

Facultad de Medicina

Clínica Quirúrgica: Prof. J. Fiquinela. — Dep. de Medicina Operatoria: Prof. W. Suiffet

TRAUMATISMOS DEL ESÓFAGO CERVICAL. — TRATAMIENTO. — TECNICA DEL ABORDAJE QUIRURGICO (*)

Dr. Walter Suiffet - Dr. Liber Mauro

Los traumas del esófago constituyen uno de los capítulos más complejos de la patología y la clínica. Numerosas razones justifican este concepto.

Su frecuencia cada vez mayor es evidente. El uso más amplio de la endoscopia y las posibilidades mayores al trauma externo, aumentan su número.

Su profundidad anatómica, sus vinculaciones viscerales, las peculiaridades de su constitución anatómica, su semiología difícil, la posible asociación lesional en los traumas externos, no hacen sencillo el reconocimiento y la terapéutica de las lesiones traumáticas del esófago. Pero indiscutiblemente, el punto más importante es la continuación de los espacios laxos celulosos periesofágicos, que conducen rápidamente a una infección cérvicomediastinal grave. Esta contaminación es de un riesgo inusitado en base a tres factores importantes.

Ellos son:

De orden anatómico: El esófago cervical y torácico no sólo constituyen una unidad descriptiva, sino que topográficamente están íntimamente vinculados por los espacios que lo rodean. No hay limitación entre el esófago cervical y torácico y la difusión de los procesos sépticos perforativos del esófago cervical se hace sin ninguna limitación hacia el mediastino posterior torácico. Es un órgano cérvico-torácico-mediastínico del punto de vista de la posible difusión de los procesos sépticos periesofágicos.

De orden funcional: Las diferencias tensionales dentro del esófago y su relación con la de los tejidos que los rodean propenden a la difusión mediastinal. La presión durante el acto de deglución fuerza el pasaje del contenido esofágico por la brecha traumática. El contenido

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 11 de abril de 1962.

del espacio retroesofágico es fácilmente aspirado al mediastino posterior, durante la etapa de la inspiración, por acentuación de la presión negativa intratorácica. El movimiento de corazón y grandes vasos favorece la difusión del proceso.

Además, la deglución permanente de la saliva, mantiene la peristaltis del esófago y ello favorece la permeación continua a través de la zona de lesión traumática.

De orden patológico: La saliva puede estar contaminada con gérmenes aerobios y anaerobios, especialmente en los portadores de lesiones dentarias importantes. Aun cuando se restrinja o suprima totalmente la ingestión de alimentos, la deglución de saliva contaminada, especialmente con anaerobios, puede ser catastrófico para los espacios vírgenes y laxos que rodean al esófago.

Por tanto, estos factores propenden a la difusión de la infección, lo que le confiere a la lesión traumática del esófago una gravedad inusitada.

Bisgard y Kerr ³ clasifican las perforaciones del esófago de acuerdo a su etiopatogenia de esta forma:

A) Causas Intrínsecas: 1) Tumores del esófago, 2) Esofagitis, 3) Ruptura espontánea, 4) Ulceraciones.

B) Causas Extrínsecas: 1) Instrumentales, 2) Cuerpos extraños, deglutidos, 3) Heridas penetrantes, 4) Neoplasmas extrínsecos, 5) Perforaciones de infecciones extrínsecas, 6) Aneurismas aórticos, 7) Ulceraciones debidas a cáusticos.

Del punto de vista patológico y según el grado de la lesión las clasifican en:

1) Lesiones perforantes lentas (erosión de tumores o cuerpos extraños).

2) Perforaciones pequeñas (huesos finos, alfileres).

3) Perforaciones grandes agudas (instrumentales, heridas o espontáneas).

Chamberlain ⁵ establece los siguientes factores etiológicos de la ruptura del esófago:

1) Violencia externa, 2) Infecciones externas, 3) Neoplasmas extraesofágicos, 4) Aneurismas aórticas, 5) proyectiles penetrantes, 6) Cuerpos extraños, 7) Instrumentos, 8) Aumento de la presión intra-abdominal, 9) Tumores del esófago, 10) Esofagitis.

La estadística de Seybold, ²⁸ muestra como agente etiológico:

Esofagoscopia 33 %, Dilatación 30 %, Cuerpo extraño 27 %, Gastroscopia 5 %, Espontáneo 3 %, Trauma exterior 2 %.

El problema es variable desde muchos puntos de vista, de acuerdo a la localización de la zona traumática. Es fácilmente comprensible

que la repercusión fisiopatológica lesional, es distinta según la lesión asiente en el esófago cervical, o en las distintas topografías del esófago torácico.

Nos referimos concretamente en esta comunicación al esófago cervical. Hemos tenido oportunidad de tratar un caso, cuya historia relataremos más adelante, de trauma esofágico por cuerpo extraño, que motiva estos comentarios.

Los cuerpos extraños son una de las causas más frecuentes de traumas del esófago cervical. Mathewson²⁷ en 55 casos de ruptura traumática del esófago, encuentra 15 casos (28 %) debidas a cuerpo extraño. El cuerpo extraño más frecuentemente encontrado en el esófago, son los huesos. En 2.372 casos de cuerpo extraño del esófago Jackson¹⁴ encuentra 626 huesos. Las razones de la frecuencia de la ingestión de cuerpos extraños son de diversa naturaleza:

—Ausencia de dentadura natural;
—Presencia de prótesis dentarias que modifican la sensibilidad de la boca;

—Descuido en la preparación y masticación de los alimentos.

Los síntomas y signos clínicos elementales son:

—Dolor de intensidad habitualmente grande, localizado en el cuello, orofaringe o parte alta del tórax. El dolor está presente en el 98 % de los casos;²⁸

—Fiebre constante: 92 % de los casos;²⁸

—Disfagia variable: 70 % de los casos;²⁸

—La dificultad respiratoria y disfonía son menos frecuentes;

—Existe contractura cervical dolorosa, con inmovilidad variable, acompañando por lo general al dolor;

—La repercusión general toxiinfecciosa depende de la magnitud de la infección.

Los signos físicos dependen de la etapa evolutiva. Los más frecuentes son:

—Enfisema subcutáneo;

—Tumefacción cervical, más marcada a lo largo del E. C. M. y a veces al nivel del hueco supraesternal y hueco supraclavicular;

—El enrojecimiento cutáneo y edema son elementos tardíos e infrecuentes.

El examen radiológico²⁸ es fundamental. Se describen:

Ensanchamiento de la sombra del mediastino superior o zona cervicomediastínica. Aspecto opaco o imagen hidroaérea;

Desplazamiento de la tráquea hacia adelante con aumento del espacio interfaringeo esófago vertebral. Puede aparecer opacidad retrotraqueal; evidencia de gas en formas de estrías o un nivel hidroaéreo que se reconoce en el estudio radiológico de perfil, pero que puede verse aún en la radiografía frontal. Este signo radiológico ha sido

descrito por Minnigerode ¹⁷ y es de valor fundamental en el diagnóstico;

Presencia de enfisema en los planos superficiales (Paulson ¹⁹);

La ingestión de sustancias radioopacas puede demostrar el pasaje de ellas a la zona retrovisceral. Se aconseja usar lipiodol en vez de bario. ^{5 9 11 18}; .

La presencia del medio de contraste puede hacer más nítido un nivel hidroaéreo retrovisceral;

No es frecuente pero se puede observar derrame pleural; neumotórax; hidroneumotórax;

Por último, puede reconocerse cuerpo extraño causal de la lesión.

El problema del reconocimiento lesional no existe cuando hay trauma externo o interno evidente. Es complejo cuando se desconoce la causa y en este grupo entran en primer término los cuerpos extraños ingeridos, que pueden pasar completamente desapercibidos y permitir que la lesión esofágica se exprese por la terrible complicación infecciosa.

La frecuencia de las lesiones traumáticas del esófago es cada vez mayor.

