

## CONSIDERACIONES SOBRE UNA OBSERVACIÓN DE ESPASMO DISTAL PERMANENTE DEL ESÓFAGO

*Dr. Armando M. Loubejac*

La contractura esencial o idiopática de un segmento del esófago, en ausencia de toda lesión apreciable del mismo o de un órgano vecino, está condicionada por un desequilibrio del sistema neuro-muscular loco-regional o del sistema vegetativo general. Y, como sucede muy a menudo, el espasmo es llamado esencial porque su causa no es despistable. A veces es una lesión parietal mínima, una ligera esofagitis imposible de poner en evidencia que, al principio, juega el papel de espina irritativa y obra sobre el juego normal del sistema neuro-muscular del esófago. Una vez cicatrizada la lesión el desequilibrio persiste, favorecido por el estado anterior del sistema nervioso del paciente, que reacciona como verdadero espasmofílico a una perturbación moral cualquiera. El desequilibrio local corre el riesgo, a su vez, de mantener la lesión por una esofagitis supra-estrictural y constituir una verdadera contractura permanente del esófago, contra la cual los medios terapéuticos corrientes son casi ineficaces.

La etiología del espasmo permanente se confunde con la del cardio-espasmo permanente y la llamada dilatación idiopática del esófago. En su base se encuentran las teorías clásicas de la malformación congénita de Bard, del cardio-espasmo, de la atonía muscular primitiva y del freno-espasmo. A ellas se agregan hoy día la de la *Avitaminosis B<sub>1</sub>* de Etzel y la de la *Acalasia* de Kronecker y Meltzer, o ausencia del reflejo normal de relajación del cardias en el momento de la deglución.

*Terracol* en su libro *Les Maladies de l'Œsophage*, 1938, habla, al pasar, de la participación posible de lesiones del tracto

digestivo infradiafragmático como punto de partida de espasmos esofágicos.

*Cannuyt*, en una de sus últimas conferencias en Montevideo, insiste en que se busque la espina irritativa en el estómago y en el duodeno y recomienda hacer un prolijo examen radiológico de estos órganos antes de tentar una terapéutica activa.

El enfermo que motiva estas consideraciones es un hombre de 46 años, de profesión peón de cocina, que sufre de disfagia progresiva desde hace 8 años. En 1937, a raíz de un sufrimiento post-prandial a horario retardado, se le hizo diagnóstico de úlcus duodenal, no mencionando para nada, en ese entonces, su trastorno esofágico que era, por otra parte, muy moderado. La intervención quirúrgica mostró una duodenitis simple y ausencia de úlcera. Se le practicó una gastro-enterostomía, curando de sus ardores.

En el mes de mayo de 1941 me consulta por disfagia electiva para sólidos, coincidiendo con adelgazamiento de 6 kilos y pérdida del apetito. Acusa un marcado dolor retro-esternal en el momento del pasaje de los alimentos. No tiene vómitos ni regurgitaciones. Le hago un estudio radiológico y se fija en placa la imagen: hay una estrechez tubular de la porción diafragmática del esófago, ligeramente deformada, pero sin imágenes lacunares. Por encima hay una discreta distensión del esófago y la barita tiene manchas claras en el trayecto de la estrechez por mezcla de alimentos retenidos por encima de la estructura.

Se le instituye tratamiento médico a base de antiespasmódicos y se le da, al mismo tiempo, salicilato intravenoso para combatir dolores reumáticos de sus miembros inferiores. Exámenes corrientes de laboratorios normales. Hemorroides tratadas con inyecciones esclerosantes. En este momento no lo molestan.

En el mes de setiembre le hago un nuevo estudio radiológico. No ha habido ninguna mejoría clínica. Las placas radiográficas muestran un espasmo infundibuliforme del esófago terminal, que se hace filiforme en la placa de frente. Es una imagen limpia, con moderada dilatación supra estructural, dibujándose las ondas de contracción en la pared del esófago. Por debajo del diafragma se observa una gran aerocolia. Pido la colaboración del otorinolaringólogo, Dr. Mario Rius. Este distinguido colega hace una esofagoscopia sin encontrar alteración alguna de la mucosa esofágica. Confirma la impresión de que se trata de un espasmo idiopático y propone hacer una dilatación neumática. Antes de efectuarla se hace un estudio radiológico de estómago y duodeno para descartar la existencia de una lesión gastro-duodenal en actividad. El Dr. Zerboni, del Instituto de Radiología, informa: "Cardio-espasmo con discreta dilatación por encima-gastro-enterostomía. Buena evacuación gástrica. Anas anastomóticas normales".

