

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS  
BOGOTÁ

## CONFERENCIAS ANATOMOCLINICAS

### CASO No. DIEZ Y SIETE

C. E. M. 45 años. Ciudad de origen y procedencia: Umbita. Servicio del Profesor Piñeros Suárez.

*NOTA CLINICA:* El enfermo ingresa al Servicio de Clínica Quirúrgica el 22 de Noviembre de 1951, por presentar disfagia no dolorosa tanto para sólidos como para líquidos.

**Antecedentes familiares:** Sin importancia.

**Antecedentes personales:** Enfermedades de la infancia; ha gozado de buena salud; es casado con 5 hijos vivos y aparentemente sano.

**Enfermedad actual:** Se inició hace 4 meses con la aparición de disfagia, acedias, dolor pre-external, náuseas y poco después, vómito bilioso. Estos síntomas evolucionaron en forma progresiva, especialmente la disfagia; veinte días antes de su ingreso al Hospital le era imposible la ingestión de sólidos y sólo podía deglutir líquidos cuando los tomaba muy lentamente.

El enfermo relata que 22 años antes, presentó una sintomatología digestiva similar con ardor retro-esternal, acedias, anorexia, náuseas y disfagia; en esa ocasión fué tratado por un "curandero indígena" y curó completamente.

**EXAMEN CLINICO:** Enfermo normolíneo y normosónico; mal estado general y enflaquecimiento muy marcado.

**Aparato Circulatorio:** Área cardíaca normal; sonidos de intensidad normal con una frecuencia de 52 por minuto; tensión arterial máxima de 150 m.m. y mínima de 80 m.m. Vasos y arterias normales.

**Aparato Respiratorio:** La frecuencia respiratoria es de 18 por minuto. La expansión torácica es satisfactoria y la auscultación, percusión y palpación son normales.

**Aparato Digestivo y Abdomen:** Lengua lisa, limpia y húmeda. Abdomen ligeramente deprimido, con ligero dolor a la palpación epigástrica. Hígado percibible desde el 4º espacio intercostal derecho hasta el borde costal, sobre la línea axilar anterior; es de superficie y consistencia normales.

Se exploró la disfagia con la ingestión de líquidos pero no se observó en el momento de examen ninguna alteración grave en el tránsito esofágico.

**Sistema Linfático:** Hay micro-adenopatía cervical e inguinal bilateral.

Demás órganos y aparatos normales.

**EXAMENES DE LABORATORIO:** **Hemogramas:** Nov. 24/51 Eritrocitos: 4.000.000; hemoglobina: 80%. Valor globular: 1. Leucocitos: 5.000. Polimorfonucleares neutrófilos: 60%. Linfocitos: 40%. Eritrosedimentación: A la media hora 0 mm. y a la hora 2 mm. Dic. 15/51: Eritrocitos: 3.200.000; hemoglobina: 55%. Valor globular: 1.01. Leucocitos: 6.400. Polimorfonucleares neutrófilos: 76%. Metamielocitos neutrófilos: 2%. Linfocitos: 22%. Enero 31/52. Eritrocitos: 3.280.000. Hemoglobina: 65%. V. G. 1.01. Leucocitos: 4.400. Polimorfonucleares neutrófilos: 51%. Linfocitos: 49%. Eritrosedimentación: A la media hora 15 mm. y a la hora 55 mm. **Azohemias:** Nov. 24/51: 20 miligrms%. Enero 29/52 23 mlgrms%. Enero 29/52: 85 mlgrms%. Glicemia: 85 mgrs%. **Proteinemias:** Dic. 18/51. Proteínas totales 7.60 grms%. Serinas 4.75 grms%. Globulinas 2.85 grms%. Febrero 1º/52: Proteínas totales 8.72 grms%; Serinas 5.21 grms%. Globulinas 3.50 grms%. **Cloruremias:** Dic. 17/51: 460 mlgrms%. Enero 29/52: 500 mlgrms%. Coagulaciones (Howell): Nov. 24/51: 13.5 minutos. Enero 31/52: más de 15 minutos. **Líquidos pleurales:** Dic. 17/51: Glucosa 425 mlgrms. Negativo para cocos después de 48 horas de incubación. Líquido pleural (Dic. 27/51): Albúminas 17.70 grms%. Enero 18/52: Acidez total 1.39 grms%; Acido clorhídrico libre: 0.63 grms%; Bilirrubina: 0.80 mgrms%. **Reacciones serológicas de Kahn y Mazzini:** Negativas. **Orinas:** Nov. 23/51: normal. Enero 29/52: densidad 1.022 aspecto turbio, color ámbar reacción alcalina, albúmina muy ligera huellas; urea 760 mlgrms%; cloruros: 12.30 mlgrms%; fosfatos 0.60 grms%; hematíes abundantes; leucocitos abundantes. **Materias Fecales:** huevos de áscaris +, larvas de Strongiloides

Radiografía Nº 60.064 de Nov. 23/51: "El estudio radiológico del estómago presenta una estenosis bastante acentuada sobre la parte media del conducto que ocasiona dilatación de éste por encima del punto lesionado. Los contornos son irregulares y el borde inferior de la dilatación también es irregular, con el canal excéntrico. **Conclusión:** Cáncer del esófago".

**Esofagoscopia:** (Nov. 27/51). "A veintidós centímetros de la arcada dental se encuentra una estrechez esofágica concéntrica, no ulcerada. Se tomó biopsia". **Biopsia de esófago:** (Informe Nº 11.655 de Diciembre 4/51): "Inflamación crónica".

**EVOLUCION Y TRATAMIENTO:** Desde su ingreso, se prescribe una alimentación a base de comidas blandas y líquidas; se practican los exámenes de laboratorio y se administran soluciones dextrosadas y salinas, calcio y vitaminas K y C; también recibe transfusiones de sangre total.