Jemerin ¹³ estudia 69 casos de infección periesofágica por traumatismo, 22 casos de 1925 a 1935, y 47 casos de 1935 a 1947.

Seybold ²⁸ estudia 50 casos. 21 casos de 1907 a 1942 y 29 casos de 1943 a 1949.

Se atribuye este incremento a la mayor utilización de la endoscopia, lo que es evidente de acuerdo a los datos estadísticos de Palmer ²² y Seybold. ²⁸

Es notorio que el pronóstico ha mejorado fundamentalmente con:

—el reconocimiento de las lesiones y la terapéutica quirúrgica inmediata;

—la administración de antibióticos.

Jeremin ¹³ presenta en su estadística una mortalidad de 77,3 % antes de la terapéutica quirúrgica y antibiótica, bajando esa cifra a un 17 % luego de la aplicación de dichos principios, a pesar de haberse duplicado el número de casos en la última serie. Estos conceptos han sido también confirmados por los datos estadísticos y las opiniones de diversos autores, ^{1 2 4 5 6 7 11 12 18 19 20 23 28 30 31 32 34} siendo fundamental para mejorar el pronóstico de la gravedad de las heridas esofágicas, el conocimiento exacto de la indicación de los distintos medios de tratamiento de que se dispone.

Los procedimientos terapéuticos en las rupturas de esófago son diversos. Chamberlain ⁵ analiza las distintas orientaciones terapéuticas consignadas en la literatura, donde se anteponen nítidamente las tendencias conservadoras y quirúrgicas.

Es necesario conocer los métodos terapéuticos y aplicarlos a cada

caso particular. Es necesario considerar en la elección:

—Topografía y tamaño de la lesión traumática;

—Tiempo de evolución;

—Agente traumático, especialmente si hay impactación de cuerpo extraño;

—Estado evolutivo de la infección periesofágica;

—Grado de la repercusión general;

siendo muy importante el conocimiento exacto de la anatomía quirúrgica, la táctica y la técnica del abordaje del esófago y los medios de reparación de las lesiones.

Los fundamentos de la terapéutica son según Overstreet: ¹⁸

—Recuperación del paciente;

—Reparación quirúrgica de la lesión;

—Debridamiento y limpieza de los espacios contaminados;

—Terapéutica de reparación general;

—Recuperación pulmonar;

—Limpieza tráqueo brónquica, utilizándose si es necesario la traqueotomía;

—Antibioterapia intensa.

Overstreet y Ochsner, ¹⁸ Samson, ²⁶ insisten que a las lesiones esofágicas se les debe aplicar el mismo criterio que a la ruptura de cualquier víscera hueca. El hecho que la víscera asiente en el cuello o en el tórax no invalida esta posición terapéutica. Esta conducta no es aceptada universalmente, y como Chamberlain ⁵ lo expresa, hay autores que abogan la inmediata reparación quirúrgica y otros prefieren medidas más conservadoras.

En las perforaciones de estómago o intestino la cirugía se dirige a la evacuación de los líquidos sépticos vertidos en el peritoneo y al cierre de la perforación. Este concepto quirúrgico general debe guiar la terapéutica quirúrgica de las lesiones esofágicas. Aun cuando Seybold ²⁸ expresa que excepto en la ruptura espontánea del esófago inferior, el cierre de la perforación de faringe o esófago es habitualmente imposible, hay una tendencia a tratar de realizar el cierre quirúrgico primitivo de las lesiones. ^{2 3 5 11 15 1 25 30 34}

Esquemáticamente podemos orientar la terapéutica en:

—Las lesiones del esófago cervical, recientes, deben ser tratadas quirúrgicamente, con la orientación del cierre y drenado periesofágico.

Este es el tipo de lesión donde más se ha discutido la orientación a seguir.

Chamberlain, ⁵ aconseja que en las rupturas cervicales pequeñas, en las etapas iniciales, especialmente las lesiones post-endoscopía, sin evidencia de contaminación, pueden ser tratadas en forma conservadora con antibióticos —reposo, dieta absoluta, alimentación parenteral e higiene oral.

Mathewson,²⁷ relata 21 casos de rupturas cervicales, de los cuales 11 fueron tratados en forma conservadora sin muertes. Sin embargo, las estadísticas de Jemerin¹³ y Seybold,²⁸ demuestran a las claras lo contrario.

Es posible que en esta situación se pueda recurrir a la terapéutica conservadora si se cumplen dos premisas:

- observación y vigilancias estrictas;
- condicionar la terapéutica al estado de higiene oral.

Si el estado orofaríngeo es inconveniente con lesiones dentarias, gingivales o mucosas importantes, el riesgo de infección es muy grande. La aspiración salivar y la desinfección local son muy importantes, pero aún así, en los casos límites es preferible abandonar la terapéutica conservadora porque el riesgo de la infección es grave.

—Las lesiones más importantes deben ser tratadas directamente en forma quirúrgica con la doble orientación de:

- drenar los espacios periesofágicos;
- reparar dentro de lo posible la lesión traumática.

En las lesiones pequeñas, de discreta agresión traumática el cierre es posible. Se deberán utilizar puntos invertidos en la luz con material reabsorbible en el plano muscular e irreabsorbible en los planos celulares de la vaina periesofágica.

En las lesiones muy extensas se debe realizar lo posible para la reparación lesional. Las tentativas de reparación no deben ser con riesgo de necrosis de la zona de sutura por exceso de tensión o estenosis cicatrizal secundaria. Si el defecto es muy grande y no puede ser reparado, inicialmente por procedimientos plásticos, deberá prepararse en lo posible la zona operatoria para restaurar posteriormente la continuidad faringoesofágica.

Seybold²⁸ expresa que excepto en las perforaciones espontáneas del esófago terminal, el cierre de la laceración de la pared del esófago o faringe es habitualmente imposible.

Las tentativas de reparación deben ser llevadas al máximo cuando hay una sección transversal del esófago para evitar la huida del cabo distal hacia el mediastino. Se aconseja la anastomosis término terminal,^{5 8 11} y³⁰ con la técnica habitual de la reparación esofágica.

Los espacios celulares periesofágicos deberán ser drenados:

- en el declive;
- con material blando no traumático;
- no colocados en contacto con la línea de sutura.

Algunos autores aconsejan el bloqueo mediastínico para evitar la contaminación ulterior.^{16 20 23 30}

—Las lesiones evolucionadas, con infección cervical o cérvico mediastínica, cualquiera sea tamaño, topografía o etiología, deberán ser tratadas quirúrgicamente con la siguiente orientación:

- Abordaje amplio y adecuado;
- Evacuación de la o las colecciones supuradas;
- Lavado, aspiración e higiene de la colección supurada, sin maniobras que puedan propender la difusión;
- Extracción de cuerpos extraños. La vía a elegir será la más conveniente de acuerdo a la topografía y tamaño del cuerpo extraño. Se utilizará la vía endoscópica o la quirúrgica para la extracción.
- Colocación del avenamiento en la zona de declive, drenando el espacio retrovisceral por la zona operatoria o por contrabertura;
- El tratamiento realizado en cualquiera de las situaciones anteriores será completado con:
 - Antibióticos;
 - Reparación general: Transfusiones; Sueros;
 - Higiene oral y Aspiración salivar;
 - Posición de Trendelenburg y cara hacia abajo para favorecer el drenado salivar y de las secreciones patológicas de la herida;
 - Si es posible, realizar la intubación nasogástrica, con tubos de pequeño calibre para la alimentación parenteral;
 - Si la alimentación es imposible y la fistulización amplia, Gastrostomía o Yeyunostomía, preferentemente la primera, para la alimentación. Se aconseja realizarse antes que el estado nutritivo general decaiga.

Táctica y técnica quirúrgica

Von Hacker³³ fue posiblemente el primer autor que sugirió la cérvico mediastinotomía inmediata en los traumas del esófago cervical, para evitar la difusión mediastínica con todas sus graves consecuencias.

