

Resultados del tratamiento quirúrgico del cardiospasma

Drs. ROBERTO RUBIO y LUIS F. BERHOUE* *

En el año 1958 presentamos en esta Sociedad una monografía sobre cardiospasma, enfermedad hasta entonces poco conocida en nuestro medio. El motivo de ese trabajo fueron 2 observaciones tratadas, una con cirugía y la otra mediante dilatación neumática.

Ahora hemos creído de interés ocuparnos nuevamente de este tema para traer los resultados alejados obtenidos en el tratamiento quirúrgico de esta enfermedad en una pequeña serie de pacientes. Debemos desde ya adelantar que nuestra posición actual, en el tratamiento del cardiospasma, es algo diferente de la que teníamos hace algunos años. Así es que ahora somos partidarios del tratamiento quirúrgico inmediato de estos enfermos, una vez que mediante una correcta esofagoscopia, se ha confirmado el diagnóstico radiológico de esta afección.

CASUISTICA

A partir de 1956, fecha en que operamos el primer paciente con cardiospasma, hemos tratado quirúrgicamente a 7 casos con esta afección (ver cuadro 1).

En todas estas observaciones realizamos la operación de Heller modificada. En el preoperatorio inmediato se prestó especial atención a la limpieza del esófago mediante la realización de uno o dos lavados diarios de éste, de acuerdo a las condiciones de cada caso. Horas antes de la operación se colocó sonda de Levin en la porción distal del esófago. Se debe aspirar esta sonda antes de la inducción anestésica para evitar así una regurgitación que puede ser muy peligrosa en este momento.

TECNICA OPERATORIA

Paciente en decúbito lateral derecho. Se efectúa toracotomía posterolateral izquierda a través del 8º espacio intercostal; abierta la cavidad pleural se incide la pleura mediastinal inmediatamente por detrás del ligamento triangular del pulmón. Se moviliza el esófago y se rodea con cinta hilera. El segmento estrechado se encuentra a nivel del hiatus y la entrada del esófago dentro del estómago puede entonces ser vista. Se efectúa entonces una incisión longitudinal de aproximadamente 10 cm. al nivel del segmento contracturado, que se extiende desde la porción dilatada del esófago hacia abajo, llegando a la capa muscular del estómago (ver fig. 1).

La incisión se hace sobre la cara anterolateral del esófago y se extiende a todo el plano muscular. Se debe tomar especial cuidado en no abrir la mucosa y si desgraciadamente esto sucede se debe suturar cuidadosamente en dirección transversal para no disminuir la luz del órgano. Cuando todas las fibras musculares están seccionadas la mucosa se hernia a través de la incisión. No se debe intentar cubrir la mucosa. Se cierra luego la pared torácica en forma habitual, habiendo previamente colocado un tubo en la cavidad pleural bajo agua.

Tres pacientes fueron hombres y 4 pertenecían al sexo femenino (ver cuadro 2). La edad de éstos osciló entre 8 años el más joven y 58 años el mayor. El tiempo de enfermedad fue entre 8 meses a 10 años. La disfagia fue severa en todos los casos. Y en uno de ellos afagia. En un caso existieron complicaciones pulmonares. El adelgazamiento fue leve en 3 casos e importante en 4 casos. En todos los pacientes se realizaron dilataciones y en 4 casos, más de cinco. Los resultados alejados obtenidos

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" (Prof. H. Ardao). Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 8 julio de 1970.

* Profesor Adjunto de Cirugía; Adjunto de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo).

CUADRO 1

Casos	Edad y sexo	Tiempo enfermedad	Moderada	Severa	Complic. pulmon.	Leve	Importante	Dilataciones	Resultados operatorios	Evolución alejada
1 C. V.	8 años, masc.	1 año.		Afagia.	Sí.		Sí.	2	Excelente.	14 años.
2 P. V.	58 años, masc.	5 años.		Sí.			Sí.	1	Excelente.	13 años.
3 N. F.	14 años, fem.	2 años.		Sí.		Sí.		7	Excelente.	11 años.
4 J. M. de Ch.	33 años, fem.	18 años.		Sí.			Sí.	8	Excelente.	4 años y 4 meses.
5 J. L.	24 años, masc.	1 año.		Sí.		Sí.		8	Excelente.	3 años.
6 M. B. de B.	58 años, fem.	8 meses.		Sí.			Sí.	2	Excelente.	1 año y 4 meses.
7 A. da R. de M.	32 años, fem.	5 años.		Sí.		Sí.		5	Bueno inmed. luego fracaso.	5 meses.

