

Ruptura espontánea de esófago *

Aporte a la casuística nacional

Dres. MARCOS LOEF ** y NEBEL BONILLA ***

Aunque bien descrita en algunos textos y trabajos en su sintomatología física funcional y aun mismo radiológicas, es de diagnóstico difícil en sus etapas precoces, vale decir antes de las 12 horas (período útil). Se considera que operados antes o durante este intervalo, tienen más probabilidades de sobrevivir: 28 al 30 % según la bibliografía.

A pesar de todo, constituyen enfermos sumamente graves: intervenidos en las etapas del período útil tienen todavía un pronóstico sombrío.

El diagnóstico positivo puede ser fácil cuando se conoce y se piensa en este tipo de afección: frente a un enfermo que presenta un cuadro agudo de *vientre o tórax*, con una buena historia clínica, un examen general y completo y sobre todo un estudio radiológico seriado de tórax simple, nos lleva de la mano al diagnóstico de *ruptura espontánea de esófago*.

El caso clínico objeto de este trabajo es el siguiente:

Enfermo de 38 años, que tiene como únicos antecedentes de importancia el ser gran comilón, etilista y moderado fumador. Aproximadamente a las 17 horas y después de una comida copiosa abundante con ingestión de alrededor de un litro y medio de vino, comienza con sensación de pesantez de estómago, estado nauseoso y vómitos; dice que le costaba vomitar y que éstos le requerían muchos esfuerzos. Precedidos de vómitos de alimentos que había ingerido previamente, siente bruscamente intensísimos dolores localizados en el epigastrio (dolor en puñalada) con irradiaciones a todo el vientre, pero más pronunciados en las bases de ambos hemitórax y región lumbar izquierda. A este cuadro doloroso

acompaña grave estado general; palidez generalizada, taquicardia de 120 pulsaciones por minuto con un pulso filiforme; profusa sudoración, enfriamiento y angustia. Presión arterial tomada en Puerta: máxima, 13; mínima, 7 ½. Ingresa al Hospital Pasteur con este cuadro a las 19 y 40 minutos.

Se le indica calmar el dolor con 2 c.c. de morfina, transfusión de dos volúmenes de sangre, suero glucofisiológico I.V. y sonda gástrica.

Al examen físico realizado en Puerta: hipomovilidad del vientre con intensos dolores espontáneos y provocados por la tos y respiración profunda, sobre todo en el epigastrio, algo menos en todo el abdomen; vientre en tabla, lo que hace pensar en un cuadro perforativo gastroduodenal; se pide estudio. Radiografía de abdomen en decúbito y posición de pie: no se observan signos de neumoperitoneo, ni de íleo paralítico localizados. A las dos horas el vientre en tabla desaparece y se le observa ligeramente distendido. Se piensa en una pancreatitis aguda por la localización del dolor y el grave estado de shock, por lo cual se pide una dosificación de amilasas. Amilaturia, 32 U.P. (sintomatología abdominal). Examen de tórax: hipomotilidad de ambas bases; percusión, s/p. Murmullo alveolovesicular, normal.

A las cuatro horas de su ingreso vemos al enfermo en Sala. (Dr. Loef). Enfermo con mal estado general, apirético, lúcido (contesta bien a las preguntas que se le formulan), inquieto, muy dolorido a pesar de habersele inyectado 2 c.c. de morfina; pulso filiforme apenas perceptible. Presión arterial: máxima, 12; mínima, 7 ½. Polipnea con respiración superficial; ligera cianosis. Abdomen: hipomovilidad, ligeramente distendido, con dolor a la presión en todo el vientre, pero más en el hemiventre superior y sobre todo en epigastrio. No hay contractura, pero sí una resistencia dolorosa. Tacto rectal, s/p. Examen de tórax: cuando lo vemos nosotros, ya el Dr. Bonilla tenía la radiografía de tórax de frente, y le habían practicado una toracentesis extrayendo unos 10 c.c. de un líquido de color hemático oscuro, sin coágulos, y con los mismos caracteres del líquido que venía por la sonda gástrica.