Marschik¹⁶ describe la técnica con precisión y esa conducta original ha sido complementada fundamentalmente con las colaboraciones de Gaudiani,¹⁰ Jemerin,¹³ Palmer,²⁰ Philips,²¹ Pearse,²³ Resano,^{24 25} Seybold.²

Dos puntos de interés deben ser considerados antes de detallar la Técnica Quirúrgica: *La Vía de Abordaje* y la *Incisión Quirúrgica*:

—**La Vía de Abordaje** del esófago cervical y de los espacios periesofágicos, principalmente el retro faringo-esófago es una cérvico-mediastinotomía transcervical. El camino de elección es la vía lateral en el cuello, pudiendo ser uni o bilateral. El E.C.M. marca la línea del abordaje y el único obstáculo riesgoso en ese camino es el paquete yugulo-carotideo. El abordaje puede hacerse por delante o por detrás del E.C.M. (fig. 1).

A) Si se aborda por delante del E.C.M. el camino se fragua:

—Entre el árbol visceral y el paquete vascular, debiendo reclinarse hacia adentro el árbol visceral y la glándula tiroides y hacia

afuera el paquete vascular y el E.C.M. Esta vía es más directa; aleja hacia afuera el riesgo vascular; permite explorar todo el espacio retrofaringoesofágico desde la base del cráneo hasta la 3ª vértebra dorsal; permite explorar la zona traqueal y pretraqueal, y el paquete vascular lo que es importante en lesiones asociadas; permite explorar ampliamente la cara posterior faringo-esofágica hasta el borde opuesto al lado del abordaje y tratar las lesiones; permite una extensión fácil al

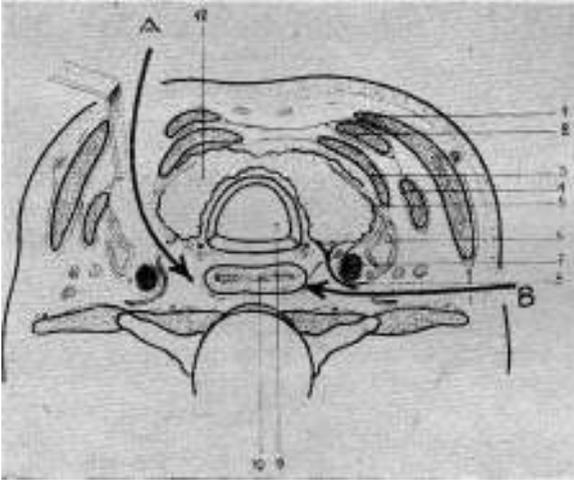


FIG. 1. — Corte transversal del cuello. A) Vía pre esterno cleido mastoidea. B) Vía retro esterno cleido mastoidea. 1) E.C.M. 2) E.C.H. 3) E.C.T. 4) O.H. 5) Vena tiroidea media. 6) Vena yugular interna. 7) Art. carótida primitiva. 8) Art. tiroidea inf. 9) Tráquea. 10) Esófago. 12) Tiroides.

mediastino por medio de la cérico mediastinotomía²⁹ para tratar lesiones asociadas de la zona frontera cérico mediastinal.

Tiene el inconveniente que el avenamiento no es directo, no se puede situar en el declive, siguiendo un trayecto de atrás hacia adelante en cualquier posición que tenga el cuello y la cabeza;

—Entre el árbol visceral y vascular por dentro y el E.C.M. por fuera, llegando a la zona faringo esofágica por detrás de los vasos. Es una vía compleja, que fuerza a una separación artificial entre el paquete yugulo carotídeo y el E.C.M. haciendo más riesgosa y difícil la exposición.

B) Si se aborda por detrás del E.C.M., el camino se fragua:

—Entre el paquete vascular y el E.C.M. por delante y por adentro y el plano prevertebral por detrás.

Es una vía más distante, más profunda, que no permite la exploración anterior, y que hace más difícil la exposición del esófago en la zona opuesta a la de la incisión.

Tiene la gran ventaja que permite un avenamiento más directo y una evacuación correcta de los exudados en posición de decúbito

dorsal. Resano²⁴ la prefiere por esas razones y no ha encontrado dificultades en su uso, aunque la mayoría de los autores siguiendo a Marschick¹⁶ prefieren el abordaje preesternocleidomastoideo.

La incisión cutánea puede ser oblicua, en la dirección al borde anterior o posterior del E.C.M. o transversal.

La incisión oblicua permite un abordaje amplio desde la base del cráneo al mediastino, realizando una exposición directa sin arriesgar planos no expuestos a la contaminación inicial. La incisión transversa es más estética y puede permitir la exploración bilateral. Su exposición exige decolamientos inconvenientes. La exposición bilateral puede ser realizada perfectamente por dos incisiones oblicuas (Pearse²³).

La incisión y el abordaje deben realizarse del lado donde se exprese más la sintomatología, pudiendo ser uni o bilateral, según la magnitud de los síntomas infecciosos. En las lesiones recientes, especialmente por trauma endoscópico, hay que tener en cuenta los datos que pueden obtenerse de esta maniobra para orientar el abordaje. En casos dudosos preferir el abordaje izquierdo³ por dos razones:

—porque el esófago está más desplazado a la izquierda en condiciones normales;

—porque el obstáculo vascular no es tan importante, dado que la carótida izquierda es más externa que el tronco braquicefálico y la carótida derechas.

Si el abordaje inicial no es suficiente se puede realizar el similar del lado opuesto.

Analizaremos con detalle la

Técnica Quirúrgica

Posición: Decúbito dorsal. Discreta flexión del cuello para evitar la tensión muscular y facilitar los desplazamientos laterales del cuello.

Anestesia: La anestesia local permite perfectamente las intervenciones de evacuación y de reparación. Es necesario recordar los riesgos de las dificultades respiratorias, siendo conveniente estar preparado para la solución de estos problemas.

Incisión (fig. 2): Describimos la técnica del abordaje preesternocleidomastoideo.

Marschick¹⁶ aconsejaba una incisión desde la punta de la mastoidees al esternón, a lo largo del borde anterior del E.C.M. Puede realizarse algo más pequeña sin realizar la sección en el $\frac{1}{3}$ superior. No deben crearse dificultades por incisiones pequeñas, siendo preferible recurrir a la incisión de Marschick siempre que se considere necesario.

Se secciona la piel y músculo cutáneo a lo largo de la incisión, con-

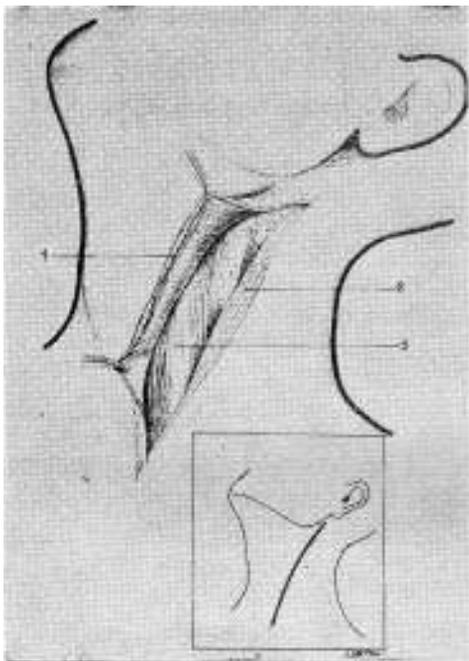


FIG. 2. — Incisión pre estérno cleido mastoidea. 1) Piel y cutáneo. 2) E.C.M. 3) Plano infrahióideo.

