

DIRECTIVAS GENERALES PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ESOFAGITIS CORROSIVAS Y LAS ESTENOSIS CICATRIZALES (*)

Dr. Julio C. Barani

Especialista en Endoscopia Peroral

Cuando se habla de esofagitis corrosivas, nos referimos a las producidas por la ingestión de álcalis, especialmente la soda cáustica, que es por excelencia el cáustico del esófago o, de ácidos (ácido nítrico, sulfúrico, clorhídrico, etc.). En nuestro país no son frecuentes pero su tratamiento correcto debe ser bien conocido.

¿Qué debe saber un médico cuando es consultado por un enfermo que ha ingerido soda cáustica o un ácido?

1º) Que las lesiones producidas por los cáusticos son muy variables, pero que alrededor del 25 % de estos enfermos mueren por perforación del esófago o el estómago, esófago y la aorta, edemas de la laringe, etc.

2º) Cuando la ingestión es reciente (antes de las 6 horas), lo primero que se debe hacer es tratar de neutralizar el cáustico. Para eso, si el enfermo ha ingerido un ácido, se indicarán soluciones de leche de magnesia al 30 % y si es un álcali soluciones de ácido acético al 10 %, o agua con vinagre o jugo de limón.

No se harán lavajes con sonda para evitar traumatizar el esófago quemado.

3º) Pasado el accidente inicial, lo que dominará el cuadro clínico de la primera semana será la disfagia y un estado de

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 4 de abril de 1951.

shock más o menos acentuado, variable según la mayor o menor gravedad del enfermo.

El tratamiento consistirá en tonicardíacos, en luchar contra la deshidratación y la acidosis (sueros, transfusiones de plasma, agua por cucharaditas, etc.), y contra la infección, penicilina.

Es muy frecuente y especialmente en los niños, que al ingerir la soda cáustica o el ácido, se aspire el cáustico, que de esta manera lesiona la laringe, tráquea y bronquios. Las lesiones tráqueobronquiales producen tos, que es muy dolorosa, y para atenuarla se emplea morfina. Se debe manejar con mucha moderación la morfina para evitar la desaparición del reflejo tusígeno; no dar atropina, que espesa y reseca las secreciones bronquiales.

4º) Es al final de la primera semana que en los casos benignos de esofagitis corrosiva, desaparecen todos los síntomas, y los familiares y el médico, cuando no es conocedor del peligro de las quemaduras del esófago, comienzan a ser optimistas. *Es un grave error dar de alta al enfermo en estos momentos.*

5º) En los primeros días de la tercera semana reaparecerá la disfagia, debida a la estenosis del esófago ocasionada por la cicatrización.

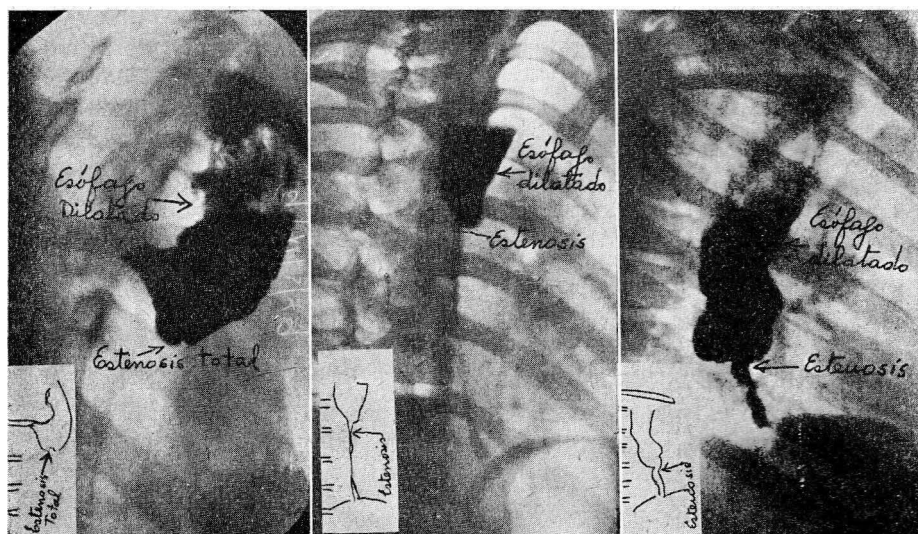
Esta es la evolución de un quemado del esófago por un cáustico.

Y ¿qué se debe hacer?

Neutralizado el cáustico en las primeras seis horas, tratado el estado general en la primera semana, sin hacer deducciones favorables con respecto al mayor o menor grado de las quemaduras del esófago, basándose en las grandes o pequeñas quemaduras de la boca y faringe o en la mayor o menor disfagia, se plantearán dos posibilidades:

1º) Si las quemaduras del esófago no son grandes, el enfermo mejora en la primera semana; el estado general es bueno y la fiebre y los dolores retroesternales desaparecen en pocos días; este es el momento de iniciar las dilataciones con sondas de mercurio gruesas (fig. 4). Estas dilataciones tienen por finalidad evitar la estenosis y *deben iniciarse antes de terminar la segunda semana después del accidente*, época en que comienza la cicatrización de las quemaduras.