El examen de tórax, que a su ingreso era normal, a las cuatro horas después muestra

* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 12 de abril de 1967.

** Cirujano de Urgencia de Salud Pública.

*** Asistente de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina.



FIG. 1.—Placa simple de abdomen que descartó la posibilidad de una afección, lo que indujo a pedir una radiografía de tórax.

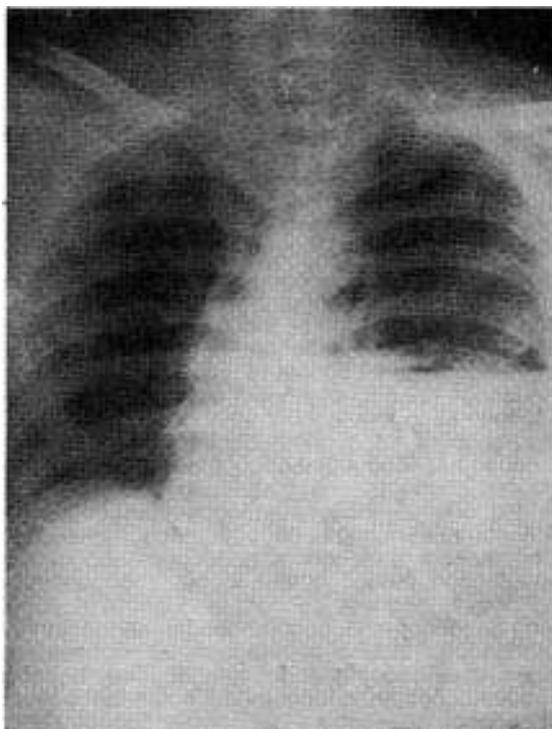


FIG. 2.—Hidroneumotórax izquierdo. Se aspiró 10 c.c. de un líquido parduzco que confirmó el diagnóstico. Ligeramente engrosamiento del mediastino.

un síndrome en menos de la base izquierda, que confirma la radiografía, con un nivel líquido que ocupa el tercio inferior del hemitórax izquierdo con neumotórax. Como dato fundamental, la palpación de ambas regiones supraclaviculares muestra una crepitación evidente, pero no muy pronunciada.

Frente a este cuadro hacemos el diagnóstico positivo de ruptura espontánea de esófago por: a) su iniciación; b) su sintomatología abdominotorácica; c) la intensidad y persistencia



FIG. 3.— En esta placa se observa el signo de Naclerio. En la región del esófago inferior, la pleura mediastinal y la pleura diafragmática muestran en sus límites una imagen aérea que adopta la forma de la letra V.

del dolor; d) el cuadro de shock que no cede a la medicación indicada; e) la crepitación enfisematosa subcutánea de ambas fosas supraclaviculares; f) el estudio radiológico de tórax, que creemos de fundamental importancia (figs. 1, 2 y 3).

El diagnóstico se hace a las cuatro horas de haber ingresado el enfermo al Hospital, justificando la conducta operatoria inmediata, previa preparación del enfermo.

Operación. Dres. Loef Bonilla. Practicante Interno, anestesista Dr. Aron. Hora de comienzo, 24 y 40 minutos. Toracotomía amplia de hemitórax izquierdo, siguiendo el octavo espacio intercostal. Llama la atención lo poco que sangran los tejidos de todos los planos, superficiales y profundo, a pesar de tener una presión de 11 de máxima y 7 ½ de mínima, y habersele transfundido casi tres volúmenes de