Se proyecta una intervención quirúrgica que se realiza el 11 de Diciembre. En élla se localiza la estrechez esofágica detrás del cayado aórtico, la cual es resecada y haciéndose luego una anastomosis esofago-gástrica en la cual el estómago se fija a la pared torácica mediante puntos separados pleuro-gástricos. Previa colocación de un dren en el 9º espacio intercostal se reconstruyen los diferentes planos mediante puntos separados.

Durante el acto quirúrgico recibió 1.000 cc. de sangre total, 500 cc. Graplaesmold transfundidos principalmente por vía aórtica; 500 cc. de dextrosa al 5% en solución salina; percorten, efedrina y ergotrató. El enfermo sale de la sala en buenas condiciones con frecuencia respiratoria de 20 por minuto, tensión arterial de 90 x 70 y pulso de 80 por minuto. Durante las 24 horas siguientes se aplica oxígeno húmedo a permanencia por sonda nasal, 1.500 cc. de sangre total, 2.500 de solución dextrosada y se colocan en la cavidad pleural 300.000 unidades de penicilina con un gramo de estreptomicina. Se administra igualmente, de medio gramo de estreptomicina cada 12 horas, 50.000 unidades de penicilina cada 4 horas, 10 miligramos de percorten cada 4 horas, una ampolla de prostigmina cada 6 horas y jarabe de estreptomicina, cada 4 horas, por vía oral.

Al día siguiente las condiciones generales son satisfactorias. La tensión arterial permanece en 125 mm. para la máxima y 75 mm. para la mínima; el pulso con una frecuencia de 90 por minuto y la respiración 28 por minuto. Se continúa la medicación ya anotada.

Al 4º día se encuentran signos físicos de derrame pleural izquierdo, por lo cual se practica toracentesis posterior, en el 8º espacio intercostal, con la extracción de 400 cc. de líquido que contenía glucosa en cantidad de 425 mlgrms.

Al 9º día de operado, se practicó un control radiológico con el siguiente resultado: "En el examen fluoroscópico no se observa presencia de fistula, pero en la radiografía se encuentra que sí existe medio de contraste por fuera de la vía digestiva reconstruida. Dicho medio de contraste se deja ir hacia el lado derecho por frente del ileo pulmonar de este mismo lado y llega hasta cerca del ángulo homo-vertebral. En el hemitórax izquierdo se observa la presencia del estómago, de un gran derrame pleural y engrosamiento de las paredes pleurales. Además, llama la atención la ausencia del tejido parenquimatoso pulmonar en la mayor parte de este hemitórax. El mediastino se encuentra desviado hacia la derecha". El 27 de Diciembre por sospechar fistula de esofago-pleural, se hace prueba con azul de Metileno la cual da resultado negativo; se reducen los líquidos parenterales y se continúa con los medicamentos anotados atrás. El estado general del enfermo es satisfactorio, la tensión máxima es de 115, la mínima de 60 y el pulso de 82 por minuto; el día 29 se le permite ingerir comida blanda a pequeñas dosis.

El 2 de Enero de 1952 aparece bruscamente contractura dolorosa del trapecio derecho acompañada de dolor intercostal en el 5º espacio izquierdo; se tratan con infiltraciones locales de novocaína al 1%. El 9 de Enero se encuentra una fistula sobre el 5º espacio intercostal izquierdo a 5 cms. de la columna vertebral y reaparece la contractura dolorosa del trapecio derecho, que se trata nuevamente con infiltraciones novocaínicas. Se practica una toracentesis con resultado negativo.

El 11 de Enero hay intensa disnea con 45 respiraciones por minuto y signos clínicos de gran derrame pleural, comprobado radioscópicamente. Se hace toracentesis y se extraen 1.000 cc. de líquido alimenticio; se coloca dren y se suspende la alimentación oral. A continuación se efectúa un control radiológico con comida variada en el que se comprueba que ésta llega hasta las asas superiores del intestino delgado y que en el sitio de la anastomosis, toma una dirección horizontal. Bajo control radioscópico, se trata de pasar una sonda de Vin y se observa que ésta toma una dirección horizontal a la altura de la anastomosis, lo que dá la impresión de un trayecto fistuloso. En esta ocasión fué imposible determinar si el medio opaco que llevaba el extremo de la sonda se encontraba dentro del segmento intratorácico del estómago o dentro de la cavidad pleural izquierda, fuera de éste.

El día 17 del mismo mes se hace una nueva toracentesis que da salida de líquido de aspecto bilioso, por lo que se ordena al enfermo permanecer sentado; el 18 se reinicia la alimentación oral con la ingestión de leche, agua de panela o caldo, dos copas cada 3 horas.

El 31 presenta intenso dolor epigástrico de tipo cólico; las condiciones del enfermo no han sufrido modificación. Se hace junta quirúrgica y se decide reoperarlo para tratar una probable fistula de la anastomosis. En efecto, el 1º de Febrero de 1952, con anestesia general, se hace una toracotomía izquierda de precisión sobre el 5º espacio intercostal; al abrir la cavidad pleural, la pleura parietal aparece íntimamente adherida al estómago por lo cual éste se abre totalmente; a través de la brecha se practica exploración del estómago y se observa que la anastomosis esófago-gástrica está perfectamente cicatrizada y en buenas condiciones, no encontrándose fistula. También pudo apreciarse que el lóbulo inferior del pulmón izquierdo estaba colapsado entre la pequeña curvadura gástrica y el mediastino, por lo que se procedió a liberarlo. Se reforzó la anastomosis esófago-gástrica anteriormente mediante puntos separados y por fuera, con un pequeño injerto pediculado pleuro-pulmonar. Se suturó la pleura visceral por puntos separados y se cerró la pared gástrica en tres planos empleando cat-gut en los planos profundos y seda para el plano superficial. La sutura exterior se protegió mediante la fijación sobre ella del lóbulo inferior del pulmón izquierdo. Se colocó un dren a través del 9º espacio intercostal y se cerró la pared torácica por planos y con puntos separados. El paciente presentó después de la intervención, profundo shock que fué tratado mediante anestesia de los cuerpos carotídeos con procaína en solución al 1%.