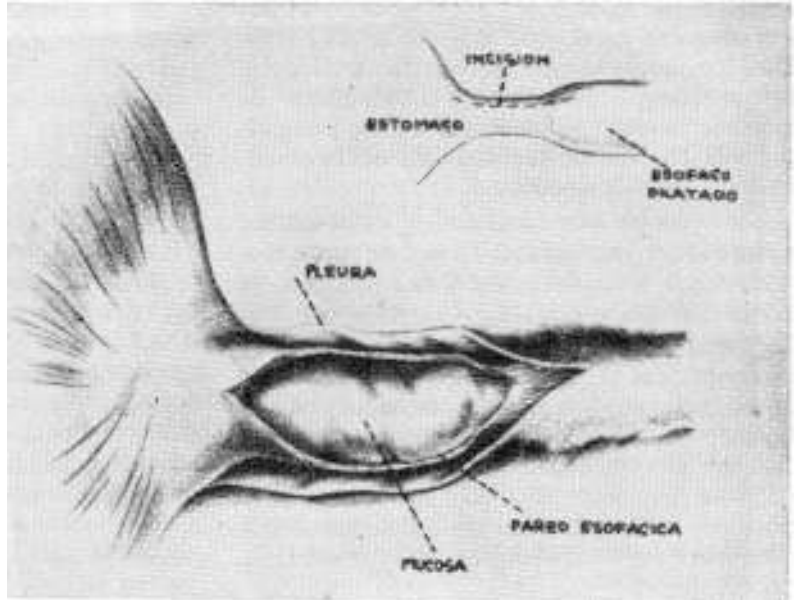


FIG. 1.

CUADRO 2

Sexo:

Masculino: 3 casos.
Femenino: 4 casos.

Edad: Entre 8 años y 58 años.

Tiempo de enfermedad: Entre 8 meses y 18 años.

Disfagia: Severa en todos los casos. Afagia: 1 caso.

Complicaciones pulmonares: En un solo caso.

Adelgazamiento:

Leve: 3 casos.
Importante: 4 casos.

Dilataciones mecánicas:

En todos los casos.
En 4 casos se realizaron más de 5.

Resultados obtenidos con la operación de Heller modificada:

Excelente: 6 casos.
Malo: 1 caso; recurrencia a los 5 meses.

on la operación de Heller modificada fueron excelentes en 6 casos; en la última paciente operada el resultado lo podemos considerar malo, puesto que ha hecho recurrencia de la disfagia a los 5 meses, que es el tiempo transcurrido desde la operación; habrá que ver la evolución alejada de esta paciente.

No hubo morbimortalidad hospitalaria y el promedio de internación fue de 6 días.

Consideramos resultados alejados excelentes a los pacientes que después de la operación presentaron desaparición de los trastornos de deglución en forma permanente. Todos ellos llevan más de un año de operados y 2 de éstos 13 y 14 años respectivamente. Todos aumentaron de peso y la mitad deben seguir régimen dietético



FIG. 2.—Obs. Nº 5. Radiografía pre y postoperatoria.

estricto de adelgazamiento. Los estudios radiológicos de control muestran un pasaje fácil de la sustancia de contraste al estómago, aunque persiste un cierto grado de enlentecimiento a nivel del esófago terminal. El esófago se presenta de calibre normal en todos estos casos.

Tuvimos un mal resultado y es la última observación, en que después de una mejoría transitoria, ha presentado recurrencia de su disfagia y el esófago estudiado radiológicamente se encuentra igual a antes de la operación. La causa de este fracaso no es fácil de explicar. La operación aparentemente se realizó igual que todas, pero tal vez se cometió algún error de técnica que pasó inadvertido. Esta paciente ha presentado en todo momento de su enfermedad, que comenzó 5 años antes de la operación, un componente psíquico de gran importancia. Se realizaron previamente cinco dilataciones con sonda de mercurio que fracasaron. Actualmente lleva 5 meses de operada; una nueva esofagoscopia, realizada por el Dr. Vega, muestra que el esófago aún persiste dilatado, pero el esofagoscopio pasó sin dificultad al estómago, es decir ha desaparecido el obstáculo existente a nivel del cardias antes de la operación. En definitiva, habrá que esperar la evolución final de este caso de por sí curioso.

COMENTARIO

Varios autores (6, 7) se han referido recientemente a la incidencia mayor del cáncer de esófago en pacientes afectados de cardiospasmó, que en los que no tienen esta enfermedad. Así es que en algunas estadísticas alcanza al 8 % de pacientes afectados de cardiospasmó. Este concepto no existía hace algunos años y creo es importante señalarlo porque es una causa más que debe llevar a realizar un tratamiento correcto del cardiospasmó lo más precozmente posible. También en estas publicaciones que mencionamos, se refieren al pronóstico grave que tiene esta asociación lesional. Así es que Lortat-Jacob consideró que la mayor parte de los pacientes de este tipo de su casuística se encontraban fuera de las posibilidades del tratamiento quirúrgico.