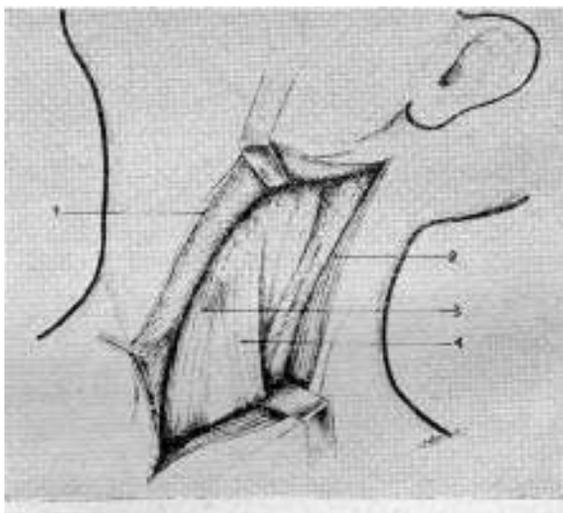


FIG. 3 (continuación).
1) Piel y cutáneo. 2) E.C.M.
3) E.C.H. 4) O.H.

tinuándose la profundización seccionando la aponeurosis cervical superficial (fig. 2).

Se continúa profundizando la incisión en la misma dirección (fig. 3) y se reconoce el plano de omohioideo y de la aponeurosis cervical media, que se continúan hacia arriba con tejido linfocélulo ganglionar.

Para exponer correctamente el árbol visceral es preferible seccionar el omohioideo y luego la aponeurosis media hasta la base del

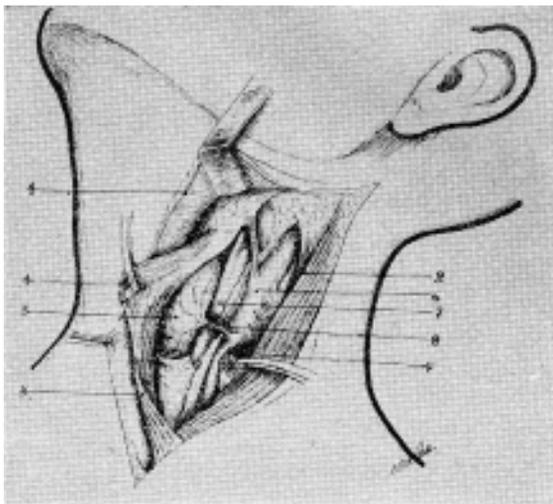


FIG. 4 (continuación). —
1, 2, 3, 4) Ver leyendas anteriores. 5) Glánd. tiroides. 6) Vena yugular int. 7) Art. carótida primitiva. 8) Vena tiroidea media.

cuello (fig. 4). Si el omohioideo es muy bajo o si sólo se va a realizar drenado, es posible omitir la sección y reclinarlo solamente hacia abajo.

El árbol visceral del cuello queda vinculado al paquete vascular yugulo-carotídeo (fig. 4). Tres estructuras vasculares los unen:

- la vena tiroidea media;
- la arteria tiroidea inferior;
- el paquete tiroideo superior;

siendo los dos primeros transversales y el último oblicuo hacia abajo y adentro.

Para penetrar entre el árbol visceral y el paquete vascular en el camino hacia el esófago, es necesario seccionar indefectiblemente la vena tiroidea media. El pedículo tiroideo superior, más alto, no es necesario ligarlo. Se separan las estructuras viscerales de las vasculares, en la misma forma que se procede en la liberación peritiroidea en la cirugía de la glándula tiroides (fig. 5).

La arteria tiroidea inferior aparece como freno transversal. Más profunda y retrocarotídea puede impedir el abordaje amplio del esó-

fago. Si es necesario se expone y se liga lo más afuera posible. Se seccionan (fig. 6) pudiéndose penetrar así ampliamente en la zona retrofaríngea esofágica desde la base del cráneo al mediastino superior, con una separación roma que destruye las vinculaciones viscerales con el plano prevertebral. Es necesario evitar el traumatismo del simpático cervical.

La separación hacia adelante y algo del lado opuesto del árbol

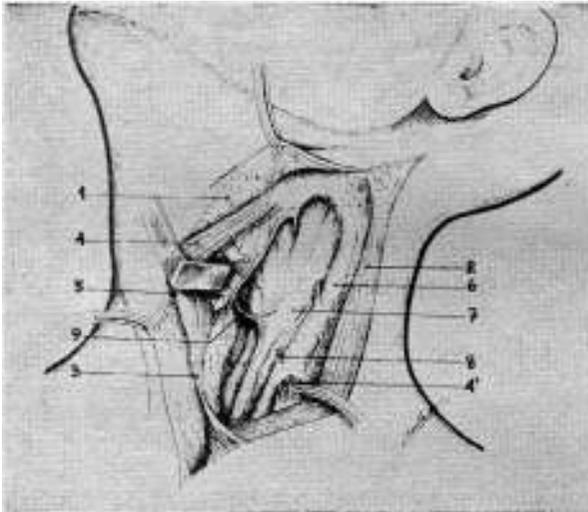


FIG. 5 (continuación). — 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) Ver leyendas anteriores. 9) Arteria tiroidea inferior.

visceral permite un abordaje amplio del borde lateral y cara posterior faringo-esofágica.

La extensión de la exposición estará regida por el objetivo de la intervención, según sea una intervención para drenar o para reparar las lesiones esofágicas.

Se colocará el drenaje de acuerdo a lo ya expuesto.

El cierre es muy simple — Aponeurosis y piel.

En el abordaje retro esterno cleido mastoideo, la vía es más posterior, obliga a seccionar la aponeurosis superficial por detrás del E.C.M. y levantando éste junto con el paquete yugulo-carotídeo, conducirse por delante del plano prevertebral hasta la cara posterior del árbol visceral.

No es necesario realizar desconexiones vasculares pues el árbol visceral se desplaza hacia adelante junto con el paquete vascular y no se disocian en la exposición quirúrgica. Puede constituir un obstáculo la arteria tiroidea inferior en su cayado para alcanzar la glándula tiroides. La vía corre por detrás del E.C.M. y del paquete vascular.

Esta es la conducta preferida por Resano.²⁴

Abordado el esófago la conducta variará según la magnitud de las lesiones y el estado infeccioso:

- Se realizará la extracción de cuerpos extraños;
- Se drenará la zona infectada;
- Se taponará laxamente el mediastino posterior y superior de

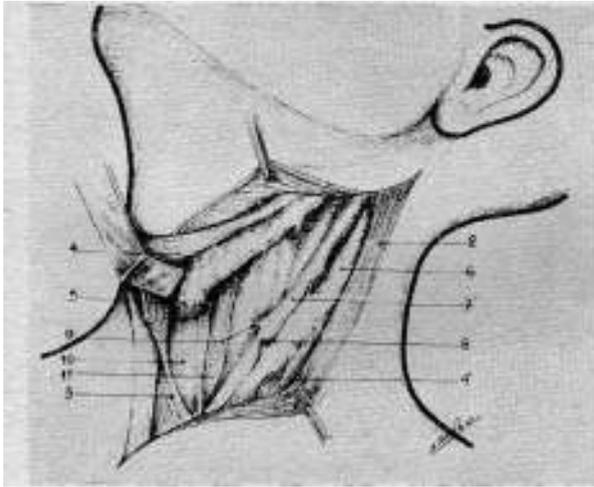


FIG. 6 (continuación). — 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) Ver leyendas anteriores. 10) Tráquea. 11) Esófago.

acuerdo al grado lesional y al estado evolutivo de la infección peri-esofágica.

—Se cerrará la herida uniendo solamente los bordes cutáneos.

La Historia Clínica que ha motivado estos comentarios es la siguiente:

L. J. 64 años. Sexo masculino.

Clínica Quirúrgica Prof. J. Piquinela. Ficha 2083. Ingresó el día 15 - VI - 59 a la Sala 23 del Hospital Pasteur.