sangre. Abierto el hemitórax izquierdo se aspira alrededor de 1 ½ litro de un líquido color vinoso, hemático oscuro, con restos de comida (trozos de carne) sin coágulos. Lavado con suero fisiológico. Levantando el pulmón colapsado y descendiendo el diafragma, se expone el fondo de saco pleural interaorticoesofágico, donde se aprecian las siguientes lesiones: a) la pleura infiltrada y engrosada de coloración parduzca presenta una solución de continuidad de 4 cm. de longitud que se superpone a la herida esofágica; más arriba está decolada, adelgazada, de aspecto hemático oscuro, dejando entrever un mediastino engrosado, que alcanza hasta el cayado aórtico; b) a unos 2 cm. del diafragma y sobre la cara posterolateral del esófago a la izquierda, se observa la ruptura esofágica longitudinal, de bordes limpios, como si se hubiera trazado con el bisturí, tiene 4 cm. de longitud; la mucosa de color rojizo, con sus bordes ligeramente engrosados y evertidos; c) se amplía la apertura del fondo de saco pleural, de donde se extraen cantidad de grumos y líquido de color parduzco marrón. Cierre del esófago en dos planos. Drenaje del hemitórax con tubo grueso de goma, que se saca por contraabertura lateral declive. Se espolvorea la superficie con 2 gramos de cloromicetina. Reexpansión del pulmón. Cierre.

Evolución. Inmediatamente después del acto quirúrgico presenta evidente enfisema de cuello y cara. Pulso filiforme. Respiración entrecortada. Reflejos corneanos buenos. Enfermo intubado. Semidespierto es llevado a la Sala. Respiración entrecortada, con períodos de apnea y signos de cianosis al retirarle el tubo, motivo por el cual se le intuba nuevamente. A las 8 de la mañana mueven al enfermo para sentarlo en la cama. La presión baja bruscamente a 5 de máxima. A los pocos minutos el pulso se hace imperceptible, con desaparición de los latidos cardíacos. Amorín le practica masaje cardíaco, previa apertura de la toracotomía. Recobra los latidos, pero el enfermo entra en coma por descerebración, con midriasis sin reflejos corneanos. Fallece a las 14 horas después de la intervención.

COMENTARIOS

La historia clinicoradiológica de nuestro enfermo es evidentemente clásica. Pensar que en el tórax hay un órgano que es el esófago, y que éste puede perforarse espontáneamente para dar un cuadro sumamente grave y cuyo diagnóstico positivo casi siempre es muy difícil si no se piensa en él. Es por ello que traemos a la Sociedad de Cirugía este relato. Su divulgación y su conocimiento harán cada vez más factible que el clínico se esmere en llegar al diagnóstico positivo lo más precozmente posible, pues de él depende el tratamiento y el

pronóstico, que según la bibliografía en operados antes de las 12 horas habría solamente una mortalidad de un 68 a 80 %.

De los tres casos descritos en la literatura nacional, este fue el más precozmente diagnosticado. A las cuatro horas de su ingreso, y después de una radiografía de tórax y una toracentesis practicadas por el Dr. Bonilla, teníamos la confirmación de ruptura espontánea de esófago.

El primer caso, relatado por el Dr. Asiner en 1954, no se hizo clínicamente sino como resultado de la necropsia.

En el segundo caso, presentado por el Dr. Ardao, el diagnóstico se hizo a las 55 horas de su ingreso, cuando aparece un enfisema del cuello. La necropsia practicada al sexto día confirma la ruptura espontánea de esófago.

El tercer caso, presentado por el Prof. Cosco Montaldo en 1963, se trataba de una enferma de 78 años con un cuadro atípico en su comienzo; se confirma el diagnóstico sobre todo por la radiografía simple y contrastada de tórax; se la opera a las 15 horas del comienzo del cuadro, falleciendo al séptimo día por insuficiencia cardíaca.

Resumen: De los cuatro casos relatados, dos fueron operados antes de las 12 horas con un 100 % de mortalidad.

Anderson, en 1952, a propósito de cuatro observaciones personales, recopiló 92 casos de la literatura mundial hasta el año 1950, con 18 sobrevidas.

Mackleren (1952) comunicó 16 casos tratados por toracotomía, con 31 % de mortalidad.

Starkey agrega cuatro observaciones con dos sobrevidas, 50 % de mortalidad.

En 1948 se presentan 64 casos con un 100 % de mortalidad.

Analizaremos rápidamente la importancia y el valor de cada uno de los síntomas y signos que pueden llegar al diagnóstico precoz y, por lo tanto, al período útil: 1) sexo; 2) hábito alcohólico; 3) vómitos; 4) dolor; 5) cuadro de shock; 6) enfisema subcutáneo de cuello; 7) estudio radiológico; 8) punción pleural.