El tratamiento ideal del cardiospasmó debe tener como objetivo la restauración del peristaltismo normal del esófago. En este sentido los mejores resultados obtenidos después de un tratamiento correcto, ya sea con dilataciones o quirúrgico, nunca llevan la restauración de la motilidad de la parte inferior del esófago a las condiciones normales.

Hasta el momento el tratamiento más efectivo consiste en medidas que lleven a disminuir la resistencia que existe en el cardias. El pasaje de bujías sólo da un resultado temporario. En realidad las únicas dilataciones que producen desaparición permanente de todos los síntomas son aquellas capaces de obtener una dilatación enérgica. Esta maniobra efectiva de dilatación se consigue con balones con forma cilíndrica, ya sea llenos de aire o de agua. Con estas dilataciones varios autores (9, 10) obtienen entre un 60 a 75 % de curaciones. Se debe mencionar que estas dilataciones enérgicas llevan consigo un riesgo importante de rotura de esófago. Otras veces se obtiene la curación, pero el paciente queda con trastornos de esofagitis que puede ser importante, por haberse destruido el mecanismo esfinteriano de la unión esofagogástrica normal durante la maniobra. En nuestro país, actualmente ninguno de nuestros endoscopistas emplean los dilataadores con balón, ya sea éste neumático o hidrostático. Prefieren sondas de mercurio tipo Hurst, que ofrecen mayor seguridad e manejo, siendo por lo tanto menos peligrosas, pero con las cuales los índices de curación son francamente inferiores, oscilando alrededor del 10 %. Se ha dicho también (2) que como resultado del trauma de dilataciones previas los tejidos se esclerosan, los planos de clivaje son destruidos y en muchos de los casos es técnicamente imposible efectuar una adecuada y satisfactoria miotomía.

Son muchos los procedimientos quirúrgicos que se han empleado, la mayoría de los cuales han fracasado y actualmente han sido abandonados. Los procedimientos quirúrgicos que destruyen el mecanismo de la unión esofagogástrica, haciendo desaparecer todos los factores que impiden se produzcan regurgitaciones del contenido gástrico, deben condenarse puesto que siempre van

acompañados de esofagitis severa, úlcera péptica de esófago y hemorragias.

Tales operaciones son: la cardioplastia, esofagoplastia y esofagogastronomía.

La operación de elección es la cardiomiotomía extramucosa o sea la operación de Heller modificada. Bien realizada da excelentes resultados inmediatos y alejados y no provoca reflujo esofágico postoperatorio. Heller efectuó esta operación por primera vez en Leipzig el 14 de abril de 1913. Hizo un abordaje abdominal e incidió las fibras musculares del esófago longitudinalmente en la parte anterior y posterior de éste llegando hasta la mucosa.

Este paciente tuvo una excelente evolución, lo que le hizo continuar haciendo su técnica.

La técnica que empleamos es el Heller modificado. Esta técnica tiene dos diferencias con la primitiva: a) porque sólo se hace una incisión longitudinal de la capa muscular; b) porque su longitud es mayor, yendo desde las fibras musculares de la parte alta del estómago hasta la parte dilatada del esófago. Además se hace más fácilmente y segura empleando un abordaje torácico.

Benedict (1) llama la atención sobre la incidencia de incompetencia de la unión esofagogastrica y de esofagitis péptica, después de la miotomía extramucosa esofagogastrica. Procedimientos de dilatación efectivos pueden llevar también a incompetencia de la unión esofagogastrica con sus correspondientes complicaciones. La operación de miotomía extramucosa permitirá corregir una hernia del hiatus asociada, cosa que no es posible realizar en procedimientos ciegos como son las dilataciones. En nuestra opinión el desarrollo de una incompetencia de la unión esofagogastrica de cierta importancia, después de la operación de Heller modificada, es una complicación poco frecuente. En ninguno de los pacientes de nuestra serie se produjo esa complicación. Ellis (3) en una serie de 269 pacientes operados tuvo 10 casos que presentaron esofagitis de reflujo. Este autor realizó un trabajo experimental operando perros a los que les hicieron tres tipos de miotomía: a un grupo doble miotomía a la manera del Heller clásico; a otro grupo una larga miotomía; y al último una miotomía corta tipo habitual. Pre-

sentaron evidencias de reflujo gastroesofágico al estudio radiológico los dos primeros grupos y, de éstos, sólo el grupo al cual se le efectuó doble miotomía presentó esofagitis de reflujo. No creemos indicado para evitar esta complicación, al realizar la miotomía extramucosa tomar medidas especiales (11).