Hace tres días alimentándose ingiere un bocado grande de carne. Tiene sensación de dolor intenso en el $\frac{1}{3}$ superior del cuello. Continúa con dolor permanente, impidiéndole el reposo y la alimentación. Toma solamente líquidos, porque la deglución es muy dolorosa. Aparece progresivamente tumefacción en el cuello en ambas regiones carotídeas, más marcada a izquierda. Disfonía desde las últimas 24 horas. Tos dolorosa.

Se intensifican las molestias. Ingresó al Hospital Pasteur.

No hay otros antecedentes patológicos. El paciente deglutía bien hasta el día del ingreso.

Examen: Estado general toxi-infeccioso. Temp. 38/5. Pulso 110. Ligera disnea. Gran fetidez de aliento. Disfonía. Tumefacción de cuello, que toma toda la zona infrahioidea y carotídeas bilaterales hasta la base del cuello predominando a izquierda. Dolor a la palpación. No se nota enfisema subcutáneo.

Impotencia funcional completa. Cuello fijo. No hay dificultad a la movilidad maxilar inferior. Movilidad de la lengua dolorosa y limitada. Auscultación pulmonar normal.

Examen radiológico: El paciente ingresó con un examen radiológico con-

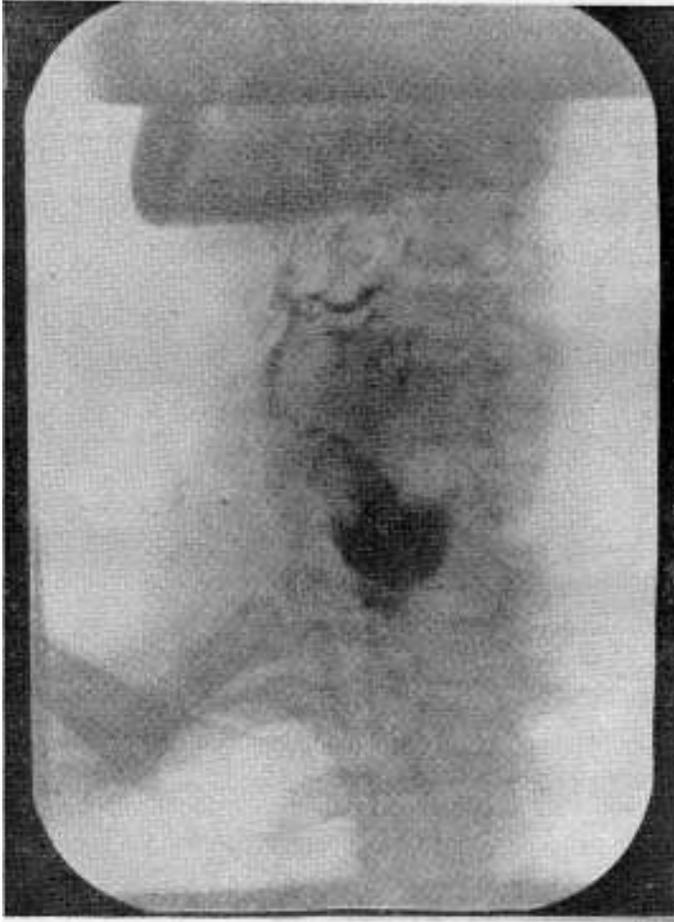


FIG. 7. — Radiografía de esófago. Frente.

trastado por ingestión de bario. Eso impide mostrar el documento simple sin contraste.

Se observa: De frente (fig. 7). No hay enfisema. Pasaje de bario en las partes periesofágicas del cuello. Con depósito de bario permanente.

De perfil (fig. 8). Desplazamiento hacia adelante de la tráquea que está situada a 3 cms. de la cara anterior de la columna. Burbujas gaseosas en la zona retrofaringoesofágica; pasaje de bario y nivel horizontal. Signo de Minnigerode.

El análisis de la radiografía contrastada que trajo el paciente al ingresar

al Hospital, luego de haber comprobado el cuerpo extraño extraído en la operación y su opacidad radiológica, hacen suponer que éste hubiera sido visible en su estudio simple que se omitió.

Diagnóstico clínico: Flemón de cuello. Perforación de esófago por probable cuerpo extraño.

Intervención: Dr. Suiffet W. - Dr. Mauro L.

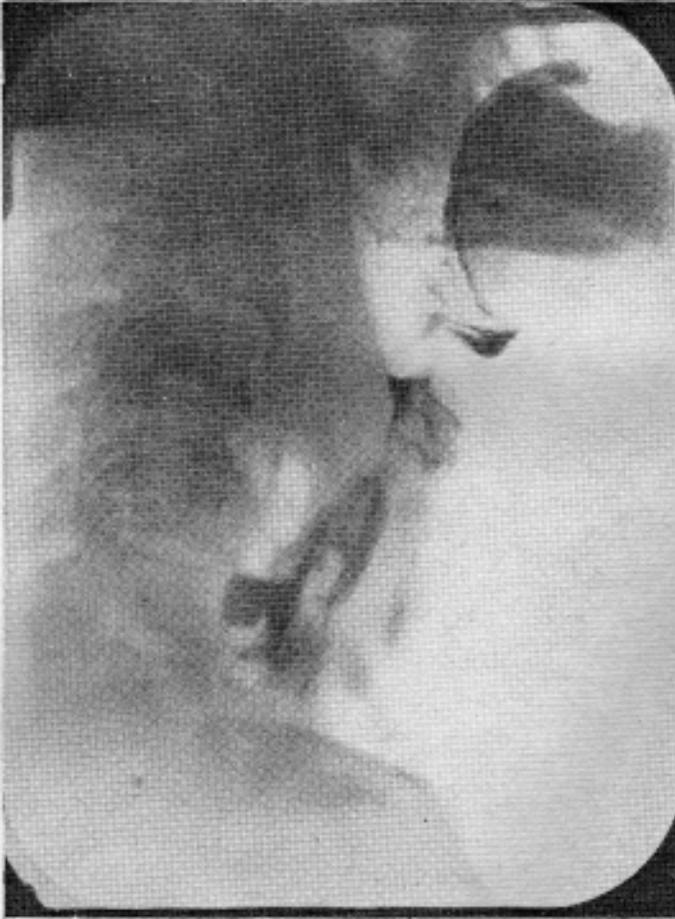


FIG. 8. — Radiografía de esófago. Perfil.

Avenamiento del espacio retrofaringo esofágico. Extracción de cuerpo extraño (hueso).

Diagnóstico operatorio: Flemón retrofaringo esofágico. Perforación de esófago cervical por cuerpo extraño.

Anestesia: local Novocaína al $\frac{1}{2}$ %.

Incisión preesternocleido mastoidea desde la mastoide al manubrio esternal. Sección de la aponeurosis superficial. Se reclina hacia afuera el E.C.M. Se visua-

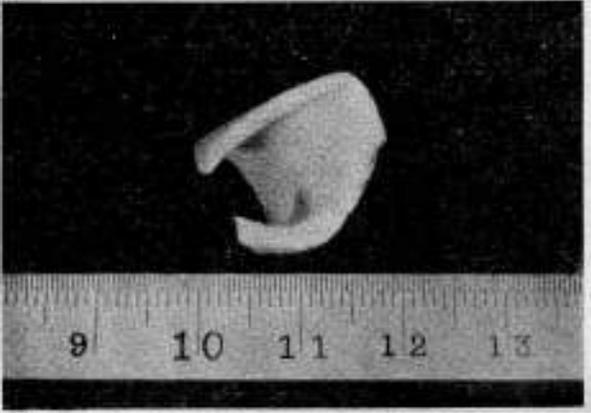


FIG. 9. — Foto del cuerpo extraño (hueso) extraído.



FIG. 10. — Foto de la zona operatoria a los 50 días de realizada la intervención.

liza hacia afuera el paquete yugulo carotídeo y se comprueba la distensión y ocupación del espacio retro-faringo-esofágico. Se abre el espacio retro-faringo-esofágico y salen: gas, pus fétido y bario. Se aspira la cavidad supurada que va hacia arriba hasta cerca de la base del cráneo y abajo hasta la parte alta del mediastino.

