

Membrana esofágica inferior *

Sobre un caso operado

Dres. LUIS A. PRADERI y DARDO VEGA

La membrana esofágica inferior o esophageal ring o esophageal Web o anillo de Schatzki, es una afección benigna sobre la cual existen actualmente muchas discrepancias en su individualidad, etiopatogenia y tratamiento.

Presentamos un caso, que por sus características clínicas, radiológicas, hallazgos y tratamiento quirúrgico, es original y puede aclarar algún punto de los tan debatidos.

La historia sobre esta entidad es breve y creemos útil comenzar por ella para interpretar nuestro caso.

Templeton es el primero en describir radiológicamente la presencia de una membrana en el esófago inferior.

En 1953, Ingelfinger y Kramer presentan 6 casos en adultos de anillo esofágico contráctil; describen el cuadro clínico de disfagia recurrente, intermitente, en empujes acompañándose de dolor en la parte baja del esternón, provocados por alimentos sólidos gruesos poco masticados. Admiten la intervención del factor nerviosismo o premura al comer. Los pacientes no sufren fuera de los ataques.

Los autores muestran el aspecto radiológico y lo interpretan como anillos de contracción, por lo tanto desplazables a lo largo del esófago inferior. Endoscópicamente llama la atención que no siempre se vean y el tubo endoscópico pasa relativamente fácil a través de ellas; creen que puede corresponder al esfínter esofágico inferior de Lerche.

Al año siguiente (1954) Schatzki y Gary describen 17 casos y le llaman anillo esofágico inferior. Lo diferencian netamente

de una contracción muscular, reconociendo entidad de estructura. Este anillo se presenta en personas de más de 50 años, de causa desconocida, no tiene ninguna relación con el cardias ectópico, ni con la hernia hiatal por deslizamiento, ni con las estenosis de las esofagitis. Admiten la posibilidad de que coexista con H.H.

Endoscópicamente no se observa esofagitis. Es una estructura delgada de escasos milímetros de alto que tabica o diafragma la luz del esófago y que se sitúa a 4 ó 5 cm. del diafragma. Es por lo tanto distinta netamente de las membranas altas que se ven en el síndrome de Plummer-Vinson o Patterson-Kelly, de las cuales mostró hace poco tiempo un claro ejemplo en esta Sociedad el Dr. Suiffet.

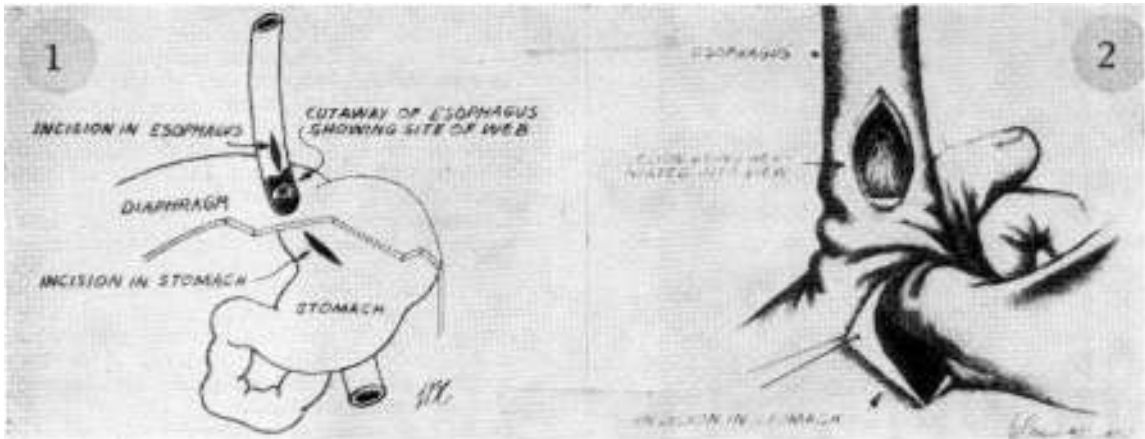
La forma de la membrana es variada, pudiendo implantarse en toda o parte de la circunferencia del órgano y tener luz central o excéntrica.

Schatzki y Gary admiten que pueden existir y no dar síntomas, cuando el diámetro de máxima abertura del anillo es menor de 13 mm. crean la disfagia sólo como un obstáculo pasivo.

