un examen radiológico los pone de manifiesto.

Cuando el cuerpo extraño no es opaco a los Rayos X, por ejemplo, huesos, espinas de pescado, etc., es inútil insistir con radiografías. La historia clínica es suficiente para indicar un examen endoscópico.



FIG. 16

6) COMPLICACIONES DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS

La radiografía de la fig. 16 corresponde a una enferma que tragó una espina de pescado. Tenía dolor, fiebre y poco a poco, se instaló una imposibilidad absoluta para la deglución. Cuando nos consultó, tenía mal estado general, tinte terroso y una tumefacción dolorosa en el lado izquierdo del cuello.

Una radiografía de perfil mostró un ensanchamiento del espacio retrofaríngeoesofágico y unas burbujas de aire situadas en ese espacio, cuya presencia es considerada sintomática de perforación (signo de Minningerode).

Le hicimos una esofagoscopia y vimos la espina clavada en el lado izquierdo de la boca del esófago. Sacamos la espina y por el orificio de la perforación, comenzó a salir pus. Se trataba de un absceso retrofaríngeoesofágico producido por la perforación de un cuerpo extraño. Abrimos el absceso por vía interna y la enferma curó en pocos días.

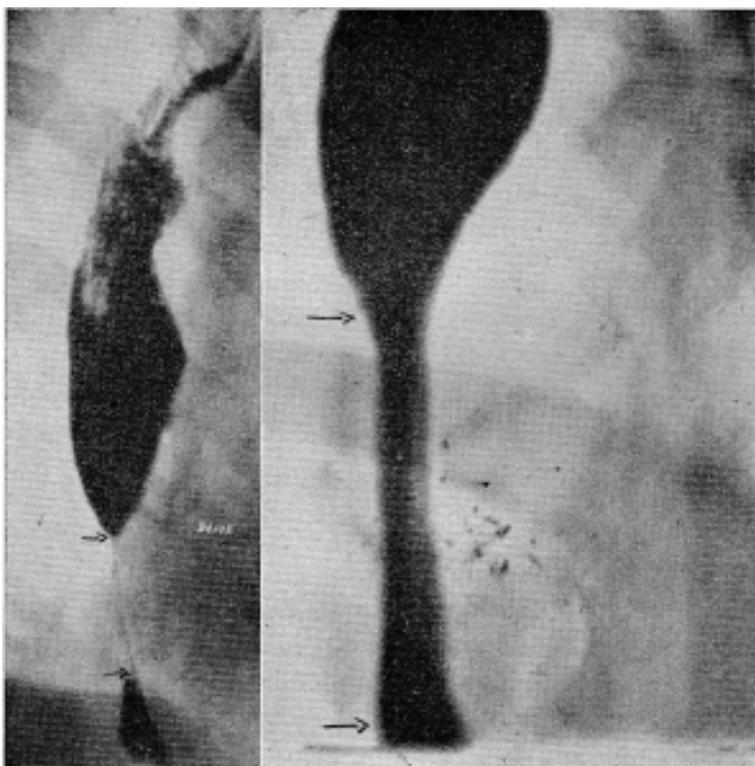


FIG. 17

FIG. 18

7) ESOFAGITIS. — En la gran mayoría de los casos, las esofagitis son inflamaciones de naturaleza no específica y se atribuyen a diversos factores: vómitos frecuentes, infecciones focales en las amígdalas y en los dientes, etc. Lo importante y, lo

que el médico práctico debe saber, es que una esofagitis puede provocar el cierre definitivo del esófago y condenar al enfermo a tener que alimentarse toda la vida por una gastrostomía.

La radiografía de la fig. 17, corresponde a una enferma de 38 años que los Dres. A. Chifflet y J. Sarroca (Paysandú), enviaron para el estudio radiológico al Dr. L. Zubiarré.

El Dr. Zubiarré nos la envió para una esofagoscopia con el diagnóstico radiológico de una lesión inflamatoria (esofagitis) que el examen esofagoscópico confirmó. Como apenas tomaba líquidos, se le practicó una gastrostomía; se le hizo tragar un hilo que sacamos por la boca de la gastrostomía y comenzamos de inmediato las dilataciones; la figura 18 muestra el estado del esófago después de más de un año de dilataciones. Actualmente no tiene disfagia y le hemos cerrado provisionalmente la gastrostomía.