En la exploración digital cuidadosa se comprueba la presencia de un cuerpo extraño duro, fijo, en la cara posterior del esófago. Se expone y observa, comprobándose que se trata de un trozo de hueso que ha perforado el esófago inmediatamente por debajo de la boca del esófago y que se halla impactado en la brecha, asomando una punta afilada afuera de la viscera. Con precauciones se



FIG. 11. — Radiografía de esófago (perfil) a los 50 días de realizada la intervención.

extrae comprobándose que se trata de un trozo de hueso. La brecha es irregular y no se tienta la reparación.

Lavado, dren, cierre de la piel parcialmente.

El cuerpo extraño es un trozo de fémur de cordero, que comprende casi todo un sector circular de diáfisis (fig. 9). Interrogado el paciente confirmó la ingestión de carne de cordero cuando tuvo dolor.

Evolución: El estado general mejora rápidamente.

Drena abundantemente por la cervicotomía. La alimentación es defectuosa por la fístula esofágica que hace perder mucho de lo que el paciente ingiere.

Se coloca un tubo de Politeno en el esófago pasando la zona del traumatismo. El paciente lo tolera pocos días y luego se le retira.

La fistula pierde menos, pero la alimentación es defectuosa.

Se le practica gastrostomía con anestesia local a los 12 días de la intervención anterior vistas las dificultades de la alimentación.

La reparación fistulosa se hace lentamente, siendo cada vez menor la pérdida.

A los 50 días la herida está cerrada (fig. 10). El paciente ingiere espontáneamente sin trastornos. Se retira la sonda de gastrostomía.

El estudio radiológico muestra (fig. 11).

Radiografía simple: Frente: Ligero desplazamiento del árbol visceral hacia la izquierda. **Perfil:** Ligero desplazamiento de la tráquea hacia adelante.

Radiografía contrastada: Perfil: Relleno esofágico normal. Pequeño trayecto fistuloso ciego.

En el momento actual — tres años de producida la lesión — el paciente se encuentra bien sin ningún trastorno de la deglución. No ha permitido que se le realicen los exámenes necesarios de control.

Resumen

Se hacen consideraciones sobre la patología de los traumas del esófago cervical;

—Se analizan las posibilidades terapéuticas;

—Se detalla cuidadosamente la técnica del abordaje quirúrgico del esófago cervical;

—Se relata una Historia Clínica de un caso tratado.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) ADAMS, R. — Acute suppurative Mediastinitis. *J. Torax Surg.* 15: 336, 1946.
- 2) EERMUDEZ, O. — Cuadros Agudos de Tórax. Editorial Científica de la F. de Medicina. Montevideo, 1960.
- 3) BISGARD, J. D. and KERR, H. H. — Surgical Management of Instrumental Perforations of the Esophagus. *Arch. Surg.* 58: 739, 1949.
- 4) CLAGETT, O. T. and MOERSCH, H. J. — Mediastinal Infections; in WALTERS W. Lewis' *Practique of Surgery*. Hagerstonn Maryland W. F. Prior Co. Inc. Vol. IV: 23, 1948.
- 5) CHAMBERLAIN, S. M. and BYERLY W. G. — Rupture of the Esophagus. *Am. J. Surg.* 93: 271, 1957.
- 6) DORSEY, J. M. — Surgical Treatment of Perforations of the Esophagus. *Arch. Surg.* 56: 24, 1948.
- 7) DORSEY, J. M. — Perforations and Ruptures of the Esophagus. *S. Clin. of North Amer.* 31: 117, 1951.
- 8) FOGELMAN, M. J. and STEWART, R. D. — Penetrating Wounds of the Neck. *Am. J. Surg.* 91: 581, 1956.
- 9) GILFILLAN, R. R. — Traumatic Esophageal Perforation. *Brit. J. Surg.* 55: 623, 1958.
- 10) GAUDIANI, N. — Tre Surgical Treatment of Supurations in the Posterior Mediastinum. *Ann. Surg.* 63: 523, 1916.
- 11) HUBAY, Ch. A. — Softtissue Injuries of the Cervical Region. *Internat. Abstr. Surg.* 111: 511, 1960.
- 12) HOOVER, W. E. — Mediastinitis, as a Complication of Esophagoscopy and Instrumentation of the Esophagus. *S. Clin. of North Amer.* 25: 578, 1944.

- 13) JEMERIN, E. E. — Results of Treatment of Perforation of the Esophagus. *Ann. Surg.* 128: 971, 1948.
- 14) JACKSON, Ch. L. — Foreign Bodies in the Esophagus. *Am. J. Surg.* 93: 308, 1957.
- 15) LEECH, Ch. H., DRUM, B. C. and OSTERHAGEN, H. F. — Management of Plastic Maxillo Facial Wounds in an Evacuation Hospital. *Surg. Gynec. and Obst.* 83: 462, 1946.
- 16) MARSCHIK, H. and VOGEL, R. — Fremn Körper in deu Oberen Luftlund Speisewegent, mit besonderer Berücksichtigund der Oesophagotomie. *Wien. Klin. Wehnschr.* 22: 1405, 1909.
- 17) MINNIGERODE. — Citado por RESANO. (25)
- 18) OVERSTREET, J. W. and OCHSNER, A. — Traumatic Rupture of the Esophagus. *J. Thorax Surg.* 30: 164, 1955.
- 19) PAULSON, D. L., SHAW, R. R. and KEE, J. L. — Recognition and Treatment of Esophageal Perforations. *Ann. Surg.* 152: 13, 1960.
- 20) PALMER, F. E. — Descending Abscess in the Neck. *J.A.M.A.* 83: 2067, 1924.
- 21) PHILIPS, C. E. — Mediastinal Infection from Esophageal Perforations. *J.A.M.A.* 111: 998, 1938.
- 22) PALMER, E. D. and WIRTS, C. W. — Survey of Gastroscopic and Esophagoscopies Accidents. *J.A.M.A.* 164: 2012, 1957.
- 23) PEARSE, H. E. (Jr.). — The Operation for Perforations of the Cervical Esophagus. *Surg. Gynec. and Obst.* 56: 192, 1933.
- 24) RESANO, J. H. — Traitment Chirurgical des perforations de L'esophage. *Rev. de Chirurgie*, 68: 1, 1949.
- 25) RESANO, J. H., O'CONNOR, F. A. y MALENCHINI, M. — Contribución al estado actual del diagnóstico y tratamiento de las mediastinitis. *Med. Panamericana*, 1: 3, 1953.
- 26) SAMSON, P. C. — Postemetic Rupture of the Esophagus. *Surg. Gynec. and Obst.* 93: 221, 1951.
- 27) SCHAUPP, W. C., DIMOND, F. C. and MATHEWSON, C. Jr. — Traumatic Rupture of the Esophagus. Citado por CHAMBERLAIN. (5)
- 28) SEYBOLD, W. D., JOHNSON, M. A. and LEARY, W. V. — Perforations of the Esophagus. *S. Clin. North America.* 30: 1155, 1950.
- 29) IFFET, W. y MAURO, L. — Abordaje cervico mediastínico. Indicaciones y técnica. *Bol. Soc. Cir. del Uruguay.* XXXI: 206, 1960.
- 30) TERRA OL, J. and SWEET, R. — Diseases of the Esophagus, Chap. 22. Pág. 435. W. B. Saunders Co. London, 1958.
- 31) TOUROFF, A. W. — Perforation of the Cervical Esophagus with the Flexible Gastroscope. *Ann. Surg.* 114: 369, 1941.
- 32) VANDEVER, H. W. and ELLI, F. H. — Suppurative Mediastinitis Secondary to Traumatic Perforation of the Esophagus. *Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic* 30: 2 s. 1955.
- 33) VON HACKER. — Zur Operative Behandlung der Periessophagealen und Mediastinalen Phlegmone. *Arch. F. Klin. hir.* 64: 47, 1901. Citado por Seybold (28)
- 34) WEISEL, W. and RAINE, F. — Surgical Treatment of Traumatic Esophageal Perforation. *Surg. Gynec and Obst.* 94: 337. 1952.