En suma, pues, estos autores describen una entidad radiológica y no clínica y además sientan las normas de la técnica radiológica para diagnosticarlas; sólo se hacen presentes cuando el esófago proximal y distal al anillo es distendido más allá de su diámetro máximo.

En 1956, Bugden y Delmónico señalan por primera vez dos casos de anillo fijo operados y resecados, ubicado a 3 y 5 cm. sobre el diafragma; el esófago por debajo del anillo está cubierto por epitelio de tipo esofágico, no hay signos de esofagitis y la peristasis es normal.

* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 25 de octubre de 1967.



Figs. 1 y 2.— Procedimiento intraoperatorio para reconocer el anillo esofágico (Bugden y Delmonico).

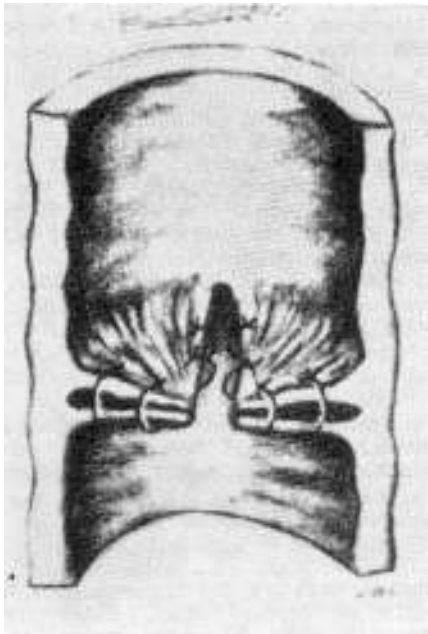


FIG. 3.— Procedimiento empleado por Bugden y Delmónico para reseca la membrana.

Al igual que lo ocurrido con los casos de Ingelfinger y Kramer, y Schatzki y Gary, la endoscopia no los puso en evidencia hasta que se insistió en su búsqueda.

Fueron tratados por toracotomía, frenotomía y gastrotomía; introduciendo el dedo por la gastrotomía hacia la luz del esófago se reconocía su existencia.

Estos anillos no dan ninguna alteración en la superficie externa del órgano, ni se reconocen por la palpación externa

(figs. 1 y 2). Una vez topografiados, se practicó esofagotomía longitudinal y resección como lo muestra la figura 3.

Los dos enfermos evolucionaron bien. El estudio anatómico de las estructuras resecaadas muestran apariencia membranosa, superficies mucosas de epitelio esofágico normal, con hiperplasia y parakeratosis submucosa con infiltración celular inflamatoria crónica.

Luego de esta publicación existen otras más recientes como la de Kumar, en 1961, con anillo congénito cartilaginoso en una niña de 10 años tratada por resección y anastomosis terminoterminal; o la de Trinkle, en 1962, que no es muy clara desde el momento que no abre el esófago y lo trata por piloroplastia y vagotomía, pudiendo corresponder a una estenosis de esofagitis o a un cardias ectópico.

La última referencia a esta afección en la bibliografía que he podido reunir, es un trabajo sobre patología de Postlewait y Musser, en 1965, analizando 14 casos de adultos; llegan a la conclusión de que pueden corresponder a lesiones de esofagitis.

En suma, creemos que la confusión sobre esta entidad deriva de que no se la estudia correctamente y que se la confunde con el cardias ectópico o los anillos de esofagitis.

R. Sweet en la discusión sobre los casos de Bugden y Delmónico dice: el anillo de Schatzki es la unión cardioesofágica herniada, mientras que la entidad descrita por Ingelfinger y Kramer, similar a la de