Los tiempos de enfermedad promedio que presentaron los pacientes de nuestra serie fueron de 4 ½ años, habiéndoseles realizado casi cinco dilataciones de promedio a cada uno de ellos.

Por todas las consideraciones que hemos expuesto, actualmente nuestra actitud en lo que se refiere al tratamiento del cardiospasma, es diferente de la que teníamos hace algunos años. En ese sentido deseo reproducir las palabras del Dr. Theron Clagett: "Yo estoy de acuerdo en aceptar la dilatación como un método satisfactorio para el tratamiento de la acalasia esofágica. Sin embargo, estoy convencido que la miotomía extramucosa esofagogastrica es un método mejor y más seguro de tratamiento y condeno el concepto de que este procedimiento sólo debe reservarse para los pacientes en los cuales las dilataciones han fracasado".

RESUMEN

Se presentan los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico de 7 pacientes con cardiospasma.

La operación realizada fue la miotomía extramucosa esofagogastrica por vía torácica.

No hubo morbilidad hospitalaria en esta serie.

Los resultados alejados fueron excelentes en 6 casos. El último caso operado hace 5 meses ha presentado, luego de una mejoría transitoria, recurrencia de su disfagia.

El tiempo promedio de enfermedad de estos pacientes fue de 4 años y medio, habiéndoseles realizado casi cinco dilataciones de promedio a cada uno de estos pacientes.

Se discuten las ventajas e inconvenientes del tratamiento mediante dilataciones o del tratamiento quirúrgico.

Se considera que la operacion de Heller modificada constituye un tratamiento mejor y más seguro del cardiospasmó que las dilataciones. Esta operación debe ser realizada precozmente y no se está de acuerdo que se indique solamente cuando las dilataciones han fracasado.

RÉSUMÉ

Présentation des résultats obtenus dans le traitement chirurgical de 7 patients souffrant de cardiospasmés.

L'opération réalisée a été la myotomie extramuqueuse oesophago-gastrique par voie thoracique.

Il n'y a pas eu de morbi-mortalité à l'hôpital dans cette série.

Les résultats à long terme ont été excellents dans 6 cas. Le dernier cas opéré il y a 5 mois, après une amélioration temporaire, e eu une récurrence de la dysphagie.

La moyenne de durée de maladie chez ces patients a été de 4 ans et demi et près de 5 dilataciones ont été réalisées à chacun d'eux (en moyenne).

Examen des avantages et des inconvénients du traitement par dilatations ou du traitement chirurgical.

On considère que l'opération de Heller modifiée constitue un traitement meilleur et plus sûr du cardiospasmé que les dilataciones. Cette opération doit être réalisée très tôt et il ne faut pas la préconiser seulement lorsque les dilataciones ont échoué.

SUMMARY

An account is given of results obtained in the surgical treatment of 7 patients with cardiospasm.

The operation performed was esophago-gastric extramucous myotomy using a thoracic approach.

In this series morbidity and death rates were nil.

Long-term results were excellent in 6 cases. The last case operated upon 5 months ago presented, after temporary improvement, a recurrency of dysphagia.

Duration of disease in these patients was an average of four and a half years and almost five dilataciones had been performed in each of these patients (average).

Advantages and disadvantages of the treatment by means of dilatations versus surgery are discussed.

Heller's operation modified is believed to be the best and safest treatment for cardiospasm, more so than dilatations. This operation should be performed at an early stage; it is considered unadvisable that it be performed only when dilatations have failed.