El 3 de Febrero, dos días después de la intervención, el estado general era regular; se inició la administración oral de suero fisiológico, leche y agua azucarada, una copa cada 3 horas; este día apareció diarrea que fué tratada con hidróxido de aluminio y belladona, el día 4º de operado las condiciones del enfermo eran precarias, tenía pulso de 140 por minuto, tensión máxima de 150 mm. y 40 respiraciones por minuto. El 7 de Febrero se retiraron los puntos cutáneos y a través de la herida quirúrgica salió gran cantidad de líquido alimenticio. Se practicaron curaciones con panela y se ordenó permanecer al enfermo en decúbito lateral derecho; se prescribieron enemas alimenticios, soluciones salinas y dextrosadas y se suspendió la alimentación oral, al día siguiente, a través de la herida torácica, se colocó una sonda de Mullen Abbott y se trató de alimentarlo por ella; presentaba necrosis extensa de la pared torácica,

edema de las extremidades y gran postración. El día 19 de Febrero, a través de la brecha torácica se constató la existencia de tres fistulas de la porción supradiafragmática del estómago de las cuales una estaba colocada a 2 cms. por debajo de la anastomosis; otra a 5 cms. de la primera, abierta hacia la región posterior; y una tercera en las vecindades del diafragma.

En los días 20 y 21 decayó notablemente el estado general del paciente y sus condiciones se hicieron precarias; el edema aumentó, lo mismo que la necrosis de la pared la cual se extendía desde la base de la axila hasta el 8º espacio intercostal izquierdo y desde la línea media axilar hasta la línea homovertebral del mismo lado.

El enfermo murió el 22 de febrero de 1952 a las 5:3 p. m.

#### *DISCUSION CLINICA:*

#### **PROFESOR ALFONSO URIBE URIBE:**

Como éste es un caso diferente a los que se han venido presentando en estas reuniones, vamos a invertir el orden acostumbrado para presentar primero los datos de autopsia de este enfermo al cual se le practicó una esofago-gastrectomía transtorácica para el tratamiento de una lesión esofágica comprobada por razón de la operación y por el estudio radiológico.

Se me hace sumamente interesante, una vez conocido en su final por lo que nos diga la Anatomía Patológica, entrar en una discusión sobre las indicaciones, las técnicas, las situaciones postoperatorias, la manera de resolverlas y las enseñanzas a que puede dar motivo un caso tan interesante como éste. Tiene pues la palabra el Dr. Isaza.

#### **RESUMEN DE AUTOPSIA**

#### **DOCTOR JAVIER ISAZA GONZALEZ:**

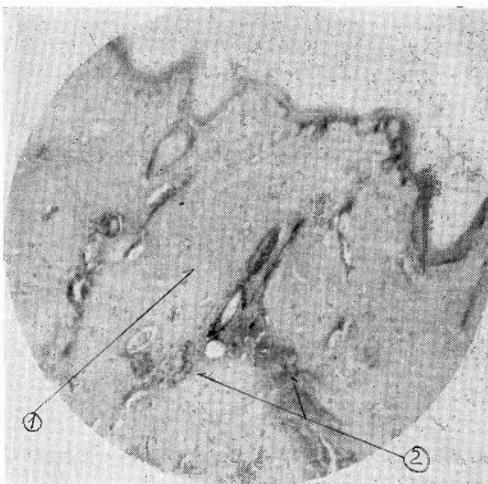
En el cadáver de este paciente encontramos una necrosis de la mitad superior del hemitórax izquierdo que iba desde el hueco axilar hasta la 6<sup>a</sup> costilla y de la línea axilar anterior hasta la línea escapular interna. Dicha necrosis comprometía piel, tejido celular subcutáneo, músculos serrato mayor, dorsal ancho e intercostales y llegaba a la pleura parietal con compromiso de la cavidad, en la cual se veía claramente parte de la pared gástrica. Histológicamente, en la piel de esa región se hallaron cambios de estructura que consistían en necrosis de coagulación, esclerosis, edema e hiperplasia del tejido conjuntivo (fotomicrografías N° 1 y 1-A), lo que indica que más que a un proceso infeccioso la destrucción se debía a un proceso de digestión por la acción del jugo gástrico.

En la cavidad pleural derecha se encontraron adherencias poco firmes al mediastino, al diafragma y a la reja costal; en la izquierda se halló síntesis completa de la pleura en la región mediastinal y necrosis de la pared externa que se continuaba con la necrosis descrita en hemitórax izquierdo. En cuanto a los pulmones, el derecho pesaba 390 grms. y en los lóbulos medio e inferior dejaba ver numerosos infartos de 1.5 a 2 cms. de diámetro que se acompañaban de formación de trombo en las ramas de la arteria pulmonar. El pulmón izquierdo estaba totalmente rechazado hacia el mediastino y aparecía recubierto por una pleura gruesa, que le formaba un saco rígido (fotografía N° 2) y se adhería íntimamente al estómago. Al corte, la superficie de sección tenía consistencia blanda, crepitación totalmente abolida, color rosado grisáceo, arquitectura poco aparente y aspecto de atelectasia; no pudimos determinar su peso. El examen microscópico de las lesiones descritas como infartos, mostraron necrosis consecutiva a obstrucción por trombo de ramas de la arteria pulmonar, atelectasia pulmonar izquierda y pleuritis aguda con paquipleuritis (fotomicrografías Nos. 3, 4 y 5). En el tubo digestivo, el estómago supradiafragmático estaba en comunicación franca con el exterior, merced a que la cara latero-izquierda había desaparecido por necrosis y lo que quedaba de la cara interna, estaba íntimamente adherido al pulmón izquierdo que aparecía colapsado; la porción infradiafragmática, tenía unos 12 cms. de longitud y era de aspecto normal; el orificio diafragmático que comunicaba estas dos porciones era perfectamente permeable (fotografía N° 6). En el sitio de la anastomosis esofagogastrica, los tejidos se encontraban en buenas condiciones. Histológicamente, en los bordes necrosados y en general en toda la porción intratorácica del estómago, se halló un proceso de gastritis aguda que comprometía especialmente la pared externa (fotomicrografías Nos. 7 y 8).