En las esofagitis, lo importante es no dejar cerrar el esófago.

8) MEGAESOFAGO INFANTIL. — Como dice J. Horacio Resano: “la mejor definición que podemos dar del megaesófago, es la siguiente de Walton, algo modificada: un estado de dilatación del esófago en que en el examen anatómico realizado, ya sea durante una operación o en la autopsia, no es posible encontrar ninguna obstrucción por debajo de lo “dilatado”. Sintetizando, dice Resano, definiríamos al megaesófago como una esofagectasia sine materia”.

¿Cuál es la sintomatología del megaesófago infantil? Veamos una historia clínica clásica:

La radiografía de la fig. 19 corresponde a una niña de 8 años que comenzó insidiosamente con disfagia y regurgitaciones.

Prontamente se acostumbró a estos trastornos, tomando, cuando se atoraba, un vaso de agua o haciendo movimientos de flexión y extensión de la cabeza. Tenía una disfagia irregular; había días que tragaba bastante bien y otros en que tenía dificultad casi absoluta. Especialmente tenía dificultad para las bebidas heladas y a veces tanta o más dificultad para los líquidos que para los sólidos.

Se le hicieron diversos tratamientos a base de regímenes alimenticios, tratamiento con vitaminas, etc. Nunca se le hicieron

dilataciones. Pasaron los años cuando tenía 14 años, o sea, 6 años después de iniciados sus trastornos, consultó al Dr. M. Rial que nos la envió. En ese entonces pesaba 23 kilos y desde hacía varios meses, tenía tos paroxística nocturna. Una radiografía de tórax mostró un proceso en ambas bases y un neumotórax derecho (fig. 20). La tos paroxística nocturna se explica en el megaesófago porque al acostarse el enfermo, los líquidos contenidos en



FIG. 19

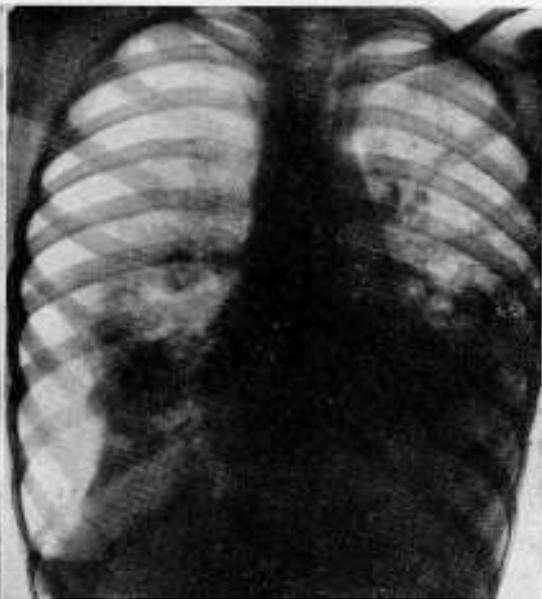


FIG. 20

el esófago pasan a la laringe; los procesos pulmonares, como en este caso, por el pasaje a los bronquios del contenido esofágico dando lugar a infecciones bronquiales, bronquiectasias, abscesos y secundariamente, rotura de vesículas pulmonares, originando un neumotórax, etc.

De inmediato le hice una dilatación con una sonda gruesa de mercurio. El resultado fué espectacular. Desaparecieron los trastornos y todo se redujo a alimentarla intensamente.

Un tiempo más tarde la radiografía de tórax era normal y un tránsito del esófago mostraba el esófago aun algo dilatado, pues es bien sabido que en los megaesófagos antiguos, el esófago no vuelve al calibre normal. Seis meses después pesaba 46 kilos

9) MEGAESOFAGO EN EL ADULTO. — El megaesófago en el adulto, lo mismo que en el niño, se puede definir diciendo que es una “esofagectasia sine materia” (Resano). Pero es necesario saber que por debajo de lo dilatado no tiene que haber una lesión porque, si existe, se trata de un megaesófago secundario. Para eliminar esta última posibilidad es que hacemos siempre una esofagoscopia antes de recurrir a las dilataciones.