El 2 de marzo del corriente año se hace una sesión de dilatación y la del 12 muestra el resultado obtenido. A más de dos meses de la intervención, el enfermo se encuentra muy bien y ha desaparecido su aumentando también de peso.

Es interesante hacer notar que el enfermo ya acusaba su agia en el momento de ser intervenido por su lesión gastro-odenal. Esa disfagia se fué acentuando hasta alcanzar el grado de estenosis que muestran las placas. Frente al examen esofagoscópico negativo, ¿sería aventurado suponer que ha existido — y persistido — una espina irritativa gástrica o duodenal en la génesis de este cardio-espasmo? Todo hace suponer que, curada su duodenitis, ha persistido el desequilibrio neuro-muscular reaccionando por espasmos a excitaciones de distinta naturaleza.

El cardio-espasmo es por otra parte, bastante frecuente. Así parece probarlo el buen trabajo de conjunto que publican los Dres. Zerboni y Bonazzola en "Anales de Otorinolaringología del Uruguay", Tomo XI, Parte II, 1941, destinado a estudiar el aspecto radiológico del mismo y su diagnóstico diferencial con las lesiones orgánicas.

La observación que presento permite establecer que puede ser conveniente pedir *sistemáticamente* estudio radiológico de esófago, estómago y duodeno para *todos* los enfermos que acusen sufrimiento gastro-duodenal porque, en general, el radiólogo — si no se le pide especialmente — no estudia el esófago y concentra su atención en el estómago. Podremos, así, encontrar con más frecuencia espasmos permanentes cuya espina irritativa está muy lejos del cardias.

**Sr. Presidente.** — Está a consideración de la Asamblea el trabajo del Dr. Loubejac.

**Dr. Zerboni.** — El Dr. Loubejac se refirió al trabajo que yo había hecho en colaboración con el Dr. Bonasola y que fué publicado en los anales de Oído, Nariz y Garganta. Ampliando algunos datos se refiere el trabajo a la observación de alrededor de unos 20 casos que hemos estudiado y en uno solo hemos encontrado un cardio-espasmo, que tenía anteriormente una lesión duodenal, por lo que se le practicó la gastroenterotomía. En todos ellos buscó lesión gástrica sin resultado.

El segundo punto es que cuando se hace un examen del estómago, generalmente es muy fácil darse cuenta cuando hay una lesión en el esófago.

Y lo es por una razón muy sencilla: Si el enfermo demora en tragar el radiólogo levanta instintivamente la pantalla para mirar el esófago.

**Dr. Chifflet.** — Desde el punto de vista de los reflejos orificiales producidos por lesiones orgánicas, hace unos años se presentó en la clínica del Dr. Lamas un enfermo interesante.

Se hace la intervención con el diagnóstico de lesión esofágica practicando una gastrostomía que no marcha.

Un estudio radioscópico del estómago usando la sonda gástrica para llenarlo demuestra que el enfermo tenía una estenosis del esófago de naturaleza espasmódica y la lesión fundamental estaba en el píloro.

Y coincidiendo con ese otro caso ilustrativo, con una estenosis esofágica. Se hace la gastrostomía perfectamente bien y en el post operatorio la gastrostomía no funciona. Se hace el estudio radiológico y se ve que hay un espasmo persistente y esa gastrostomía que funcionaba mal empezó a funcionar bien cuando cedió el espasmo pilórico.

Desde ese momento no sólo tratamos de hacer la gastrostomía con todos los detalles técnicos, sino que hicimos el tratamiento del posible espasmo pilórico y creimos haber evitado ciertos inconvenientes de la gastrostomía.

**Dr. Stajano.** Se trata de un enfermo que tiene una lesión ulcerosa muy vecina al cardias, y es tratado haciendo lo posible por evitar el acto quirúrgico. Se le hace un tratamiento médico durante seis meses.

Finalmente se le hace una intervención y nos encontramos con una lesión de pequeña curva sumamente alta, adherente con un proceso ulceroso.

Además tenía una (biloculación) del estómago, una bolsa alta y luego la gran bolsa gástrica. Hicimos una boca de gastro-enterostomía anterior de la bolsa alta porque ese sujeto prácticamente había hecho una estenosis casi completa al punto que ese sujeto no podía evacuar su bolsa.

Hicimos una gastro-enterostomía y ese enfermo marchó muy bien.