BIBLIOGRAFIA

1. BENEDICT, E. B. Bouginage, Forceful Dilatation, and Surgery in the Treatment of Achalasia. *Surg. Gynec. and Obst.*, 119: 1347, 1964.
2. CLAGETT, O. Th. Achalasia: Dilatation or myotomy. *J. Thoracic Cardiovasc. Surg.*, 53: 757, 1967.
3. ELLIS, F. H., KISEN, J. C., SCHLEGEL, J. F., EARLAM, J., Mc MEY, J. and OLSEN, A. M. Esophagomyotomy for Esophageal Achalasia: Experimental Clinical and Manometric Aspects. *Ann. Surg.*, 166: 640, 1967.
4. HELLER, E. *Mitt. Grenzgen. Med. Chir.*, 57: 141, 1913. [Citado por Wooler (13).]
5. JOHNSTONE, A. S. *Textbook of X-Ray Diagnosis*. Part I, sect. 2, page 65. Ed. by S. Cockrane Shanks and P. Kerley. London, Lewis, 1950.
6. JUST-VIERA, J. O., MORRIS, J. D. and HAIGHT, C. Achalasia and Esophageal Carcinoma. *Ann. Thoracic Surg.*, 3: 526, 1967.
7. LORTAT-JACOB, J., RICHARD, C. A., FEKETE, F. and TESTART, J. Cardiospasm and esophageal carcinoma: Report of 24 cases. *Surg.*, 66: 969, 1969.
8. MALM, A. and SCHWINDT, E. A new surgical approach to the treatment of mega-esophagus. *J. Thoracic Cardiovasc. Surg.*, 57: 312, 1969.
9. MOERSCH, H. J. Cardiospasm: Its Diagnosis and Treatment. *Ann. Surg.*, 98: 232, 1933.
10. OLSEN, A. M., HARRINGTON, S. N., MOERSCH, H. and ANDERSEN, H. A. The Treatment of Cardiospasm: Analysis of a Twelve-Year Experience. *J. Thoracic Cardiovasc. Surg.*, 22: 164, 1951.
11. PRADERI, L. A. Estenosis esofágicas benignas. A propósito de 13 casos operados. *Rev. Cir. Uruguay*, 38: 127, 1968.
12. RUBIO, R. Cardiospasmó (acalasia). A propósito de 2 observaciones. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 29: 189, 1958.
13. WOOLER, G. H. *Cardiospasm. Modern trends in gastroenterology*. Butterworth, London, 1952.

DISCUSION

Dr. Luis Praderi: Ante todo quiero felicitar al Dr. Rubio por esta presentación porque evidentemente los resultados obtenidos han sido extraordinarios, ha logrado reunir en nuestro medio una cifra apreciable de enfermos operados.

Quería hacer comentarios sobre algunos puntos, otros de ellos ya los ha tocado extensamente el Dr. Rubio.

Quería preguntarle ante todo si en alguno de los casos intervenidos ha encontrado la aparición de esofagitis de reflujo, o de trastornos de reflujo esofágico.

El segundo punto que quisiera preguntarle, es si realiza la incisión esofágica, y entra lógicamente en la zona gástrica, es decir que cruza la región cardial. Para eso, cuando se utiliza la vía torácica, es preciso liberar parcialmente el esófago de sus conexiones con el hiato diafragmático para poder hacer el ascenso del estómago en el tórax, de lo contrario, seccionar el anillo diafrágico del esófago, cosa que creo que el Dr. Rubio no ha realizado en ninguno de los casos.

Estas dos preguntas quiero realizárselas para poder establecer, de acuerdo a lo que he leído y a mi experiencia que se limita exclusivamente a cuatro casos, que estoy de acuerdo con el Dr. Rubio en que esta intervención debe hacerse por vía torácica. Evidentemente que la vía torácica es preferible en una intervención de carácter eminentemente plástico, en donde es preciso tener una excelente exposición del esófago para poder liberar la parte muscular sin agredir la mucosa. En los cuatro casos que he intervenido lo he hecho exactamente como lo ha relatado el Dr. Rubio. He liberado ampliamente el esófago y he traído el estómago al tórax para poder, siguiendo las indicaciones de Heller, penetrar, acortar la pared gástrica, hacer una disociación muscular no sólo esofágica sino gástrica, de lo contrario se corre el riesgo de que si esa sección no ha sido completa quede algún anillo que pueda crear malos resultados en el postoperatorio.

Con respecto a la liberación de la muscular a expensas del plano submucoso, en uno de los casos que intervine me encontré con que ese plano submucoso, probablemente originado por la esofagitis que en muchos casos está presente, y en grado importante en estos enfermos, no es de fácil disección, y entonces lleva a que por más meticulosa que se haga la técnica se pueda abrir la mucosa esofágica. En esos casos el cierre de la mucosa deja al cirujano con cierta intranquilidad en el postoperatorio inmediato.

Ese es un primer punto a señalar: la posibilidad de que no pueda realizarse una liberación tranquila que se pueda abrir la mucosa, y que quede expuesta con una sutura que a veces se hace sobre una mucosa inflamada que puede llevar a una fistulización.

El otro hecho es que en el primer caso que intervine se estableció en el postoperatorio inmediato un síndrome de reflujo. Eso me llevó a revisar un poco los procedimientos y entre ellos optamos por el que hace la cobertura de la zona extramuscular, es decir, cubre la mucosa oponiéndole la cámara gástrica. Eso permite cubrir la superficie y darle a uno la tranquilidad extraordinaria de que la fístula no se va a producir. Al mismo tiempo se acentúa el ángulo de His y se evita la aparición del reflujo postoperatorio.