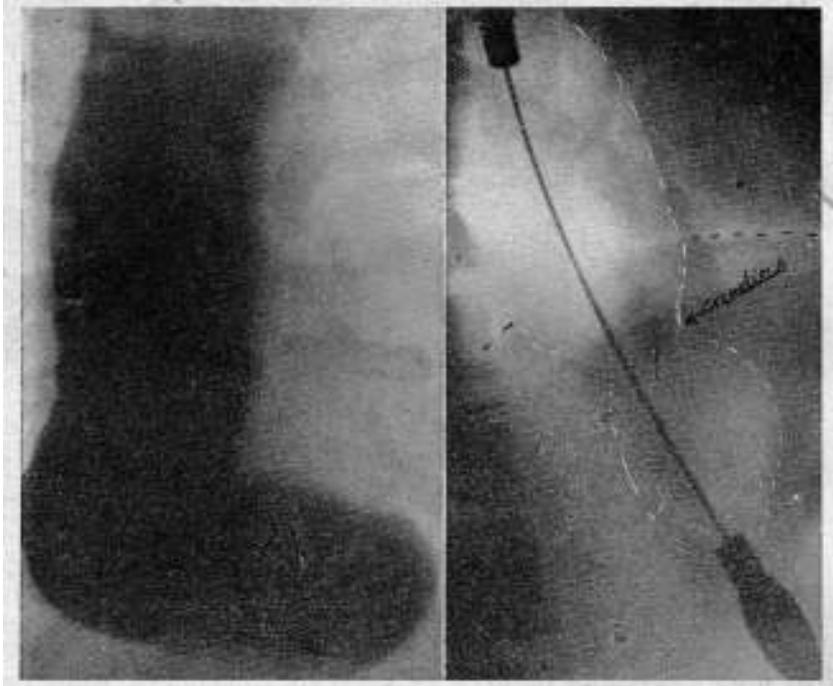


FIG. 21

FIG. 22

Los cardiospasmos (fig. 21) se tratan por las dilataciones con sondas de mercurio o con la dilatación neumática (fig. 22).

Las figs. 23 y 24 corresponden a grandes megaesófagos y, a ese respecto, dice el Dr. Eugenio Zerboni: “Cuando los megaesófagos son (fig. 23) enormes dan una banda de sombra que ocupa la totalidad del hemitórax derecho con nivel líquido en la parte superior. El aspecto moteado de esta banda corresponde a residuos de alimentos sólidos y líquidos. Esta imagen, desbordando el mediastino derecho, con nivel líquido a una altura variable

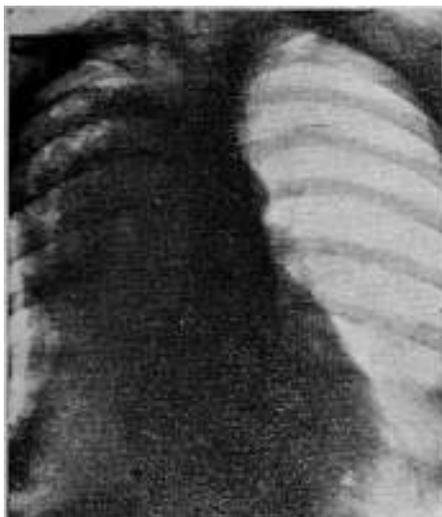


FIG. 23

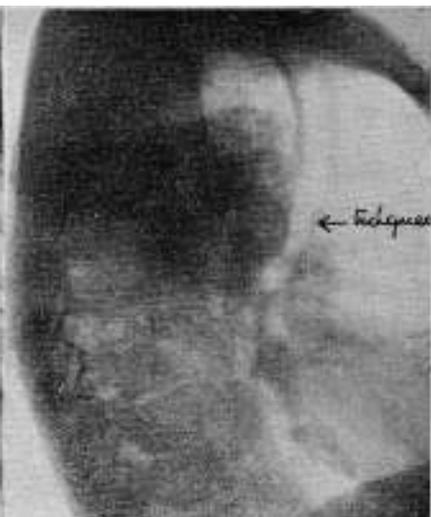


FIG. 24



FIG. 25



FIG. 26

en el hemitórax es característica de esta afección. En la radiografía lateral (fig. 24) la banda moteada está en la parte posterior del hemitórax y empuja la tráquea hacia adelante.