1) La ruptura espontánea de esófago es más frecuente en el hombre, pero suele observarse en un 18,5 de los casos en mujeres.

2) El hábito alcohólico y las comidas copiosas es lo habitual, pero también se ven en las personas de hábitos frugales y no alcoholistas; son enfermos que durante una comida habitual hacen el cuadro agudo de ruptura espontánea de esófago. Welker encontró 14 alcoholistas en 22 pacientes.

3) Los vómitos. Tienen mucha importancia cuando éstos preceden a los dolores y sobre todo cuando van acompañados de esfuerzos. Pero este síntoma puede faltar en un 8 ½ % o seguir a los dolores y al shock.

4) El dolor es tal vez el síntoma capital, fundamental, que puede desconcertar al clínico más sagaz. *De comienzo brusco, tajante, en forma de puñalada*, se localiza en un 95 % de los casos en el hemiventre superior, sobre todo en el epigastrio, con irradiaciones a todo el vientre, hacia ambas bases del tórax y regiones lumbares. Otras veces se localiza en la región retrosternal, lo que hace confundir con el infarto de miocardio. En las primeras horas puede ir acompañado de contractura generalizada (como en nuestro enfermo) o localizada en hemiventre superior. Luego, este vientre en tabla regresa; entonces se puede palpar, siempre encontrando una resistencia dolorosa, que varía en su forma e intensidad. Al dolor suelen acompañar otras sensaciones que refieren los enfermos cuando se hace una buena anamnesis: sensación de desgarramiento o de algo que se ha roto dentro del hemitórax izquierdo o que después de un vómito con esfuerzo tienen la impresión que los alimentos ingeridos se desviaban a la izquierda penetrando dentro del tórax.

5) El cuadro de shock acompaña incondicionalmente al dolor; es intenso, persistente, no cede (o muy poco) a la medicación. Tiene un carácter grave por su repercusión general. Sensación de angustia, cianosis, polipnea, respiración superficial y entrecortada, inquietud, pulso filiforme, casi imperceptible, taquicárdico, con una presión arterial en general baja y que desciende a medida que avanzan las horas.

6) Enfisema subcutáneo supraclavicular. Frente a un cuadro agudo con la sintomatología antes mencionada, hay que palpar sistemáticamente todo el cuello, sobre todo la base; la aparición de crepitación por enfisema confirma el diagnóstico de ruptura espontánea de esófago. Pero este signo es muy variable en su aparición.

En nuestro caso, a las siete horas de comienzo tenía un enfisema que palpamos después de leer la radiografía de tórax. Clínicamente puede no aparecer antes de las doce horas en un 40 % de los casos. En el caso del Dr. Ardao apareció a las 55 horas del comienzo. En el caso del Dr. Cosco Montaldo no había enfisema. La ausencia clínica de enfisema de cuello no descarta la ruptura de esófago en sus primeras 12 horas.

7) Hidro o hidroneumotórax. En nuestro caso el examen minucioso del tórax, a su ingreso, no revela nada anormal. A las cuatro horas aparece en el hemitórax izquierdo un síndrome en menos, confirmado por una radiografía que muestra un nivel líquido con neumotórax y elementos de neumomediastino. Pensamos que la ruptura de esófago pueda haberse producido en dos tiempos. Primero, ruptura de sus capas, mediastinitis química ácida con necrosis del tejido celular mediastinal, y fondo de saco interaorticoesofágico, con regurgitación del contenido gástrico al hemitórax izquierdo.

Diagnóstico radiológico.

La radiografía de tórax es fundamental para el diagnóstico positivo de ruptura espontánea. Es muy posible que sin este documento no lo hubiéramos hecho a pesar de haber comprobado clínicamente un síndrome en menos de la base del hemitórax izquierdo. Por otra parte, tiene el mérito de ofrecer elementos más precoces de diagnóstico positivo que la clínica, pues preceden en horas a los datos clínicos.

a) El síntoma más precoz y constante, siempre presente en el período útil del diagnóstico, antes de las 12 horas, es sin duda el enfisema mediastinal. Se presenta como una sombra alargada que rodea generalmente al esófago, localizado primero, generalizado luego, que alcanza a las regiones supraclaviculares, y por último al cuello. Los niveles líquidos mediastinales suelen observarse, sobre todo cuando la pleura no está tomada en su estado incipiente, pero en un 65 % de los casos la interposición de la sombra cardíaca la oculta.

b) La presencia de un nivel líquido (como en nuestro caso) en el hemitórax izquierdo, en proporción es mucho más frecuente el hidroneumotórax.