El año pasado tuve oportunidad de hablar con Rossetti en Suiza y me señalaba que sistemáticamente, en todas las operaciones de He-

ller, las hace la funduplicatura de Nissen. Es una intervención un poco más larga, estoy de acuerdo con el Dr. Rubio, se hace un poco más extensa, pero evita la aparición del reflujo que es un hecho señalado y consignado mundialmente.

El otro hecho a destacar es que en uno de mis cuatro casos en el postoperatorio alejado, al año de la intervención el enfermo si bien no tenía disfagia acusaba una serie de trastornos de tipo esofagítico y con plenitud gástrica. Estudiado radiológicamente comprobé que existía un buen pasaje, con reflujo y que además existía un espasmo pilórico. La solución del problema se la di mediante una piloroplastia. Creo que en el momento actual debemos tener presentes las conexiones entre el funcionamiento cardial y el pilórico. Bastó hacer la piloroplastia de ese enfermo para que el síndrome de reflujo desapareciera y al mismo tiempo se corrigieran todos sus trastornos.

Creo que el Dr. Rubio ha obtenido un excelente resultado.

Estoy de acuerdo con él que este tipo de enfermedad a medida que estemos más seguros en la realización del acto quirúrgico, debe hacerse más precozmente. Los enfermos que llegan con esta afección han sido tratados durante años, vienen porque ya el tratamiento médico les resulta absolutamente infructuoso, están cansados de padecer, se agudiza la disfagia y entonces buscan una solución quirúrgica que les dé mejores resultados. Creo que se debe adelantar la indicación quirúrgica, no digo que deba ser ultraprecoz, sino que se debe hacer la indicación sin esperar a que se llegue a los grados avanzados de estenosis de esófago. Nada más.

Dr. Gregorio: Practicamos en dos oportunidades por toracotomía izquierda la operación de Heller con excelente resultado.

Eran mujeres jóvenes; una de 26 años que llevaba cinco años de dilataciones esofagocardiales, que le proporcionaban un bienestar de tres o cuatro meses al principio y que ya en los últimos tiempos no brindaban más de quince días de beneficios. Cansada de las mismas acudió al cirujano.

La otra era una enferma de 32 años que a la edad de 17 años comenzó con su problema de cardiospasmo y desde esa época fue tratada primero por psiquiatra y posteriormente por el esofagoscopista que inició las dilataciones instrumentales, espaciadas las primeras, pero finalmente a razón de una por semana. La enferma manifestó al consultarnos que su vida ya era imposible y que estaba dispuesta incluso al suicidio si no se le resolvía el problema. Tenía un enorme megaesófago y apenas conseguía deglutir líquidos. Le realizamos también una operación de Heller, muy amplia como en la intervención anterior y sin combinar ninguna otra técnica.

El resultado fue espectacular. Aumentó rápidamente de peso y nunca más consultó al psiquiatra. Aun ahora la veo cada seis meses y no tiene ninguna molestia.

Consigno mi casuística, mi modesta experiencia, a los efectos de agregarla a la de los autores que han hecho una valiosa presentación.

Dr. Mérola: A algunos aspectos de los que tocó Praderi me voy a referir.

Primero: la entrada sobre el estómago; se insiste por parte de los autores en entrar sobre las tunicas gástricas y allí está justamente la dificultad, porque allí no hay submucosa. Ura se viene deslizando de arriba abajo por una submucosa muy laxa, muy franca, y cuando empieza a tener dificultades al encontrar el estómago submucoso, uno puede estar seguro que está sobre las tunicas gástricas.

Pero, para llegar a ese lugar he tenido que hacer en varios casos un desligamiento quirúrgico del hiato esofágico, es decir, he tenido que abrir el hiato esofágico quirúrgicamente. Porque si a uno le preguntan (y si le pregunto al Dr. Rubio, posiblemente él esté de acuerdo conmigo) dónde está el espasmo, si es un cardiospasmo o es un esofagospasmo, posiblemente ni el Dr. Rubio ni nadie, por más experiencia que tenga, sepa decir dónde es exactamente que está el espasmo. El espasmo uno lo encuentra en el esófago, pero el espasmo uno diría que "llega" al cardias, pero está en el esófago.