10) VARICES. — La radiografía de la fig. 25 corresponde a várices de esófago (obsérvese el aspecto en panal de abeja). **Todas las enfermedades del esófago dan disfagia salvo las várices que dan esofagorragia.** Son debidas a trastornos de la circulación portal (cirrosis atrófica); trastornos de la circulación esplénica, especialmente en la enfermedad de Banti, etc. Dan hemorragias muchas veces fatales.

11) COMPRESIONES EXTRINSECAS. — El esófago puede sufrir compresiones extrínsecas por tumores del mediastino (fig. 26), situaciones atípicas de la aorta, aneurismas, etc.

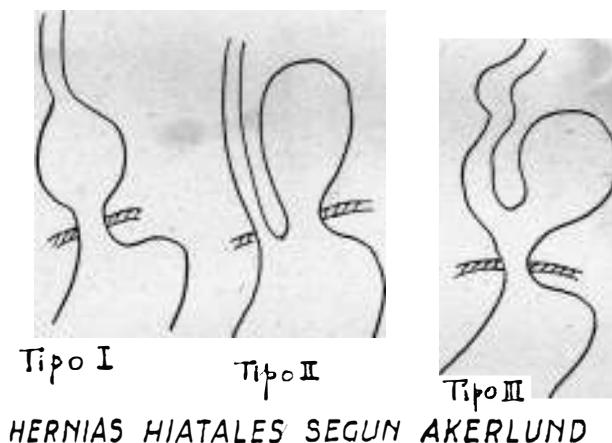


FIG. 27

12) HERNIAS HIATALES. — La fig. 27 corresponde a la clasificación de las hernias hiatales hecha por el radiólogo Akerlund que establece 3 tipos:

Tipo I. — El esófago no es de largo suficiente para que su extremidad inferior llegue al abdomen. El estómago penetra en el tórax (esófago corto congénito).

Tipo II. — El esófago es de longitud normal y su extremidad inferior está colocada por debajo del diafragma una porción

del estómago se ha herniado por el hiato esofágico (hernia paraesofágica).

Tipo III. — El esófago tiene una longitud normal pero está colocado por encima del diafragma y parte del estómago también está por encima del diafragma (hernia gastroesofágica).

Esófago corto congénito o hernia hiatal Tipo I.



FIG. 28



FIG. 29

Cuando un niño que toma los líquidos con facilidad pero tiene dificultad para ingerir los alimentos sólidos, es decir, debe tragarlos en pequeñas cantidades, lentamente, y después de larga masticación, se debe pensar en una estrechez.

Si se hace una radiografía, podrá suceder que muestre una estenosis semejante a la de la fig. 3. En ese caso, es una estenosis congénita. Pero puede suceder que la radiografía (fig. 28) muestre no una estenosis alta, sino a dos o tres traveses de dedo por encima del diafragma y la esofagoscopia pruebe que la estenosis corresponde al cardias ectópico, estrechado por inflama-

ción y que lo que hay por encima de la estenosis, es esófago y lo que hay por debajo es estómago.

En este caso estamos en presencia de un esófago corto congénito que da disfagia por ulceración, fibrosis y estenosis del cardias ectópico.

La estenosis congénita es una estenosis del esófago; la estenosis en el esófago corto, está en el cardias ectópico. El esófago



FIG. 30

corto congénito puede comenzar a dar síntomas en la niñez pero puede ocurrir que empiece a dar síntomas después de los 50 años, es decir, en la edad del cáncer. La radiografía de la fig. 29 corresponde a una mujer de 65 años que desde hacía varios meses tenía disfagia, con un estado general bueno. El examen radiográfico, mostró una estenosis a dos o tres traveses de dedo por encima del diafragma. La esofagoscopia probó que la estenosis estaba en el cardias ectópico estenosado y que por encima de la estenosis estaba el esófago y por debajo, el estómago. Se hicieron dilataciones y desapareció la disfagia.