De la cavidad peritoneal, sólo es digno de anotar la presencia de acodaduras en el sigmaide, formadas merced a adherencias fibrosas entre las asas. En los demás órganos no se encontraron alteraciones de importancia.

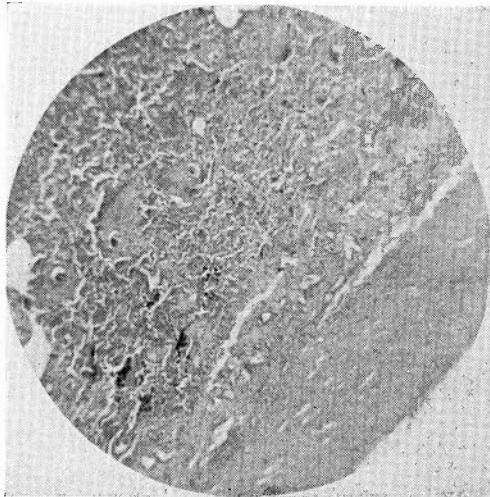
Al analizar en conjunto el curso clínico de este paciente y los hallazgos de autopsia, vale la pena recordar que después de terminada la intervención quirúrgica practicada el 11 de diciembre, el enfermo recibió oralmente jarabe de estreptomicina en cantidad apreciable; y que 4 días después, al aparecer la sintomatología clínica de derrame pleural izquierdo, la toracentesis dió salida a 400 cc. de líquido de olor dulce, los cuales al examen químico mostraron un contenido de azúcar en cantidad de 425 mlgrms.%. También debemos recordar que el control radiológico no mostró fistula, pero que si anotaba que el medio de contraste se iba hacia el lado izquierdo por frente al hilio. Igualmente, se anota en un examen radioscópico que la sonda con medio opaco tomaba un curso semejante y que los radiólogos sugirieron la existencia de una fistula gástrica con gran derrame pleural. Sin embargo, el enfermo había comido normalmente durante 12 días y solo el 2 de enero presentó fenómenos de retención manifestados por contractura dolorosa de músculos torácicos. Después de este episodio, continuó comiendo normalmente por 9 días más y sólo entonces apareció un fenómeno agudo de disnea con 35 respiraciones por minuto, con signos clínicos de gran derrame líquido en el hemitórax izquierdo; pero al practicar la toracentesis, el líquido extraído fué líquido alimenticio.

¿Por qué se confundió radiológica y clínicamente, en repetidas ocasiones, el contenido gástrico del estómago supradiafragmático con un derrame pleu-



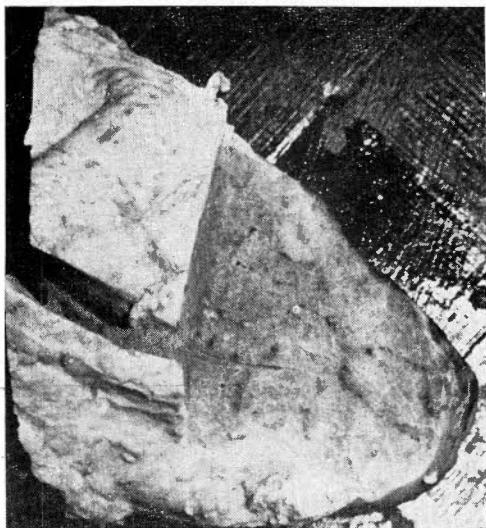
FOTOMICROGRAFIA N° 1

La fotografía muestra un corte de piel de los bordes de la herida torácica que muestra necrosis de coagulación (1) y focos de reacción inflamatoria.



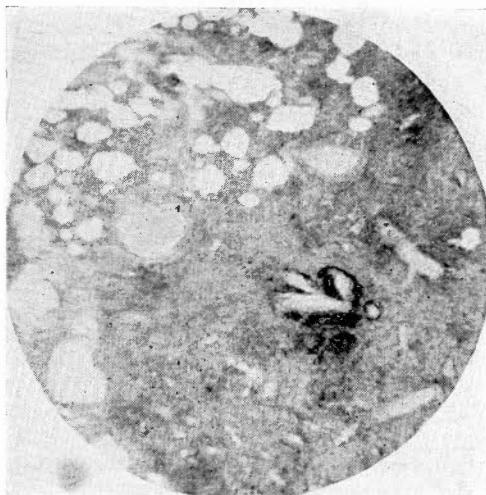
FOTOMICROGRAFIA N° 1-A

A mediano aumento, corte que muestra necrosis de coagulación de la piel (dermis y epidermis) en los bordes de la herida torácica.



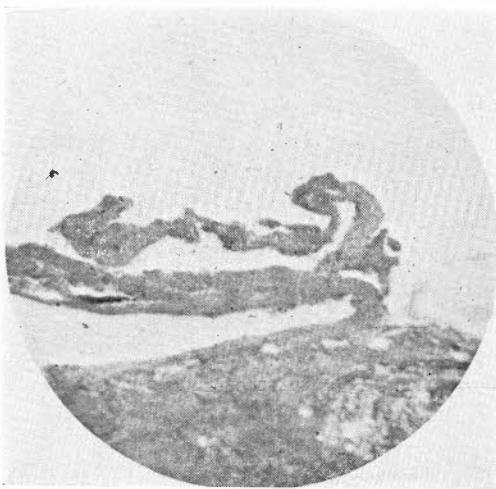
FOTOMICROGRAFIA N° 2

Aspecto del pulmón izquierdo que muestra parénquima en atelectasia recubierto por pleura gruesa.