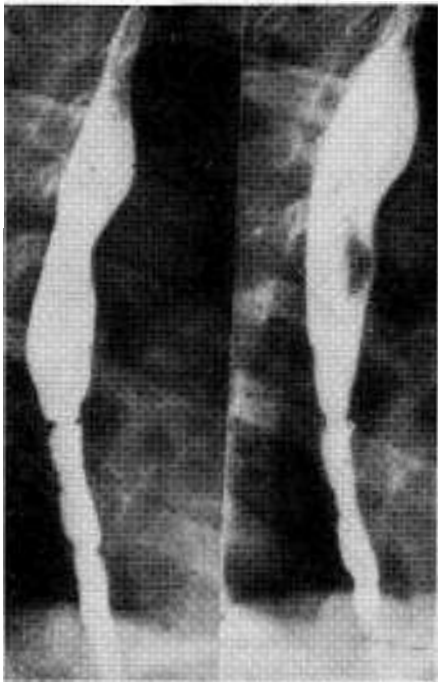


FIG. 4.— Aspecto radiológico preoperatorio. En todas las incidencias se reconoce la estructura membranosa, por encima de la cual el esófago aparece algo dilatado.

Bugden y Delmónico, es otra cosa, de la que he operado últimamente tres casos.

Los libros de patología esofágica señalan esta afección empleando distintas denominaciones e interpretaciones y no hablan de número de casos.

Pasemos ahora a describir nuestro caso:

J. B. M. Casmu, 346.334. Enfermo de 25 años de edad que nos envía el Dr. Di Lorenzo por disfagia episódica que padece desde los 4 años, o sea hace 21 años.

La disfagia es su único trastorno y consiste en la dificultad para ingerir comidas sólidas, que se le detienen en la parte baja del esófago.

Según expresa el enfermo esta dificultad se subsana con la ingestión de líquidos sobre el sólido. No le produjo regurgitaciones ni vómitos. No tiene pirosis ni acidez. No le ha provocado tampoco desnutrición ni pérdida de peso. Es una situación a la cual el enfermo trata de adaptarse, pero que últimamente es cada vez más severa y continua.

Fue visto por muchos médicos e incluso tratado por dilataciones que no lo mejoraron.

Me adjunta un estudio radiológico de esófago cuyo informe dice: estrechamiento supradiaphragmático que puede corresponder a un cardias ectópico de situación alta. Por debajo no se aprecia imagen típica de bolsa gástrica, pero el aspecto parece corresponder a una hernia del hiatus.

Lo envió al Dr. Vega para completar su estudio, quien me informa que no existe reflujo gastroesofágico ni otras lesiones. Sin diagnóstico positivo, pero con una situación clínica que requiere una explicación, veo las radiografías con el Dr. Tiscornia, quien me plantea la posibilidad de una membrana esofágica, dado que existe una imagen que se repite en todas las incidencias y en lugar fijo (fig. 4).

Lo envió nuevamente al Dr. Vega informándolo de mi presunto diagnóstico para que busque con especial cuidado esa formación, y me responde: formación membraniforme situada en la unión de tercio medio e inferior. Se toma biopsia inmediatamente por debajo de esa formación para determinar si se trata de mucosa gástrica o esofágica. La respuesta es mucosa esofágica típica.

Decidimos entonces la intervención por creer que el verdadero tratamiento no es la sección sino la resección, difícil y peligrosa para realizarse por vía endoscópica. El Dr. Goñi Moreno en su libro sobre "Cirugía del esófago y hernias por el hiato esofágico" es el único que interpreta correctamente la fisiopatología de esta afección: no actúa simplemente en forma pasiva obstruyendo, pues de ser así no determinaría trastornos, pues como sucedió en este caso y en los otros publicados por autores extranjeros el endoscopista sorteaba el obstáculo y no lo visualiza. Esto ocurre porque al progresar el instrumento distiende la luz del esófago, al igual que el bolo alimenticio, la alisa y si la membrana no tiene suficiente consistencia desaparece.

La membrana es la espina irritativa para determinar violentos espasmos que agravan la estenosis parcial haciéndola completa.

Intervención. Dres. L. Praderi, P. Matteucci, M. Harretche, I. Gabbour. Anestesia general, Dra. Vorinkow.

Toracotomía lateral derecha. Elegimos la vía derecha, pues el tercio medio esofágico es más superficial y mejor expuesto que por la vía izquierda.

Abierto el tórax, se secciona la pleura mediastínica con el ligamento triangular descubriendo el esófago. La palpación externa es totalmente negativa, no hay estenosis ni periesofagitis ni hernia hiatal. Este hecho que ya preveíamos nos llevó a emplear la esofagoscopia intraoperatoria para topografiar la altura de la membrana.