Y lo seguimos viendo. Hace poco tiempo ingresa al Servicio con una disfagia muy grande, y estenosis esofágica radiológicamente limitada a la región del cardias.

Sin lesión orgánica. Lo interpretamos como un espasmo. No le podemos hacer una extirpación de su úlcera, no le podemos hacer nada y lo traigo a la consideración de todos ustedes para ver si se les ocurre alguna cosa para poder mejorar la salud de ese hombre. Pienso hacer una gastrostomía.

**Dr. Etchegorri.** — Creo que realmente esos espasmos del esófago quizás sean más frecuentes de lo que uno se cree, pero tengo casi la convicción por la impresión de lo que uno ha visto, que ignoramos las causas de esas lesiones del esófago.

Las úlceras del esófago, contrariamente a lo que muchos creen son más frecuentes de lo que se piensa y sobre todo, no son casi nunca diag-

ticadas. Tengo un caso familiar en el cual un maestro argentino, el fesor Güemes diagnosticó a esa persona una úlcera del esófago hace friolera de 50 años.

Esta persona que empezó con una estenosis idiopática tiene 75 años de edad y empezó a los 19. Esto demuestra que esa estenosis no le ha impedido recorrer el mundo.

En esos enfermos se ha encontrado una lesión "in situ", que justifica ese espasmo esofágico. En el caso del Dr. Stajano una úlcera colocada cerca del cardias puede perfectamente bien provocar un reflejo del mismo modo que una úlcera yuxta pilórica puede provocar espasmos del piloro. Creo que hay que buscar las lesiones "in situ" antes de embarcarse en el diagnóstico de espasmos idiopáticos, que creo que son telones con que cubrimos nuestra ignorancia sobre el asunto.

**Dr. Enrique Lamas.** — Este tema fué tratado en la Academia de Cirugía de París en diciembre de 1940, y es de gran interés leer las distintas opiniones y los distintos casos que fueron analizados con este motivo.

Evidentemente todos los casos allí considerados no obedecían a la misma lesión. Y, por otra parte, es bastante difícil establecer si obedecían a la misma lesión por la dificultad de la exploración de la lesión "in situ", ya sea por vía endoscópica o ya sea por la exploración quirúrgica. Esto explica la divergencia de opiniones y hasta de nomenclaturas.

Son muy diversas las lesiones que pueden encontrarte.

Un autor describe con qué facilidad pudo exteriorizarse de 6 a 7 centímetros de esófago. Mi experiencia en la operación de Heller es solamente como espectador. Tuve ocasión de verla realizar por el profesor Montenegro de San Pablo. Esta exteriorización de la última porción del esófago por vía abdominal me ha parecido siempre extremadamente difícil.

Se habló también de la ventaja de la dilatación con sonda de mercurio. Aquí no se emplea. He visto resultados tan brillantes que llegué a convencerme que la gastrostomía por neoplasma iba a perder sus indicaciones dada la posibilidad de vencer la disfagia por medio de esas sondas de mercurio.

**Dr. Etchegorri.** — Acaba de confirmarme en Buenos Aires el doctor Vasconcellos que el esófago desciende de 6 a 7 centímetros.

Esto son cifras de un esófago que no tenga adherencia.

Respecto a la sonda de mercurio no conocía los trabajos americanos.

Puedo decir que nosotros lo hemos ensayado con instrumentos de fortuna, quizás por eso no haya dado resultado.

En resumen: hemos analizado el método y no nos convence y creemos que es sumamente peligroso. Conocemos fracasos que permanecen en el más absoluto anonimato.

**Dr. García Capurro.** — En cuatro casos de estenosis idiopática del esófago hicimos con el Dr. M. Rius la dilatación con el aparato neumá-

tico de Finochietto. En los cuatro casos la dilatación fué extremadamente fácil. Lo hicimos controlando la posición de la bolsa a inflarse bajo los rayos sabiendo que estaba colocada bien mitad por encima mitad por debajo del diafragma.

No tuvimos ningún tropiezo y si bien desde el punto de vista radiológico la estenosis no desapareció en ninguno de los casos, clínicamente resultaron prácticamente curados.

**Dr. Zerboni.** — En los trabajos que publiqué con el Dr. Bonasola hay algunos casos en que se ve el resultado de ese método con el dilatador de Finochietto, siempre bajo el control de los rayos X para poder localizar las dos olivas que marcan los dos extremos del dilatador.

En muchos de ellos hemos tenido un éxito enorme.

