

COMPLICACIONES PULMONARES EN LOS MEGAESOFAGOS (1) (*)

Dr. Julio C. Barani

Especialista en Endoscopia Peroral

J. H. Belcher (Brompton Hospital Reports, XVIII, 118-139; 1949) en un artículo titulado "Complicaciones pulmonares de las disfagias" (The pulmonary complications of dysphagia) se refiere a la aspiración pulmonar asociada a la disfagia y emplea el término "disfagia-neumonitis" para designar al síndrome constituido por la disfagia más las complicaciones pulmonares. Excluye de estas complicaciones a las lesiones pulmonares producidas en disfagias de origen central así como aquellas ocasionadas por fístulas broncoesofágicas. La base de su artículo consiste en el estudio de treinta y nueve casos recogidos de la literatura médica y nueve casos personales; en total cuarenta y ocho casos. Forman parte de estos cuarenta y ocho casos, treinta y cuatro megaesófagos, cinco divertículos faringoesofágicos, tres cánceres y seis estenosis diversas. Las complicaciones pulmonares consistieron en dieciocho abscesos, diez fibrosis, ocho neumonitis, seis bronquiectasias, cuatro neumonías aceitosas y dos colapsos.

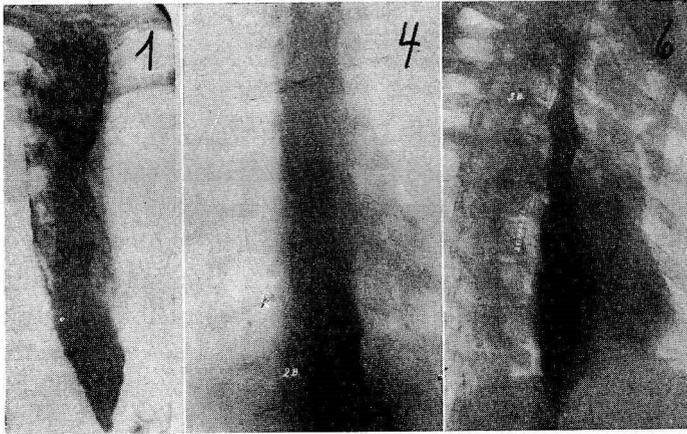
Nuestras observaciones comprenden un megaesófago infantil complicado con un proceso pulmonar de ambas bases y un

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el 11 de junio de 1952.

(1) Megaesófago, acalasia, preventriculosis, cardioespasmo, son unos de los tantos nombres que tiene esta afección del esófago, caracterizada por una dilatación del órgano sin ninguna lesión por debajo de lo dilatado (Walton-Resano). Es una esofagectasia sine materia (Resano, J. H., "Megaesófago Infantil", Arch. Arg. de Enf. del Ap. Dig. y Nutric., XIX, 409-459; 1944).

neumotórax derecho y un megaesófago en un adulto complicado con un absceso pulmonar.

Primera observación clínica. Nuestra enfermita comenzó insidiosamente a la edad de ocho años con disfagia y regurgitaciones. Pronto se acostumbró a estos trastornos, tomando, cuando se atoraba, un vaso de agua o haciendo movimientos de flexión y extensión de la cabeza. La disfagia era irregular; había días que tragaba bastante bien y otros en que tenía dificultad casi absoluta. Especialmente tenía dificultad para las



FIGS. 1, 4 y 6. — Por su orden, de izquierda a derecha. Corresponden al estudio del esófago efectuado en tres períodos distintos.

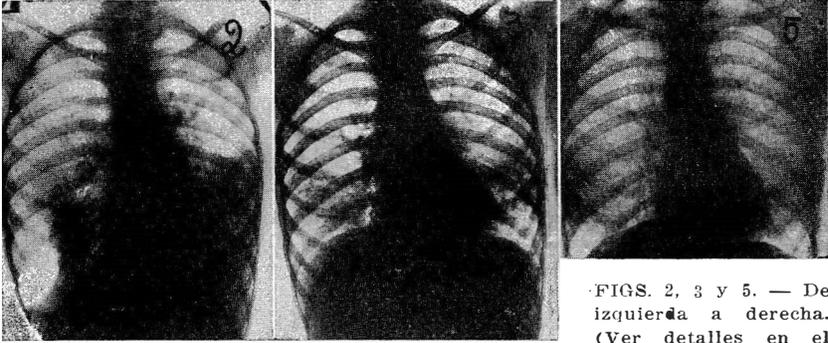
bebidas heladas y a veces tanta o más dificultad para los líquidos que para los sólidos. En esa época se le tomó la radiografía de la figura 1 (X-1945). Se le hicieron diversos tratamientos a base de regímenes alimenticios, medicamentosos, etc.; recorrió varios Servicios hospitalarios, pero no le hicieron dilataciones.