El Dr. Vega practica la endoscopia y rápidamente localiza el defecto: nos retiramos del campo operatorio para visualizarla nosotros también. Palpando el extremo del tubo endoscópico a través de la pared esofágica marcamos su altura para realizar la esofagotomía. Se retira el tubo y se realiza la incisión longitudinal del esófago en una extensión de 8 cm.; de inmediato se evidenció la membrana como muestra la figura 5, manteniendo la brecha abierta pinzamos la membrana y la seccionamos sobre su borde de implantación suturando paulatinamente la mucosa con puntos separados de mersylene (fig. 5).

El aspecto de la membrana era el de una formación mucosa fibrosa, que no alcanzaba el plano muscular.

ASPECTO OPERATORIO

RESECCION

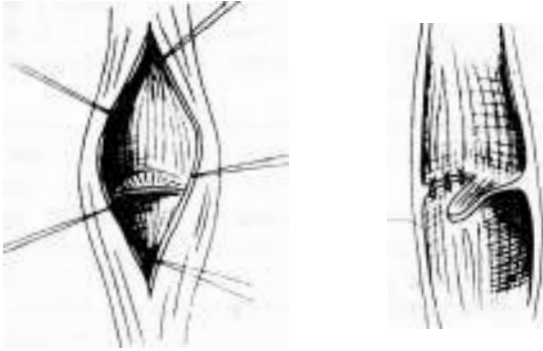


FIG. 5.— Técnica de resección empleada en nuestro caso.

*Diagnóstico topográfico
intraoperatorio*

- 1º) Toracotomía derecha.
- 2º) Descubierta del esófago por sección de pleura mediastínica.
- 3º) Esofagoscopia; enfermo dormido dec. lat. izq.
- 4º) Visualización de la membrana por endoscopista y por cirujano.
- 5º) Palpación del tubo de esofagoscopia a través de la pared esofágica, se marca la altura.
- 6º) Se retira el tubo.
- 7º) Esofagotomía longitudinal, reconocimiento de la membrana.

Tratamiento quirúrgico

- Esofagotomía longitudinal.
- No es preciso seccionar pedículos esofágicos.
- Resección de la membrana en su implantación.
- Sutura de la mucosa esofágica en la base del anillo, puntos separados.
- Cierre de la esofagotomía en dos planos.

Se cerró la esofagotomía en dos planos con puntos separados dejando una sonda gástrica y luego la pleura mediastínica.

Postoperatorio. El enfermo evolucionó sin problemas fuera de un absceso parietal. Se alimentó por sonda gástrica durante 4 días, luego se mantuvo la dieta líquida hasta los 8 días.

Actualmente lleva dos meses de operado con régimen libre, no ha tenido ningún tipo de trastorno, ha desaparecido totalmente la disfagia.

El control radiológico reciente muestra amplio pasaje esofágico y una pequeña irregularidad en la zona que probablemente corresponde a la sutura en la implantación de la membrana (fig. 6).

Examen anatómico patológico. Dra. Piovano. Se estudia un fragmento que mide 4 por 3 mm. Ambas caras están revestidas de epitelio estratificado de tipo esofágico; es pavimentoso, hipertrófico sin atipia. En el conectivo debajo del epitelio se observa una infiltración de células linfocitarias de carácter inflamatorio crónico.

En resumen:

1) Se presenta un caso de membrana esofágica inferior entidad nosológica, poco frecuente, de reciente conocimiento y que no debe confundirse con las membranas altas del síndrome de Plummer-Vinson, con los cardias ectópicos o las estenosis por esofagitis.

2) Es una causa más de estenosis esofágica benigna que no se acompaña de esofagitis y que actúa por obstáculo y por espasmo sobreagregado.

3) Su diagnóstico radiológico y endoscópico sólo se puede hacer si se conoce la afección; de lo contrario puede pasar desapercibida.

4) Su tratamiento puede ser endoscópico o quirúrgico; el endoscópico consiste en la sección de la membrana; las dilataciones son infructuosas, hecho explicable por la estructura propia del anillo.



FIG. 6.— Aspecto radiológico luego de la resección.

5) Optamos en este caso por la cirugía, pues creemos más útil la resección que la sección.