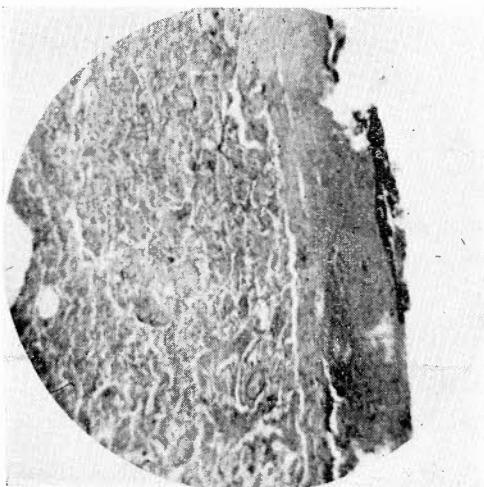
FOTOMICROGRAFIA N° 3

Corte que muestra necrosis del parénquima pulmonar en las zonas de infarto.



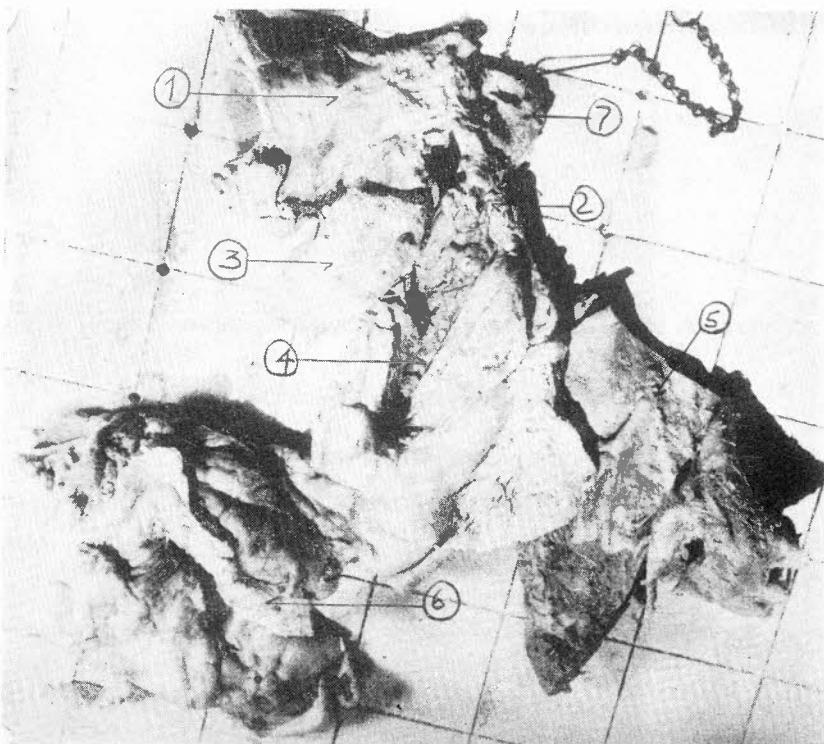
FOTOMICROGRAFIA N° 4

Esta preparación permite ver atelectasia pulmónar y paquipleuritis en la zona del pulmón izquierdo vecina a la porción intratorácica del estómago.



FOTOMICROGRAFIA N° 5

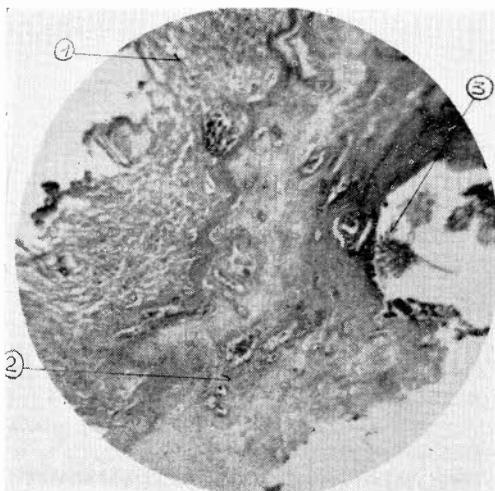
Concreciones serofibrinosas de la pleura en las vecindades de la anastomosis esófago-gástrica.



FOTOGRAFIA N° 6

La fotografía muestra, con sus respectivas relaciones anatómicas, lo siguiente:

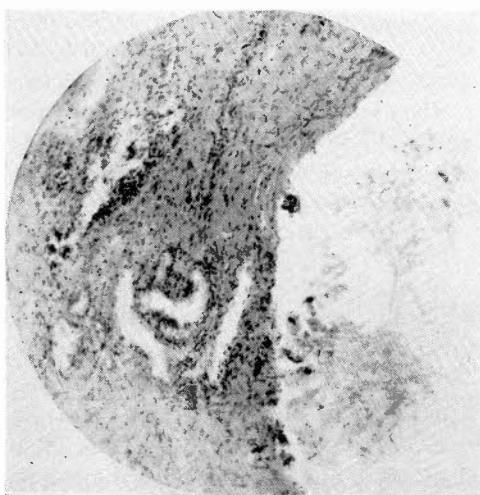
- (1) Laringe con puntos de refuerzo laringo-esofágicos.
- (2) Anastomosis esófago-gástrica en buenas condiciones.
- (3) Fragmento del cayado aórtico.
- (4) Porción intratorácica del estómago; en un primer plano, bordes necrosados que estaban en contacto con la pared izquierda del tórax; en un segundo plano, pared interna del órgano adherida al pulmón izquierdo.
- (5) Fragmento del pulmón izquierdo.
- (6) Diafragma.
- (7) Extremo superior del esófago.



FOTOMICROGRAFIA N° 7

En esta preparación que corresponde a la porción intratorácica del estómago se pueden apreciar:

- (1) Mucosa gástrica parcialmente conservada.
- (2) Pared esclerosada con pequeños focos de necrosis.
- (3) Puntos de la sutura pleurogástrica, en desintegración.