Punción pleural.

a) Es necesaria practicarla cuando hay nivel líquido en la radiografía. En nuestro caso se practica toracentesis después de la comprobación radiológica, extrayendo unos 10 c.c. de líquido color hemático parduzco, el que nos confirmó el diagnóstico.

b) La punción negativa no excluye la ruptura espontánea de esófago.

c) En casos de mediastinitis con conservación intacta de las pleuras, se puede extraer un líquido reaccional de color amarillento oscuro (Naclerio, 1957).

d) La radiografía con ingestión de sustancia de contraste como el lipiodol, o sustancia baritada, suele mostrar en tomas de perfil y oblicuas, el sitio exacto de la solución de continuidad del esófago. Debemos consignar que a veces en sus etapas iniciales la radiografía puede dar muy pocos elementos, por lo que recomendamos radiografías seriadas por lo menos con una hora de intervalo.

e) Aconsejamos que frente a un enfermo con un cuadro clínico similar al que hemos descrito, se realicen sistemáticamente un doble par de radiografías de abdomen y de tórax, única manera de hacer diagnóstico precoz antes de las 12 horas, que es el que se considera período útil.

Tratamiento.

Consiste en la operación inmediata, tal cual la hemos practicado en nuestro enfermo. La intervención quirúrgica le fue practicada a las siete horas de haber comenzado su cuadro agudo.

Si bien tiene importancia el acto quirúrgico propiamente dicho, técnicamente bien realizado, no hay que restarle los cuidados e indicaciones postoperatorios inmediatos. Vale decir, la recuperación. El anestesista o personal sumamente adiestrado deben vigilar al enfermo atentamente, sin separarse de él, desde que sale de la sala de operaciones hasta que se considere fuera de peligro. La recuperación en estos enfermos sumamente lábiles, donde al shock doloroso se le agrega un cuadro toxiinfeccioso por su mediastinitis y la reabsorción por la pleura de los derrames líquidos con contenido gástrico (shock que supone una toracotomía de urgencia), justifican la gravedad de estos enfermos.

En nuestro caso especial, sale con una presión de 11 de máxima y 7 ½ de mínima, con pulso filiforme apenas perceptible, y una respiración superficial, entrecortada, y una apnea que obliga a intubar al enfermo. Ya en sala y al querer sentarlo hace una brusca baja de tensión con máxima de 5, con un paro respiratorio primero y un paro cardíaco después, que recupera con masajes cardíacos, pero entra en coma para fallecer a las 14 horas de operado.

RESUMEN

Presentamos el cuarto caso de ruptura espontánea de esófago que registra la bibliografía nacional.

Es el primer enfermo en el que se realiza el diagnóstico precoz antes de las doce horas (período útil); a las siete horas de su ingreso tenía ya su diagnóstico.

El diagnóstico positivo clásico se orientó por su historia clínica con una buena anamnesis del examen físico, y sobre todo por la radiografía de tórax, con toracentesis positiva.

Conclusiones: frente a un enfermo que ingresa con un cuadro agudo de vientre o región retrosternal, acompañado de un grave estado de colapso persistente que no responde a la medicación, es necesario hacer estudios radiológicos de tórax y abdomen de frente y perfil, oblicuas, seriadas para pesquisar los signos precoces de esta gravísima afección.

RÉSUMÉ

On présente le 4^o cas de rupture spontanée de l'oesophage qu'enregistre la bibliographie nationale.

Sur le 1^{er} malade sur lequel on a réalisé le diagnostic précoce dans les 7 heures après avoir commencé sa symptomatologie clinique.