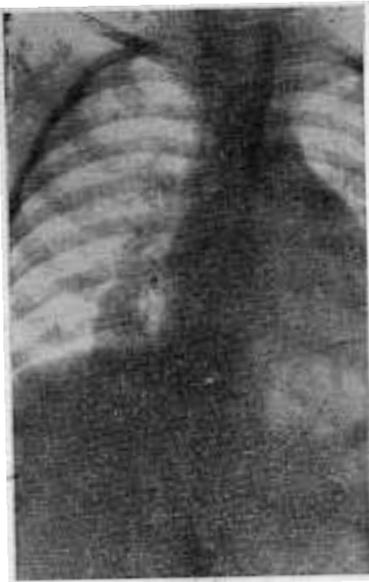


FIG. 31

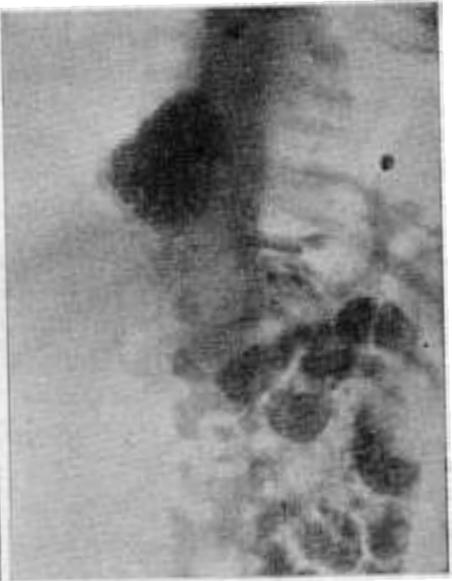


FIG. 32



FIG. 33

(Obsérvese en la fig. 30, el esófago y parte del estómago en el tórax, hernia hiatal tipo III).

La sintomatología de esta clase de hernias es muy variable; el síntoma fundamental es el dolor que puede estar localizado en la parte alta del epigastrio, retroesternal, que aparece o se agrava cuando el enfermo se acuesta, se alivia en posición de pie. Los síntomas se asemejan a los de diversos procesos, una úlcera gastroduodenal, una colecistopatía crónica, etc. Se le llama con razón la "máscara del abdomen superior". Mientras los esófagos cortos se tratan con dilataciones, estas hernias deben ser tratadas quirúrgicamente, llevando el estómago y extremidad inferior del esófago al abdomen.

El Dr. A. Pérez Scremini al realizar una radiografía de tórax en una niña, vió una cavidad en la base del pulmón derecho (fig. 31). Dándole barita, se rellenó, demostrando su relación con el aparato digestivo (fig. 32). Estudiada por el Prof. Q. Codas Thompson, se demostró que se trataba de una hernia tipo III y en la radiografía de la fig. 33 se ve el trayecto esofágico inferior, comprimido, adelgazado y desviado por el saco gástrico herniario. Esta niña no tenía sintomatología.

13) **CANCER DEL ESOFAGO.** — Es bien sabido que de todas las enfermedades del esófago, el cáncer es la más frecuente.

Un médico práctico debe saber: 1º) Que el cáncer del esófago aparece a cualquier edad. Hace pocos días el Dr. A. Santoro nos envió un enfermo de 101 años con un cáncer, del tercio superior del esófago y, en el Servicio del Prof. C. Stajano, tuvimos oportunidad de ver un cáncer del tercio medio en un joven de 22 años, citándose en la literatura médica, casos en personas más jóvenes.

2º) **Que cuando un estudio radiológico es normal en una persona que tiene trastornos esofágicos, se debe indicar una esofagoscopia pues hay lesiones en el esófago que pueden pasar inadvertidas a los buenos radiólogos.**

3º) Que la causa más común de los diagnósticos tardíos, son las malas radiografías.

¿Cuál es el tratamiento del cáncer del esófago? Cuando es

operable, lo ideal es reseca la lesión y anastomosar el estómago con el cabo superior del esófago (fig. 34). Cuando es inoperable (por el mal estado general, lesión muy alta, edad avanzada, etc., pero, especialmente, porque la toracotomía muestra la invasión de los órganos vecinos) debe tratarse que el enfermo no se muera