FOTOMICROGRAFIA N° 8

Corte practicado sobre la porción intratorácica del estómago, que muestra grande aumento, desintegración de un punto de sutura.

ral? Y por qué, la dirección que tomaban la sonda y la comida opaca, llevaron al diagnóstico fístula pleuro-gástrica?

Ustedes recuerdan que durante la intervención los cirujanos fijaron el estómago a la pared torácica con puntos de sutura pleuro-gástricos y que el esófago fué desalojado de su situación normal para colocarlo por fuera y por delante de la aorta, a través de un hojal pleural. Y por otra parte, al estar colocada parte del estómago dentro del tórax y una de sus paredes sobre la pleura parietal, el contenido del estómago tenía que dar la sensación de líquido en el hemitórax izquierdo, porque realmente lo había. Por tanto, era lógico que al no estar el esófago en su posición normal sino desplazado lateralmente con una acodadura, el medio opaco y la sonda de exploración tuvieron que tomar una dirección lateral, al dirigirse hacia el estómago supra-diafragmático.

Más tarde, cuando se hizo la segunda intervención y se abrió la cavidad gástrica supra-diafragmática, el estómago colocado en la cavidad torácica siguió secretando ácido clorhídrico el cual se abrió paso a través de las suturas, determinando necrosis de la pared.

Como ven, la primera intervención fué clínicamente bien realizada y los resultados, desde el punto de vista de la cicatrización de las suturas, perfectamente satisfactorios.

#### DOCTOR ALFONSO PABON PABON:

El caso que hoy nos ocupa es verdaderamente excepcional dentro de las Reuniones que se han venido verificando aquí. Empezamos por conocerlo desde el punto de vista de la Anatomía Patológica, por razón de ser un caso de cirugía torácica, sobre el cual debemos hacer meditaciones; y como decía el profesor Alfonso Uribe U., discutir las indicaciones, las técnicas, las situaciones post-operatorias, la manera de resolverlas y obtener así una serie de enseñanzas sumamente interesantes, no solo para los cirujanos de esta parte avanzada de la medicina, sino para todos en general.

Veo complacido una nueva era en la enseñanza de nuestra Facultad de Medicina, basada sobre hechos concretos, sobre hechos de comprobación histopatológica de los casos era en la cual los estudiantes están recibiendo un reflejo de los progresos científicos de la medicina y de la cirugía del país. En esta forma se está fomentando el estudio y la investigación. Y se está acostumbrando a los estudiantes a trabajar sobre bases verdaderamente científicas, todo lo cual se debe al apoyo que nos está prestando la Anatomía Patológica desde el año pasado.

En cuanto al caso de hoy, ya conocen la historia y solo quiero hacer algunas observaciones en cuanto a la evolución de este

paciente. La enfermedad tuvo una evolución alarmante a partir de los últimos cuatro meses, caracterizada por disfagia aún para los líquidos, pérdida de peso e incapacidad para el trabajo y una sintomatología que sugiere el diagnóstico de cáncer esofágico. Se hizo el diagnóstico de una neoplasia del esófago o de una esclerosis del mismo y con este diagnóstico se practicó el tratamiento quirúrgico cuyos detalles están descritos en la historia. Sin embargo, quiero agregar que a más de la anestesia general, se hizo anestesia del nervio frénico y del plejo nervioso peri-esofágico para evitar reflejos; y que durante el acto quirúrgico, fué necesario practicar transfusión intra-aórtica a causa del gran shock.

También durante el período post-operatorio de la primera intervención se le aplicó terramicina y se le hicieron ejercicios respiratorios, levantamiento precoz del enfermo a los 3 días; finalmente, se quitaron los puntos al 10º día. También quiero anotar que como relata la historia, hubo sintomatología de derrame pleural 4 días después de la intervención y que sin embargo el dren intra-pleural que se había dejado no daba salida a ningún líquido. El control radiológico que se le practicó ese día dió sin embargo un derrame líquido pleural, por lo cual hicimos una punción que dió salida a un líquido de olor dulce que al examen contenía 425 mlgrms.% de azúcar y que lógicamente tenemos que aceptar. Ya conociendo la historia que realmente no se trataba de líquido pleural sino de líquido gástrico con azúcar proveniente del jarabe de estreptomicina que se le estaba dando.

Más tarde, cuando se pensó en una fistula, se practicó control radiológico que dice claramente que no se observa a la fluoroscopia una fistula, pero que el medio de contraste se encuentra por fuera de la línea digestiva, estando cerca del ángulo homovertebral; igualmente, informaron que en el hemitórax izquierdo se apreciaba extenso derrame pleural y engrosamiento de las paredes pleurales. Por estas razones lo sometimos a ayuno oral; más tarde cuando hubo un nuevo control que negó la existencia de fistula, volvimos a ordenar alimentación oral en pequeña cantidad y se hizo la prueba de azul de metileno con resultado negativo.

El 2 de enero, es decir un mes después de su operación, el enfermo presentó nuevamente signos clínicos de derrame pleural con disnea, un colapso con su duración intensa y aceleración del pulso. Creímos que se trataba de una deshiscencia súbita de las suturas de la anastomosis, lo cual es posible aún después de un

mes de la operación. Lo llevamos a la radiosкопia y se comprobó el gran derrame que según el radiólogo, era pleural. En vista de eso, se puncionó el derrame y se obtuvo líquido alimenticio, con huellas de ácido clorhídrico y pigmentos biliares. Como el diagnóstico radiológico era de un derrame pleural, puncionamos nuevamente con un trocar y dejamos un dren dentro de la cavidad que consideramos pleural, para tratar luego quirúrgicamente la fistula que había dado origen a dicho derrame.