2º) Si las quemaduras del esófago fueran muy importantes, el enfermo puede no mejorar en la primera ni en la segunda semana, continuar con dolores retroesternales, fiebre, mal estado general y disfagia. En estas condiciones no se deben iniciar las dilataciones y el esófago se estenosa. Esto es la excepción. Debemos aclarar que, salvo contados casos, siempre es posible iniciar las dilataciones del esófago. El médico práctico debe saber que estas dilataciones comenzadas en los primeros días que siguen



Consecuencias de esofagitis corrosivas no tratadas o mal tratadas. Fig. 1: Estenosis de esófago total. Figs 2 y 3: Estenosis parcial.

a la ingestión del cáustico, constituyen el único procedimiento para evitar una estenosis cicatrizal.

Cuando las dilataciones no se han podido hacer, o se han hecho y fracasado, o el enfermo viene ya con una estenosis del esófago, se plantean tres posibilidades:

1º) Si la estenosis es localizada (fig. 5) se puede dilatar por vía bucal, utilizando dilatadores metálicos o esofagoscopios (fig. 6).

2º) Si la estenosis es extendida (fig. 7) es mejor hacer una gastrostomía y luego dilataciones retrógradas (fig. 8).

3º) Cuando la estenosis cicatrizal es total (fig. 1), es decir, cuando el esófago está totalmente cerrado, puede resolverse esta situación de diversas maneras: 1º En algunos casos, es posible dilatar la cicatriz por vía endoscópica; 2º Haciendo una combinación de maniobras endoscópicas y cirugía externa, seguida de dilataciones (Plinio Mattos Barretto); 3º Anastomosando el estómago a la porción del esófago situada por encima de la este-

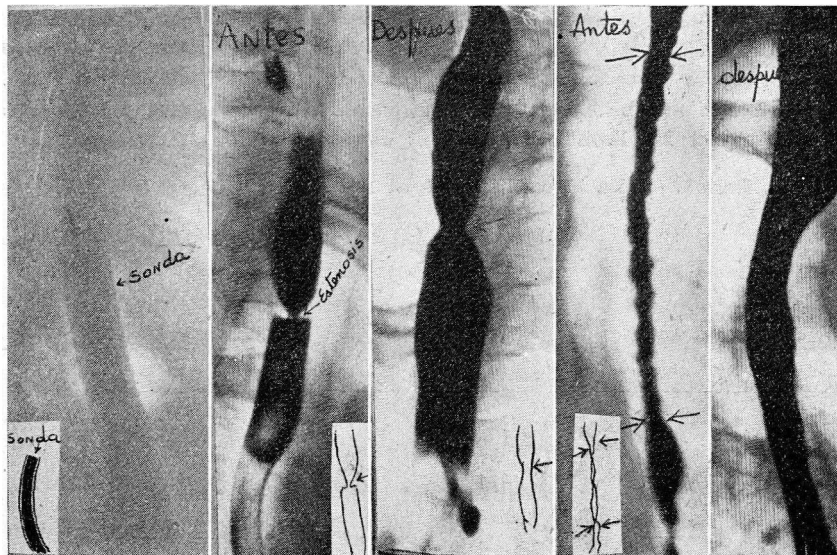


Fig. 4: Sonda gruesa llena de mercurio con la cual se hacen las dilataciones. (Obsérvese la sonda en el esófago). Fig. 5: Estenosis cicatrizal localizada dilatada con dilatadores metálicos (fig. 6). Fig. 7: Estenosis cicatrizal extendida tratada con dilataciones retrógradas (fig. 8).

nosis; 4º Utilizando para la anastomosis una ansa intestinal, etc.

El tratamiento de las esofagitis corrosivas y de las estenosis cicatrizales debe ser hecho por un médico especialista en enfermedades del esófago.

Dr. V. Armand Ugón. — El caso del Dr. Larghero es un caso brillante, que demuestra de una manera terminante la conducta a seguir en casos de estenosis completa del esófago; en los casos en que el esófago continúe aun permeable, como lo acaba de demostrar el Dr. Barani, lo que hay que hacer es la dilatación con sondas de calibre progresivo por vía bucal o retrógrada.

Hace 4 años operamos un enfermo con una estenosis de esófago por ingestión de soda, a quien queríamos hacer una esofagastomía.

Cuando lo intervenimos nos encontramos con que el estómago estaba tan adherido que era imposible movilizarlo. Deseo agregar que este enfermo había sido intervenido varias veces en Buenos Aires. Estuvimos 2 horas liberando el estómago de la pared abdominal y fué imposible hacer una liberación completa y, mismo, se hirió el estómago en varias partes.

¿Qué había que hacer? Se nos ocurrió abrir el estómago, por debajo del cardias, y teniendo el esófago a la vista hicimos pasar una sonda del estómago a través del esófago que asomó en la boca. Como palpamos el esófago nos fué fácil guiar el instrumento sin peligro de perforar. Atamos un hilo en el extremo bucal de la sonda y retiramos la sonda, quedando colocado el hilo cuyos extremos salían por la boca y el orificio del estómago. Aprovechamos este hilo para pasar una sonda más gruesa (Nelaton N° 20).

Después el Dr. Barani continuó las dilataciones.

Dr. Palma. — La Mesa agradece al Dr. Barani.