Como operaciones complementarias, en el último caso que hice, horrorizado por algunos trabajos que había leído de gran cantidad de reflujo y de gran sufrimiento postoperatorio, post Heller, le hice lo que mencionaba el Dr. Praderi recién, es decir el Santy-Michaud. Claro, si uno debrida toda la zona del espasmo y hace un Santy, le queda prácticamente parte del estómago, parte del hemi Nissen o del Nissen, como le quieran llamar, pensando que el Santy es un pequeño Nissen, o un esbozo de Nissen, queda intratorácico, y así han quedado mis enfermos. Es decir, cuando he hecho Santy-Michaud debridando los conchabidos 8 ó 10 cm., entrando en la zona dilatada de esófago, y he tapado con la gran tuberosidad la brecha de la musculosa, me encuentro con que eso no lo puedo bajar francamente al abdomen, y me queda en el tórax. Y, felizmente, un familiar de un médico amigo mío el último de mis operados, con ese dispositivo en el tórax está perfecto hace como año y medio.

La filosofía que uno saca de la comunicación del Dr. Rubio es la siguiente. Suponemos que el Dr. Rubio en el séptimo caso tuviera más experiencia que cuando hizo el primero, sin embargo es el que le marcha peor. Hay algo aleatorio, algo que no conocemos, en el funcionamiento del cardias, hay algo que hace que las mismas operaciones no sirvan para todos los enfermos, y hay un enorme componente (al que el Dr. Vega seguramente se va a referir) psíquico, planeando sobre este problema.

En cuanto a la indicación operatoria, el hecho de si hay que operarlos o no, creo que sí, pero si tuviera un cardiospasmo y de repente ese cardiospasmo se me podría curar con una dilatación, creo que preferiría que me ensayaran las dilataciones antes de decidirme por la cirugía.

Felicito al Dr. Rubio, y creo que vamos a oír más comentarios porque es un tema francamente apasionante.

Dr. Vega: He escuchado con satisfacción, y me agrego a las personas que lo han felicitado.

Quería precisar algunos conceptos sobre el problema que a mí me interesa, es el que pongo en juego en el tratamiento de estos enfermos, el tratamiento endoscópico.

Hace muchos años que estoy interesado y dedicado a este problema, y he experimentado una evolución en mis conceptos, producto de mi experiencia.

En una época creí que todos los cardiospasmos se podían curar con dilataciones. La enferma que refiere el Dr. Gregorio creo que es de esa época justamente, y durante mucho tiempo practiqué dilataciones con dilatadores, primero neumático y después con sonda de mercurio, en la esperanza de poder solucionar por los procedimientos endoscópicos el problema del cardiospasmo.

Hicimos una experiencia de alrededor de veinte casos con dilatación neumática, que fue la que el Dr. Rubio se refirió al principio. Al principio en la disertación él no era claro, él habla de dilataciones mecánicas. La experiencia que tengo es con el dilatador plástico de Finocchietto, que utiliza la insuflación de aire y lleva a un diámetro importante el pasaje cardiohia al. Con este procedimiento habíamos obtenido resultados muy buenos, hasta que un enfermo hizo un desgarro esofágico y echó abajo la estadística hasta ese momento. Posteriormente se agregaron todavía (para complicar más) dos casos, uno de los cuales es el primero que relata el Dr. Rubio, al que se le habían hecho dilataciones neumáticas.

En vista de los fracasos y del riesgo de ruptura esofágica (además había otro caso de transformación de cardiospasmo en hernia hiatal, de manera que la enferma se convirtió en una disfágica), nosotros resolvimos dejar las dilataciones por el dilatador neumático de Finocchietto, y en los últimos años estamos trabajando exclusivamente con sondas de mercurio, que como dijo el Dr. Rubio, es un procedimiento no tan contundente, tan enérgico en la ejecución, cuyos resultados, naturalmente, son muy inferiores en cuanto a la efectividad, pero ofrecen menos peligro del punto de vista de la realización.

En la actualidad encaramos el problema del cardiospasmo practicando una breve instancia de dilataciones con sonda de mercurio. Si no dan resultado, aconsejamos al paciente pasar a la cirugía.

Con este tipo de procedimiento, es decir, con la sonda de mercurio tipo, tenemos algunos resultados sorprendentes e interesantes, es decir, enfermos que nosotros inesperadamente sustraemos a la cirugía, que son naturalmente mucho menos que los que teníamos con el otro procedimiento.

Todavía, y esto va en apoyo de lo que dice el Dr. Mérola, desconocemos una cantidad importante de problemas relativos a la fisiología del esófago, y sobre todo al pasaje cardiohiatal. No sólo ese asunto de encontrarme de pronto con casos que evolucionan perfectamente bien, con simples dilataciones de mercurio, sino que mi sorpresa ha sido mayor todavía al practicar esofagoscopias postoperatorias. En dos casos, uno de la casuística del Dr. Rubio,

que es un fracaso, o por lo menos un fracaso parcial o transitorio, y un enfermo operado por el Dr. Mérola, y en los dos con gran sorpresa encontré que el pasaje al estómago se hace perfectamente, sin ninguna dificultad.