Con el diagnóstico de fistula fue necesario suprimir la alimentación oral y poner al enfermo en ayuno con alimentación parenteral, cada vez más difícil a causa del mal estado de sus venas. Resolvimos operarlo en la creencia de una dehiscencia de las suturas en el sitio de la anastomosis cuyo posible tratamiento quirúrgico no era tan complicado, pues no requería una intervención tan grande como la primera; bastaba simplemente abrir la cavidad pleural, buscar la fistula y cerrarla.

Sin embargo, al operar encontramos con sorpresa que la cavidad pleural no estaba tan prendida al estómago, que hacía parte de la pared externa del órgano y que éste llenaba la mitad izquierda del tórax. Pudimos observar igualmente que la anastomosis estaba bien y que realmente no existía fistula. Por lo tanto, al 4º día de la primera intervención lo que sacamos por toracentesis no era líquido pleural sino contenido gástrico. Más tarde la sonda que creímos dejar en la cavidad pleural, estaba realmente en estómago. Igualmente, cuando en una de las radioscopias vimos que la sonda se dirigía hacia afuera en sentido horizontal y nos hacía pensar que salía por la anastomosis u orificio fistuloso sin detenerse en la pared gástrica, estaba simplemente tomando la dirección del esófago colocado fuera de sitio.

Ahora no podemos explicar que los fenómenos de retención se debieron a pérdida del tono muscular por la vaguectomía y por la poca inervación simpática, lo que unido a la fijación del estómago en su sitio que no es el suyo, hizo que tomara actitudes completamente desconocidas. Nadie pensó que el estómago pudiera llenar la cavidad torácica en su mitad por lo menos.

Este caso fue una sorpresa para los cirujanos y de él debemos tener una gran enseñanza. Nos enseña en que las punciones que se practiquen en los operados de cirugía de tórax, se debe desconfiar de la cavidad pleural; se debe pensar siempre que tal vez no se consiga la cavidad pleural, sino que se punciona en realidad

la cavidad gástrica y que por estas circunstancias estas punciones no deben ser evacuadoras sino exploradoras, sin drenaje y tal vez no hay ni siquiera necesidad de hacerlas. También nos enseña el caso lo benéfico de las transfusiones intra-aórticas que pueden efectuarse a chorro. Lo más nuevo que he leído en materia de transfusiones, data de una comunicación de diciembre de 1951 aparecida en el Diario Internacional del Colegio de Cirujanos y en ella no hablan por ninguna parte de transfusiones intraaórticas; simplemente dicen que la transfusión sanguínea se puede aplicar en cualquier arteria pero no mencionan específicamente la aorta. El Dr. Henao menciona en su tesis de grado cinco casos de transfusión intra-aórtica en cirugía torácica referidas por el Dr. Bonilla Naar. Por lo tanto, se me hace sumamente interesante el gran éxito que alcanzamos en este caso con la transfusión intra-aórtica, la cual debe tenerse presente especialmente en aquellos casos en que es imposible por diversos motivos, practicar la transfusión por vía venosa; y en especial cuando se está trabajando en cavidad abdominal o en cavidad torácica, en las vecindades de la aorta.

También vale la pena anotar que cuando hay una emergencia, el oxígeno puede administrarse haciendo una punción en la bifurcación de la tráquea, a través de una aguja N° 17 controlándolo con presión barométrica.

Otra consideración que quiero hacer respecto a este caso es la importancia de recordar la agresividad de la pleura la cual, en menos de 4 días, bloqueó la cavidad pleural y el pulmón aislando perfectamente. Ella puede ser la causa de los numerosos errores que cometimos en este caso y en los cuales la cavidad pleural no tuvo nada que ver.

#### DOCTOR GUTIERREZ:

Deseo hacer incapié sobre cuales fueron las consideraciones que tuvimos en cuenta en el Servicio Quirúrgico para practicar la intervención a este paciente. Este enfermo presentaba todos los síntomas radiológicos correspondientes a un cáncer esofágico; por otra parte, la enfermedad ya había evolucionado en forma aguda durante cuatro meses y había estado precedida de disfagia para los sólidos y luego para los líquidos; se acompañaba de dolor retro-esternal, de hiperacidez, regurgitaciones, dolor de la región dorsal y pérdida de peso.

En cuanto a la negatividad de la biopsia obtenida por la esofagoscopia, cuando el cáncer no es de una forma vegetante ni ulcerante sino de localización submucosa, la biopsia da generalmente resultado negativo. De manera que en tales casos tiene mucho más valor el dato radiológico. En el servicio de Finochieto en la Argentina, se tiene este mismo criterio; y de 354 casos con cáncer del esófago, solamente en dos no se logró hacer diagnóstico por el estudio radiológico.

La sintomatología radiológica del cáncer esofágico se puede dividir en dos grandes grupos: Signos de presunción primarios y signos directos morfológicos. Los de presunción consisten principalmente en la lentitud del paso del medio opaco, en una dilatación por encima de la lesión o bien, en un espasmo por encima de ésta. Los signos morfológicos que se presentan en los estados avanzados, son principalmente la rigidez segmentaria, la desaparición de los pliegues mucosos a nivel de la lesión; y según la forma del cáncer, la presencia de lagunas o contornos de ulceraciones o de vegetaciones.

Pero en los casos de cáncer infiltrante submucoso no se encuentran estos signos radiológicos, sino irregularidad de la estenosis con sigmoidad en los bordes y dilatación por encima de la estrechez, como lo muestran las radiografías de este enfermo, estrechez que por otra parte nunca llega a ser tan notoria cuando se trata de alteraciones funcionales.

De todo lo anterior, se desprendió el diagnóstico de cáncer esofágico.

Es muy cierto que en casos como éste y según la opinión del Prof. Sánchez Herrera primó el concepto de que una biopsia negativa no autorizaba a realizar esta clase de intervención; pero éste es un concepto anticuado. Tenemos muy frecuentes casos en los cuales a pesar de la biopsia negativa, se hicieron intervenciones quirúrgicas con resultados positivos salvando a los enfermos.