6) Sugerimos el empleo de la endoscopia en el curso del acto operatorio, dado que la altura de la membrana hacía difícil y peligroso descubrirla por el tacto a través de gastrotomía, método de Bugden y Delmónico.

7) Corresponde al primer caso descrito en la bibliografía nacional y al tercer caso en la bibliografía mundial que se han tratado por esofagotomía y resección (2 casos de Bugden y Delmónico, 1956).

RESUMEN

Se presenta y analiza un caso de membrana esofágica inferior, en un enfermo de 25 años que sufría de disfagia episódica desde los 4 años de edad. Se historian brevemente los conceptos y opiniones sobre esta entidad poco frecuente.

Este caso se estudia y diagnostica diferenciándose del cardias ectópico y de las estenosis por esofagitis. Fue tratado mediante resección quirúrgica con curación total. Se propone la endoscopia intraoperatoria como elemento útil para determinar la altura de la lesión. Constituye el primer caso en la bibliografía nacional y el tercero en la bibliografía mundial que se trata por esofagotomía y resección.

RÉSUMÉ

On présente et analyse un cas de membrane oesophagique inférieure sur un malade de 25 ans qui souffrait d'une dysphagie épisodique depuis l'âge de 4 ans. On fait brièvement l'historique des opinions conceposables sur cette entité peu fréquente.

Ce cas s'étudie et se diagnostique en se différenciant du cardias ectopique et des sténoses par oesophagites. Il fut traité par résection chirurgicale avec guérison totale. On propose la endoscopie intraopératoire comme élément utile pour déterminer l'importance de la lésion. Il constitue le premier cas dans la bibliographie nationale et le troisième dans la bibliographie mondiale que l'on traite par oesophagotomie et résection.

SUMMARY

A case of inferior esophageal membrane in a 25-year old patient with a history of dysphagic episodes from the age of 4, is reported. A brief survey of this infrequent conditions is made.

Distinctive features with ectopic cardia and stenosis from esophagitis, are dealt with. The case under consideration underwent surgical resection, followed by thorough cure. Endoscopy during surgery, as a useful means of locating the lesion, is advocated. We are concerned with the first case reported in this country and the third one in the world bibliography, treated through esophagotomy and resection.

BIBLIOGRAFIA

1. BARRETT, N. R. Benign Stricture in the Lower Esophagus. *The J. of Thoracic and Cardio. Surg.*, 43: 6-703, 1962.
2. BRULL-ORRIOLS. *Introducción a la cirugía del esófago*. Ed. Toray, 1964.
3. BUGDEN, W. F. and DELMÓNICO, E. Lower Esophageal Web. *The J. Thor. Surg.*, 31: 1, 1956.
4. GARY, J. and SCHATZKI, R. Radiologic Examination of the Gastrointestinal Tract. *The New Engl. J. of Med.*, 251: 1052, 1954.
5. GOÑI MORENO, I. *Cirugía del esófago y hernias por el hiato esofágico*. Ed. Universitaria, 1964.
6. INGELFINGER, F. and KRAMER, PH. Dysphagia produced by a contractile ring in the lower esophagus. *Gastroenterology*, 75: 246, 1956.
7. KUMAR, R. A case of congenital esophageal stricture due to a cartilaginous ring. *Brit. J. Surg.*, 49: 533, 1961.
8. *Práctica Quirúrgica de la Clínica Lahey*. Ed. Bernades, p. 232, 1966.
9. POSTLETHWAIT, R. W. and MUSSER, W. Pathology of Lower Esophageal Web. *Surgery Gyn. and Obst.*, 120: 571, 1965.
10. ROB, CH. and SMITH, R. Clinical Surgery. *Thorax*, p. 287. 1965.
11. SCHATZKI, R. and GARY J. E. The Lower Esophageal Ring. *The Am. Journ. of Gastroenterology*, 75: 246, 1956.
12. SWEET, R. Lower esophageal Web. Discussion. *The J. Thoracic Surg.*, 31: 15, 1956.
13. TERRACOL-SWEET. *Diseases of the esophagus*. Saunders, 1958.
14. TRINKLE, J. K. Lower Esophageal Ring. Surgical management of a case. *Ann. of Surg.*, 155: 207, 1962.