Pasaron los años, continuaron los trastornos, hasta que cuatro años después de iniciada su enfermedad, el Dr. Rial nos la envió para su tratamiento. En esos momentos tenía catorce años, era una chica 'alta y pesaba veintitrés kilogramos. Sumamente flaca y extenuada, tenía desde hacía varios meses tos paroxística nocturna, presentando al examen clínico un proceso pulmonar de ambas bases. La tos paroxística nocturna se explica en los megaesófagos porque al acostarse estos enfermos los líquidos y sólidos retenidos en el esófago pasan a la laringe; más tarde se origina una tráqueobronquitis, como lo comprobaron por medio de la broncoscopia Chevalier Jackson y Chevalier L. Jackson A.N.A. Secc-Otolaringológica, 197; 1933) y que puede aparecer mucho antes que las

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

lesiones pulmonares evidentes; por último, las complicaciones pulmonares: abscesos, fibrosis, neumonitis, bronquiectasias, neumonías aceitosas, colapsos, etc.

En nuestra enfermita una radiografía de tórax mostró un proceso difuso de ambas bases y un neumotórax derecho (fig. 2, 2-I-1949). De inmediato le hicimos una dilatación con una sonda gruesa, rellena de mercurio (Hurst Mercury filled bougie). El resultado fué espectacular;



FIGS. 2, 3 y 5. — De izquierda a derecha. (Ver detalles en el texto).

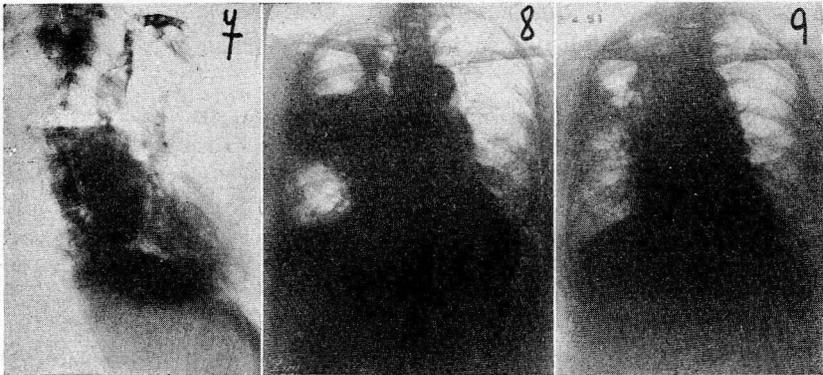


FIG. 7

FIG. 8

FIG. 9

desaparecieron, con la primera y única dilatación, los trastornos esofágicos y todo se redujo a tratar su estado general. Tres meses más tarde una radiografía de tórax (fig. 3, IV-1949) mostró que el neumotórax había desaparecido, quedando aún en las bases un proceso difuso y un tránsito de esófago (fig. 4, IV-1949) muestra a aquél algo dilatado; es bien sabido que en los megaesófagos antiguos curados, el esófago no vuelve al tamaño natural. Seis meses después pesaba cuarenta y tres kilos.

Dos años más tarde la radiografía de tórax es normal (fig. 5, III -

1951) y el tránsito de esófago (fig. 6, III-1951) sigue mostrando que persiste algo dilatado. No ha tenido más trastornos esofágicos.

Segunda observación clínica. Se trata de una mujer de 58 años, que desde hace varios años tiene trastornos esofágicos. Su alimentación quedó reducida a leche y a algunas harinas; estaba muy delgada, anémica, con trastornos de avitaminosis y, por último, hizo un cuadro pulmonar.

Un tránsito de esófago muestra un gran megaesófago acodado (fig. 7) y una radiografía de tórax muestra un proceso en el pulmón derecho (fig. 8). Se trataba de un absceso pulmonar que el Dr. V. Armand Ugón drenó por vía quirúrgica. Pocos días después le hice una dilatación con una sonda de mercurio (Hurst Mercury filled bougre N° 60). La enferma comenzó a comer mejor; se trató su anemia, avitaminosis, hipoproteinemia, etc. Un mes después su proceso pulmonar estaba en regresión (fig. 9) y siete meses más tarde, completamente restablecida, come sin dificultad y ha aumentado catorce kilos.

Estas dos observaciones que publicamos, como una contribución más a la casuística de las complicaciones pulmonares por los megaesófagos, tienen un doble interés: primero, por ser una de las observaciones, un megaesófago infantil que, de por sí es una afección muy poco frecuente y, segundo, porque en ambos casos con una sola dilatación, hecha con una sonda gruesa rellena de mercurio, desaparecieron los trastornos esofágicos.

Dr. Otero. — Es indudable que el trabajo del Dr. Barani tiene el interés de destacar aspectos del megaesófago, que consulta por sus complicaciones, dejando así bien sentada esta situación clínica y dándonos la impresión de su importancia.

Al mismo tiempo nos deja sintéticamente la noción de la eficacia de los resultados de la dilatación y de su rápida manera de actuar. Declaro sinceramente que no tenía el concepto tan definido y absoluto de que el tratamiento por dilatación fuera tan espectacularmente eficaz como lo demuestra el Dr. Barani. De manera que le agradezco muy especialmente el trabajo presentado.