Dr. Barani. — El caso que presenta el Dr. Suiffet es claro y demostrativo de perforación de esófago por un cuerpo extraño pero es **extraordinariamente excepcional.** Las perforaciones del esófago las hacemos los médicos con el esófago copio al querer extraer los cuerpos extraños, o en los exámenes de rutina. En la inmensa mayoría de los casos la perforación se hace en la boca del esó-

fago. Con esto yo no digo que no he visto perforaciones de esófago por cuerpos extraños y tratando de recordar diré: una vez vi a una señorita que desde hacía alrededor de tres semanas tenía disfagia y una radiografía mostraba una zona estenosada. Se me envió con el posible diagnóstico de neoplasma de esófago. La esofagoscopia mostró un absceso de la pared del esófago y ya, por un pequeño agujerito, drenaba pus. No hice nada. Antibióticos. Curó. Se trataba de la perforación mínima, que posiblemente un pequeño hueso o una espina, había hecho y quedado reducida a la perforación de la mucosa. Otra vez, otra enferma vino con la historia de ingestión de una espina de pescado, con el cuello hinchado, fiebre alta, etc. Saqué la espina, drené pus por el orificio dejado por la espina. Antibióticos, bolsa de hielo. Curó. Y a estos dos casos, salvo que me olvidé algún otro, se reduce mi experiencia en perforaciones producidas por los cuerpos extraños **sin intervención del médico**. Los otros casos que conozco de perforaciones **las hice yo** en dos casos solamente al querer extraer un cuerpo extraño, el resto en exámenes de rutina o al pretender hacer dilataciones del esófago en enfermos que habían ingerido cáusticos. Por lo tanto, cuando se habla de perforaciones de esófago por cuerpos extraños hay que preguntar si le hicieron una esofagoscopia; si le hicieron una esofagoscopia, en la inmensa mayoría de los casos, la perforación la hace el médico en las maniobras inadecuadas o en enfermos muy deshidratados, etc. Pero las hace el médico y no el cuerpo extraño. En este caso está perfectamente aclarado que no hubo maniobras previas. Yo me he ocupado en esta Sociedad de este tema y concretamente nuevamente diré: las perforaciones altas son las más frecuentes, el que las hace se da cuenta de inmediato. Tratamiento: de la Sala de Endoscopia a la Sala de Operaciones y realizar la Mediastinostomía cervical anterior de Marschik. Curación 100 por 100. Era la perforación del tercio medio del esófago con ruptura de pleura hacer toracotomía y drenaje. Antibióticos. También curan, aunque son más graves. Tuve además un caso de perforación de esófago abdominal operado por el Dr. Pedro Larghero Ibarz a las 8 horas del accidente. Se le reseccó el neoplasma localizado al cardias y vive a los 11 años de operado. Otro caso de perforación abdominal, en un neoplasma de estómago invadiendo el esófago, fue operado por el Dr. Rafael García Capurro. El enfermo curó de su accidente y vivió 6 meses. Aprovecho para decir que el doctor García Capurro hizo dos mediastinostomías cervicales en 2 perforaciones de esófago cervical **hechas por mí**, al querer extraer el cuerpo extraño.

Por perforación de esófago se me han muerto 2 enfermos. Uno de ellos una señorita con una estenosis por cáustico. Perforé el esófago con el dilatador metálico. Era una enferma que estaba muy grave. En resumen: cuando se hace una perforación de esófago, hay que comunicar de inmediato al médico que envía al enfermo lo ocurrido y hacer de inmediato el tratamiento adecuado. Es muy desagradable hacer una perforación pero hay que tratarla de inmediato.

En cuanto al Dr. Marschik, a que se refiere el Dr. Suiffet, lo conocí en Viena, en el año 1935, cuando estudió Broncoesofagología con el maestro Franz Hasslinger y últimamente, en el año 1956, cuando volví a Viena, con motivo del Congreso Internacional de Broncoesofagología, del cual tuve el alto honor de ser presidente, conferí al Dr. Marschik el título de Miembro Honorario de la Sociedad Internacional de Broncoesofagología. Y por último felicito al doctor Suiffet por su trabajo.

Dr. Luis A. Praderi. — Yo quiero felicitar al Dr. Suiffet por esta comunicación que es un caso realmente ilustrativo, que enseña mucho. Su pronóstico depende, como decía el Dr. Suiffet del diagnóstico precoz y de la terapéutica inmediata. Como contribución a este caso deseaba presentar la experiencia en la Clínica Quir. "A" en el tratamiento de 4 enfermos que presen-

taron falsa ruta endoscópica y que fueron tratados quirúrgicamente de inmediato. Tres de ellos eran portadores de neoplasma de esófago. Uno de ellos con una hernia diafragmática hiatal. En todos, tal como decía recién el doctor Barani, la lesión fue a nivel del orificio superior del esófago, sobre la unión faringoesofágica. En tres de estos casos el endoscopista informó inmediatamente de la posible ruptura, lo que condujo a la intervención inmediata en el curso de las 2 a 4 horas del accidente. Bastó en todos los casos la sospecha para realizar drenaje o mediastinostomía cervical. La clínica en esos 3 casos no daba más que dolor a nivel de la región cervical lateral. No existía ningún otro elemento clínico. En el cuarto caso, el diagnóstico se hizo en la tarde (la endoscopia se había realizado de mañana), por la existencia de dolor, enfisema, y temperatura de 38° a comienzo brusco. En lo que se refiere al tratamiento, en los 4 casos prácticamente el mismo tratamiento, es decir el abordaje y el drenaje del espacio periesofágico, tal como señalaba el Dr. Suiffet, por vía anterolateral, ubicando el drenaje en el lado del mayor dolor o en el lado de la tumefacción, cuando carecíamos del dato completo de la endoscopia. En todos realizamos la misma técnica, tal como señaló el Dr. Suiffet, con anestesia local, no creo que valga la pena insistir en ningún detalle porque ya está exhaustivamente tratado este punto. Sólo deseo añadir que es una intervención rápida, de realización fácil, sencilla, bien tolerada por el enfermo, en estos casos, que se puede hacer prácticamente sin hacer ninguna hemostasis. Se entra por espacios de decolamiento. En los 4 enfermos en los que nos tocó actuar eran cuellos delgados, eran sujetos neoplásicos, sin hacer ningún punto de hemostasis, sin entrar en ningún espacio celuloso fuera del que nos interesaba, reclinando el paquete carotídeo hacia afuera y calzando el esternocleido mastoideo hacia afuera pudimos penetrar hacia el espacio periesofágico entre las vainas tiroidea y carotídea. En ninguno de los casos tuvimos el obstáculo de la vena tiroidea media y tampoco en ninguno de ellos realizamos la ligadura de la tiroidea inferior. Como hallazgos operatorios, en tres casos lo único que se encontró fue enfisema en la zona periesofágica. No había llegado a los planos superficiales. En el cuarto caso, en el cual se actuó más tardíamente, ya se observó la presencia además de algunas secreciones. La evolución en estos cuatro casos fue favorable. En todos ellos colocamos sonda gástrica y se alimentó por ella al enfermo. En uno de ellos hubo que suprimirla al principio porque le producía estado nauseoso y regurgitaciones. Además de la sonda se administraron antibióticos y se hizo estimulación general. En el primer caso el drenaje que colocamos fue simplemente una lámina de caucho o un cigarrillo. Se retiró a los cinco días y se comenzó a alimentar a los ocho días por boca. En el segundo caso drenó mucosidades y saliva por la herida operatoria y se comenzó a alimentar a los trece días. El tercer caso a los tres días de la intervención hizo un foco neumónico en la base derecha que mejoró con el tratamiento habitual en pocos días y en el cuarto caso la fiebre inicial descendió al tercer día, drenó pus y saliva y mejoró totalmente en un período muy corto. En resumen, todos los casos mejoraron bien del accidente. No hubo ninguna muerte por medias-tinitis o por flemón cervical. Lo interesante es que en tres de los casos se pudo realizar después el tratamiento planeado de su afección fundamental. En la hernia hiatal se pudo hacer la reparación al mes del accidente en los otros tres casos, que eran neoplasmas, uno de ellos se fue de alta contra voluntad a los ocho días, el otro se pasó a radioterapia a los quince días y el tercer caso que correspondió al drenaje cervical realizado más tardíamente, a las 16 horas, se practicó a los quince días la esofagectomía. La resección del neoplasma de esófago. Esta enferma hizo después un accidente en el p. o., hizo una embolia alta con una hemiplegia, mejoró de este accidente y la enferma fue dada de alta al mes y pico de la intervención. En resumen, creo que estos cuatro casos