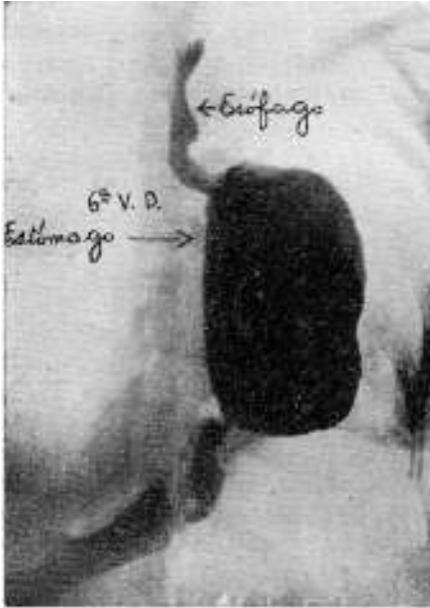


FIG. 34



FIG. 35

de hambre, haciendo una gastrostomía o colocando un tubo de Souttar en el esófago que le permita comer y que en general, es bien tolerado (fig. 35).

Con las gastrostomías se debe tener el mismo criterio que con las traqueotomías. Es bien sabido que para hacer una traqueotomía es necesario no esperar a la última etapa de la obstrucción laríngea; de la misma manera, la gastrostomía debe ser hecha precozmente, al comienzo de la dificultad para el pasaje de los líquidos.

Dr. C. Stajano. — Yo quería hacer uso de la palabra para agradecer al Dr. Barani la interesantísima revisión que ha hecho de la patología del esófago, y sobre todo, en forma tan concreta y en forma tan pintoresca y tan útil. De manera que yo no tengo nada que decir más que agradecer

porque esas comunicaciones son sumamente útiles y lo invito a que vaya a mi clínica para que lo oiga mucha gente joven, y no solamente los jóvenes sino que a los viejos le resulta muy interesante. Es lo que quería decir.

Dr. A. Chifflet. Únicamente deseo decir algunas palabras de felicitación a la Sociedad de Cirugía y al Dr. Barani por la comunicación que nos ha traído.

Es indudable que este sistema que ha usado el Dr. Barani, de presentación de tipo pantallazo, de rápida visión de panoramas rápidamente cambiantes se presta para un tema que no todos lo dominan y para una persona que conozca muy bien el tema; sólo Barani, y sólo ante nosotros podía darse el lujo de hacer ese tipo de presentación, en esa forma.

De las observaciones que nos ha presentado el Dr. Barani, todas ellas muy instructivas, surge el convencimiento de la variedad de lesiones que puede haber en el esófago y la necesidad de que el clínico haga un buen interrogatorio y sobre todo sepa que tiene recursos por otra vía que los que puede dar la clínica pura y únicamente.

Tengo la impresión que los cánceres de esófago que nosotros rotulábamos antes con gran facilidad en los Servicios de Clínica Quirúrgica, no eran bien diagnosticados, sobre todo al ver por ahí, antes del estudio cuidadoso del esófago, enfermos con gastrostomía, con evolución que ha demostrado que no era un cáncer.

En una época en que se discutía sobre los beneficios de la gastrostomía, en los cánceres del esófago, el profesor Soca sostenía que no debía hacerse gastrostomía; frente a esta posición, Lamas y Mondino insistían en que debía hacerse gastrostomía y recuerdo que de toda la argumentación del profesor Lamas, que yo guardo en mis apuntes, había una que me había impresionado mucho: que de los enfermos gastrostomizados por diagnóstico de cáncer de esófago, más de uno no tenía cáncer de esófago.

Ahora, en las últimas palabras del Dr. Barani, de paso, dijo que el estudio radiológico del enfermo del esófago no permite hacer el diagnóstico y por lo tanto hay que recurrir sistemáticamente a la esofagoscopia. Yo me expresaría en otros términos: no opondría una a la otra; la radiografía debe ser tan sistemática como la esofagoscopia. Los dos procedimientos tienen sus fallas. A veces el esofagoscopista ve una lesión que escapó al radiólogo. Otras veces el radiólogo ve una lesión que no pudo ver el endoscopista.

Dr. J. C. Barani. — Muchas gracias por haberme escuchado. Deseo repetir que un examen correcto del esófago comprende: 1º Historia clínica, 2º Examen radiológico - radiográfico y 3º Esofagoscopia.

Y deseo agregar, que cuando un enfermo con trastornos del esófago tiene una radiografía normal su examen no debe detenerse allí, si no ser enviado a un especialista en enfermedades del esófago, pues es bien conocido que a los buenos radiólogos especialistas en vías digestivas, pueden pasarle inadvertidas lesiones del esófago.