Malade qui fut intervenu chirurgicalement dans ce que l'on considère classiquement comme période utile qui est de 12 heures (celui-ci fut opéré dans les 7 heures).

Que le diagnostic positif classique s'est comparé — par son histoire — à une bonne anamnésie, de l'examen physique et surtout de la radiographie du thorax, qui jointe à la thoracentèse ratifia cette affection.

De ces diverses investigations découle la conclusion suivante: en face d'un malade entrant avec une manifestation aigue abdominale ou de la région retrosternale, accompagnée d'un état de colapsus persistant qui ne relève pas de la médication, il est nécessaire de faire des examens radiologiques de l'abdomen et du thorax, de face, de profil et obliques sériés, pour dépister les signes précoces de cette très grave affection.

SUMMARY

The 4th. case of spontaneous rupture of the esophagus reported in Uruguay is presented.

This is the first patient with an early diagnosis, 7 hours after the onset of the clinical symptomatology. This surgery was rendered possible within what is classically regarded as the useful 12 hours span (this patient was operated on within 7 hours).

Conventional positive diagnosis was substantiated by a good anamnesis, physical examination and above all, a chest X ray which, together with the thoracocentesis, confirmed the condition.

From the above, the following conclusions are inferable: in the presence of a patient with an acute abdominal or retrosternal picture, accompanied by a state of severe, persistent collapse, unamenable to medication, serial X ray studies of the abdomen and chest (front, profile and oblique) are necessary in order to detect the early signs of this most severe condition.

DISCUSION

Dr. Asiner: Estamos de acuerdo con el comunicante en que deben ser presentados estos casos.

En nuestro ambiente, en el año 1954 presentamos un caso similar con diagnóstico necrótico.

Es una situación que se presenta en los Servicios de urgencia y que lógicamente a menudo el que enfrenta la situación, si no la conoce no hace el diagnóstico y no establece una terapéutica de recuperación que sólo es posible, por lo menos la mayoría de los casos publicados así lo demuestran, por una intervención quirúrgica oportuna. Nada más.

Dr. Suiffet: Haremos algunos comentarios a propósito de esta comunicación. En el caso presentado se comprobó ruptura espontánea del esófago y comunicación de la brecha esofágica con la cavidad pleural. Se produjo hidroneumotórax y enfisema mediastinal.

Es interesante conocer que existen casos donde la ruptura del esófago se produce sin efracción de la pleura mediastinal. En esos casos no hay participación pleural y solamente existe neumomediastino. Naclerio ha descrito un signo radiológico que está presente en uno de los documentos radiográficos del caso presentado. Es el signo en V, producido por el enfisema mediastinal y diafragmático, reconocible en la unión cardiofrénica. Es un elemento de diagnóstico muy importante y que debe ser pesquisado para realizar el diagnóstico en las etapas iniciales.

Es posible también que este paciente presentara enfisema retroperitoneal, pues se ven con mucha nitidez las sombras renales, y a la izquierda de la columna, una claridad fasciculada como las que se observan en el neumomediastino.

En cuanto al hecho de que el enfisema hubiera aumentado al terminar el acto quirúrgico, su explicación debe buscarse en que la permeación de aire persistió mientras se realizaban los tiempos iniciales de la operación y la sutura de la brecha esofágica.

La observación es muy interesante y agrega un caso más a la casuística nacional.

Dr. Aguiar: No tenemos experiencia personal en el tratamiento de este tipo de lesión, pero deseamos comentar la evolución clínica de este enfermo.

Nos llama poderosamente la atención, al igual que a él, el hecho de que cerrada la brecha de aire en un enfermo que espontáneamente tenía muy poco neumotórax en el preoperatorio, haya aumentado tanto el enfisema de cuello, llegando hasta la cara, tal cual ha sido relatado por la historia clínica. No nos explicamos de donde viene ese aire. Ese hecho, unido a otro que se relató en el protocolo operatorio, es que un enfermo con una presión normal sangre muy escasamente en el momento de hacer la incisión de todos los planos de la toracotomía.