De modo que si uno piensa, apoyado en la clínica y en la radiología, que puede haber un trastorno mecánico a nivel del sector terminal del esófago, a nivel cardiohiatal, con anestesia general y mediante visión endoscópica, y aun pasando sondas de grueso calibre, de mercurio también, no se encuentra ninguna clase de resistencia.

No obstante, esas dos enfermas a quienes se practicó operaciones de Heller, clínicamente no están en las condiciones que uno hubiera deseado, es decir, de una cura de acuerdo a los criterios que el Dr. Rubio estableció en su trabajo.

De manera que en este problema hay todavía ciertos puntos que aún no conocemos bien, que estamos un poco, desde mi punto de vista, tirando a suerte y verdad en cuanto a los buenos resultados.

Dr. Yanicelli: Le voy a preguntar al Dr. Rubio si no hay estudio anatomopatológico hecho, relacionado a ese plano muscular que incidió longitudinalmente, porque los resultados operatorios, sobre todo estos dos casos que hizo referencia el colega Vega, nos recuerdan, lo que pasa con el megacolon congénito. Es decir, donde no hay ausencia de luz, pero hay disquinesia, y esa disquinesia actúa como una perturbación funcional, y crea en este caso una disfagia y en aquel caso una constipación y una dilatación por encima, desde luego, lo mismo que pasa en el esófago.

La incisión longitudinal en el megacolon no produciría ningún resultado favorable, hay que derivar o hay que extirpar la zona. Probablemente esos casos residuales que han quedado allí, se trata de una perturbación funcional que puede detectarse, a lo mejor, con un estudio anatomopatológico histológico de las disposiciones plexuales de los plexos que inervan el esófago. Es decir, hay una zona de disquinesia y no hay una perturbación de la luz, por eso le preguntaba si se ha acompañado y si conocen algo de estudio histológico de esa zona.

Dr. Rubio: Voy a contestar a algunos colegas que han tenido la amabilidad de comentar este trabajo.

En primer término al Dr. Praderi. De los siete casos que tuvimos, en uno el estudio ra-

diológico bien hecho muestra el reflujo gastroesofágico. Pero ese pequeño reflujo no va seguido de ninguna manifestación de esofagitis péptica. Desde el punto de vista clínico ha e olucionado tan bien como los otros seis casos, que consideramos resultados excelentes.

Con respecto a la técnica en sí, a veces liberamos bien la porción baja del esófago, y mismo seccionamos el ligamento frenoesofágico, liberando bien el pasaje del esófago a través del pilar. Otras veces no hacemos eso, y seccionamos directamente una vez hecha la tracción hacia abajo y así llegamos al cardias y pasamos hasta el estómago varios centímetros. Y seguramente en el pasaje de la tijera que va cortando la musculosa, seccionamos también el ligamento frenoesofágico.

Pero nosotros hacemos otra liberación, hacemos la técnica que vimos utilizar en el Servicio de Allison. Una operación tremendamente sencilla con muy poca disección.

El Dr. Praderi insiste sobre el reflujo que se observa en esta cirugía a veces. Es un tema muy discutido y hay autores que dicen que lo tiene mucho, otros que lo ven muy poco. En fin, es posible que la posición sea de que los que tienen mucho número, de los que tienen una casuística muy grande. Hay mucha gente que tiene casuística grande, que no hace nada más que esto y que le va bien.

Por ahora estoy conforme, y no creo que se deba (de acuerdo con mi pequeña experiencia) agregar más cosas porque todo lo que se le agregue, en una zona tan delicada y de fisiopatología tan difícil de interpretar como es la zona de pasaje esofagogástrica, puede ser a lo último perjudicial. Hay que manejarse con mucho cuidado, al vago hay que cuidarlo mucho, un traumatismo de vago puede producir un pilorospasmo y echarse a perder la operación.

Bueno, al Dr. Yanicelli, como se discute sobre la fisiopatología y la etiología de esta enfermedad, desde luego que se han estudiado histológicamente. Aparecen lesiones de degeneración nerviosa en la zona. Se discute incluso si es primitiva esta lesión de degeneración, o es secundaria a la dilatación. Nosotros no estudiamos el músculo seccionado que nos ha parecido siempre de aspecto perfectamente normal. Es interesante que la zona que uno opera es la más normal que encuentra. El músculo, eso sí, está engrosado.

Lo único que deseo es agradecer a todos los que se han ocupado de esta comunicación y a todos los colegas.