vienen a confirmar lo ya expuesto aquí de que cuando se sospecha la existencia de una falsa ruta a nivel del esófago proximal es necesario realizar de inmediato, en el curso de horas, el drenaje cervical que se puede realizar en perfectas condiciones y en un breve tiempo. De esa manera hemos logrado que ninguno de los casos tuviera consecuencias importantes.

Dr. Bermúdez. — Acompaño las felicitaciones que se han hecho al Dr. Suiffet por haber actualizado un problema de tanta importancia. Personalmente mi experiencia es muy limitada, pero he leído mucho este tema y he seguido bastante de cerca durante años al Dr. Rezzano, personalmente y a través de sus trabajos. Como ha dicho el Dr. Barani indudablemente que el máximo porcentaje de las perforaciones son instrumentales, y especialmente las que se localizan en el esófago cervical, en la parte alta, por las razones que él ha expuesto. El problema fundamental ha sido bien planteado por el relator en el sentido de que el éxito depende del momento en que está viviendo el proceso patológico, en el momento en que se interviene. Recuerdo que el Dr. Rezzano insistía siempre en que ningún esofagoscopista debe avergonzarse de confesar que ha provocado una lesión en el esófago y que siempre está en condiciones de decir si ha realizado la perforación o por lo menos de plantear su sospecha, y que debe hacerlo porque esa es una incidencia que le sucede a los más hábiles esofagoscopistas. El éxito, especialmente en el esófago cervical depende de la precocidad del diagnóstico. El enfermo, como dijo el Dr. Barani, debe pasar de la Sala de esofagoscopia a la Sala de operaciones, y en esas condiciones se trata de una perforación y no de una infección. En esas condiciones Resano preconizaba hacer el cierre inmediato de la lesión y el avenamiento posterior. Secundariamente, como en este caso, de tardía volución, que ya tiene un absceso retroesofágico, indudablemente que el cierre está contraindicado porque esos tejidos no son capaces de soportar una sutura. A pesar de que, en algunos casos, decía que la sutura debería intentarse porque aunque aguantara unas horas siempre podía ser beneficiosa; pero es evidente que en esas circunstancias la sutura es muy difícil y puede aumentar las lesiones esofágicas; de manera que es preferible, estamos de acuerdo, que cuando las circunstancias son tardías, debe realizarse la limpieza y el avenamiento. En lo que respecta a la técnica ha sido muy bien descrita, muy bien ilustrada. He tenido que realizarla en una oportunidad, hace muchos años, por una perforación realizada por un anestesiólogo, cuando usaban el conductor metálico de la sonda, que hizo una falsa ruta y la enferma hizo una supuración cérvicomedial que fue recién individualizada a las 24 horas. Esta enferma ya tenía un proceso séptico muy avanzado. Yo pude hacer el abordaje con mucha facilidad como decía el doctor Praderi, sin encontrar mayores obstáculos; tuve que ligar sí la tiroidea inferior porque la tiroidea inferior a veces no permite movilizar bien el lóbulo tiroideo. Hice la exploración del esófago y no encontré la perforación, porque probablemente era puntiforme y había generado esa infección. Le hice el avenamiento, pero estábamos en la época en que no teníamos más que penicilina; era un caso bastante avanzado y la enferma falleció. Lo único que le anotaría a este trabajo que está muy bien ilustrado, es agregarle la precaución que hay que tener con el recurrente cuando se hace la liberación del esófago, porque está en el camino para el abordaje del esófago y tendría que figurar en esas láminas; el recurrente es un detalle en el que insisten todos los autores y siempre debe visualizarse el recurrente después de hacer el levantamiento de la tiroides, antes de hacer la liberación del esófago.

Dr. Rafael García Capurro. — Con el Dr. Barani, hemos tenido ocasión de tratar algunos casos. El Dr. Barani tiene ideas muy claras y es muy decidido en la acción, y por lo tanto me ha resultado siempre muy fácil tener la indi-

cación operatoria, porque de ninguna manera titubea en la indicación y eso creo es el factor más importante para salvar estos enfermos. Cuando se ha producido un accidente instrumental lo sabe con absoluta precisión, y cuando hay un absceso de mediastino también ha tenido la absoluta convicción de que las cosas tenían que hacerse inmediatamente. Recuerdo dos casos de lesiones altas del esófago que fueron intervenidas inmediatamente según la técnica que él describió y que evolucionaron perfectamente bien. Recuerdo también dos, creo que uno de ellos debe haber sido anterior al tiempo en que trabajamos juntos, fue con el Dr. Artagaveytia, que eran abscesos del mediastino. Uno de ellos una señorita que él ya nombró, el otro era un hombre. Esos dos abscesos de mediastino por perforación de cuerpo extraño fueron tratados con un drenaje por el cuello disecando a lo largo del plano del esófago y poniendo una aspiración continua. El segundo gastrostomizado, pero no recuerdo del primero. Los cuatro enfermos en que he actuado, marcharon bien. Es lo que quería expresar.

Dr. Suiffet. Personalmente, deseo agradecer a los Dres. Barani, Praderi, Bermúdez y García Capurro por haberse ocupado de comentar esta comunicación que creo que ha justificado el interés que teníamos al presentarla. Este era provocar un debate, puntualizar algunos puntos de conducta, afirmarlos en el concepto general y, desde luego, ilustrar la técnica quirúrgica dado que éste es un problema de cirugía de urgencia que puede abordar en cualquier momento a las personas que están en esta actividad. Como no es una situación frecuente, pueden encontrarse dificultades en el planteo de la técnica que es muy simple, pero que tiene algunos pequeños matices que es importante conocer. Por lo visto, todos estamos de acuerdo en la conducta que se debe seguir en estos casos y evidentemente los resultados que se han mencionado confirman esta posición. Esto importa porque existen todavía en la literatura, posiciones conservadoras frente a pequeñas lesiones endoscópicas recientes del esófago cervical. De manera que creo que ésta es una cosa muy importante a puntualizar como un hecho adquirido de que todos los traumatismos esofágicos deben de ser intervenidos a la brevedad posible. Le quería aclarar al Dr. Bermúdez que el recurrente está dibujado en el esquema N° 6. Se ve entre la cara lateral izquierda de la tráquea el esófago. Considero que salvo que se vaya a realizar la reparación quirúrgica de la zona lesional del esófago, no es necesario exponer el recurrente cuando sólo se va a hacer el drenado simple de los espacios perifaríngeosofágicos. Cuando son lesiones recientes es posible, pero cuando son lesiones evolucionadas, cuando hay infección, no creo que sea posible reconocer al recurrente y descubrirlo. Además, si no se va a hacer la reparación lesional, me parece que no es necesario. Muchas gracias.