Evidentemente la intervención se termina con un enfermo en estado de shock, con pulso filiforme y, la evolución lo confirma, finalmente hace un paro cardíaco. Nosotros nos preguntamos y le preguntamos al Dr. Loef, si realmente cree que el enfermo falleció como causa directa de una complicación de la ruptura espontánea de esófago. Nosotros creemos que no. Pensamos que este enfermo falleció de un accidente anestésico postoperatorio; no se recuperó del acto anestésico, que evidentemente no parece haber sido normal, ni de la operación. Pero honestamente no encontramos la causa directa de la muerte relacionada con su ruptura de esófago. Creemos que fue un accidente intercurrente.

Le preguntaríamos qué opina a ese respecto y a qué conclusiones llegó referente a la causa directa de la muerte de este enfermo. Nada más.

Dr. Del Campo: Habiendo sido atacado el Dr. Loef desde varios puntos de vista, y antes que se defienda, ya que tiene el derecho de defensa, le diré que traer estos casos (que no van a todos los cirujanos, porque no todos los cirujanos ven rupturas de esófago) es una obligación.

Lo felicito pues por traerlo, ya que los boletines de la Sociedad de Cirugía deben resumir la experiencia del país sobre muchos de los temas, y sobre todo sobre temas de esta naturaleza.

Dr. Loef: Con respecto al Dr. Asiner, y tomando en consideración la discusión del caso presentado, tiene el mérito de haber publicado el primer caso en la literatura nacional de esta grave afección, después de haber sospechado y confirmado en el protocolo de la necropsia que se trataba de una ruptura espontánea de esófago.

En cuanto se refiere a las críticas, sacamos en conclusión que nos formulan tres preguntas: a) la importancia del diagnóstico precoz o período útil; b) el aumento pronunciado del enfisema cervicofacial, inmediatamente después del acto quirúrgico; y c) la posible causa de muerte del enfermo.

Sabemos positivamente que el diagnóstico precoz es igual al tratamiento precoz, que hace que el pronóstico sea más favorable. En este caso concreto el diagnóstico se hizo a las cuatro horas de haber ingresado el enfermo al Hospital.

Múltiples factores hacen que estos pacientes lleguen tardíamente a los centros quirúrgicos, siendo impotente todo tratamiento y, en consecuencia, el pronóstico es sombrío.

El aumento del enfisema de cara y cuello lo he notado justo en el momento que terminaba de operar al enfermo. Personalmente lo interpreto de la siguiente manera: el enfisema

pudo haberse pronunciado mientras se preparaba al enfermo para transportarlo a la sala de operaciones (alrededor de una hora) y sobre todo durante la anestesia; las inspiraciones profundas que provoca el anestesista al enfermo con la mezcla de éter y oxígeno a presión hacen que el aire infiltre las regiones cervicofaciales. No creo que haya sido porque la brecha esofágica se haya cerrado mal o que los puntos de sutura fueran desprendidos. Esto es lo que consideramos, porque hemos examinado exhaustivamente el pulmón, llegando hasta el cruce bronco-aórtico, y no hemos encontrado absolutamente ningún elemento que nos haga pensar en otras lesiones asociadas ni broncopulmonar ni mediastinal.

En cuanto se refiere a las posibles causas de muerte de este enfermo, creemos que fueron provocadas por el desplazamiento y la *movilización brusca* al pretender sentarlo en la cama.

En enfermos muy shockados como era el nuestro, existe una gran labilidad hemodinámica que se descompensa rápidamente cuando se pretende movilizarlos.

En este caso especial debió permanecer en la mesa de operaciones y vigilado estrictamente por un equipo de recuperación; esto no fue posible porque terminamos de operar a las siete de la mañana, y se necesitaba la sala para la coordinación del día.

El signo de Naclerio, descrito por éste en el año 1957, que señaló el Prof. Suiffet y que vemos en las placas simples, consiste en la interposición de aire entre la base pulmonar y el diafragma, formando una sombra que tiene la imagen en V invertida, confirmando el diagnóstico positivo de ruptura espontánea de esófago.

Agradezco a los profesores Suiffet y Del Campo, a los doctores Aguiar y Asiner, por las consideraciones y discusiones al respecto.