Los últimos trabajos de cirugía del tórax nos enseñan que en muchos enfermos en los cuales se hicieron biopsias repetidas de esófago por diversos especialistas, se obtuvieron resultados negativos y sin embargo, una vez practicada la intervención se encontró cáncer.

Por lo tanto en este caso partiendo de la negatividad de una sola biopsia no constituía argumento ninguno para contraindicar la intervención.

Todas esas fueron las razones, por las cuales, basados en el diagnóstico de cáncer y de estrechez esofágica, procedimos al tratamiento quirúrgico del paciente.

#### DOCTOR BARONA.

En las radiografías antero-posteriores se encuentra estenosis con rigidez de las paredes del esófago; en las proyecciones laterales, la rigidez de la imagen de las paredes es muy sospechosa de cáncer, máxime si se tiene en cuenta que en el enfermo no había antecedentes de estenosis. La estenosis producida por ingestión de cáustico por ejemplo, generalmente abarca una zona mucho más extensa del esófago, y la imagen también es muy diferente. Sin embargo, tratándose de esófago, hay que tener mucho cuidado con la interpretación porque su estudio es bastante difícil a causa de su localización profunda en el mediastino y de la rapidez con que pasa la comida opaca.

En este caso, existía una imagen radiológica correspondiente a un cáncer, por las razones que explicó el Dr. Gutiérrez. Una placa tomada en posición oblicua anterior derecha, muestra claramente la estenosis con detención del bario por encima de ella lo que sugiere también el diagnóstico de cáncer.

Las radiografías que corresponden al post-operatorio, muestran también una zona de estenosis sin pliegues; el hemitórax izquierdo no contiene líquido y realmente es bastante difícil decir si se trata de cavidad gástrica o de cavidad pleural. Considero conveniente en casos como éste, hacer el estudio radiológico con una cantidad de bario mucho mayor.

#### PROFESOR CARLOS TRUJILLO GUTIERREZ:

Creo que hemos omitido en esta discusión un factor sumamente importante cual es el factor peritoneal; porque según se deduce de las conclusiones de la necropsia, las adherencias entre el peritoneo gástrico y la pleura fueron sumamente grandes; y parece que en este caso la pleura interfirió la nutrición del peritoneo. Naturalmente, un estómago supra-diafragmático mal pe-

ritonizado y mal nutrido, tenía que producir dificultad en el tránsito de los alimentos e inclusive trastornos motores de este órgano.

#### DOCTOR BARONA:

Considero que la dilatación gástrica fue consecutiva a un trastorno funcional, posiblemente consecutivo al mecanismo que nos explica el Profesor Trujillo Gutiérrez. En estas condiciones, el estómago llenó toda la cavidad pleural; el radiólogo estaba imposibilitado para llenar toda la cavidad con bario. No era conveniente darle a un paciente recientemente operado de esófago 3 o 4 litros de bario para poder aclarar si el líquido estaba en el estómago o en la cavidad pleural. Por otra parte, en los casos de intervenciones de tórax siempre hay derrame pleural.

#### DOCTOR CARLOS MORA

El derrame pleural que hemos encontrado en las intervenciones de tórax no es tan considerable y nunca alcanza la cantidad extraordinaria de 1.000 c. c. como en este caso.

#### PROFESOR ARTURO CAMPO POSADA

En este caso creo que estamos todos de acuerdo respecto a la indicación del tratamiento quirúrgico del paciente. Hay inicialmente un post-operatorio normal en cirugía de tórax; y de acuerdo con lo que hemos leído en la historia, la intervención fue efectuada de manera absolutamente correcta y con todos los principios aceptados hasta ahora por la cirugía moderna. Sin embargo, tardíamente hubo una incidencia curiosa y es la de que el enfermo mostró claramente en la radiografía que el estómago ocupaba el sitio intratorácico normal en esta clase de intervenciones. No obstante, aparecieron fenómenos de retención gástrica producidos por un mecanismo posiblemente de alteraciones dinámicas del estómago retención acompañada de dilatación.

Es evidente la interpretación hecha por el Profesor Trujillo Gutiérrez de que la vaguectomía necesariamente provoca trastornos funcionales, entre otros retracción del esfínter pilórico. Sin embargo, tenemos radiografías tomadas 15 y 20 días después de la intervención en las cuales el tránsito pilórico era normal.

Para explicar toda esta serie de trastornos e incidentes operatorios, lo único que se me ocurre es que la pleuritis irritativa post-quirúrgica, común y corriente en estos casos, tuvo una mayor intensidad en este caso particular haciendo que por adherencias pleuro-peritoneales, el estómago ocupara toda la cavidad pleural. En tales circunstancias no se podía contraer normalmente y se alteró así su evacuación. Y entonces, la cúpula diafragmática —a pesar de la trituración que se hace sobre el frémitico—, pudo provocar una baja lateral en el fondo del estómago, dando lugar a la formación de una especie de acotadura que retuvo los alimentos, ya que esta retención no puede atribuirse a espasmos o a lesiones del piloro, puesto que tanto el trayecto intradiafragmático del estómago como el orificio pilórico se encontraron normales en la autopsia.

No estoy de acuerdo con el Dr. Barona en que en este caso no se hubiera podido dar una mayor cantidad de bario; se puede dar todo el bario que se necesite, puesto que si hay fístula con tránsito normal, todo el bario que se da sale por la fístula y más tarde se puede extraer por punción. Y si hay una fístula cerrada pleural, el bario en buena cantidad informa sobre ella y permite aclarar si realmente el contenido es gástrico o simplemente pleural.

También es sumamente curioso que el tránsito que se había conservado perfectamente bien en los primeros días de la intervención, solo 30 o 35 días después de ella se alteró y vino a producir la retención. En la pieza anatómica que nos han mostrado no encontramos la causa de este fenómeno; lo único que podemos ver es la existencia de una sinequia pleuro-parietal que muy probablemente impidió la evacuación del estómago. Y en realidad, en la segunda intervención se interesó el estómago al abrir la pleura, a causa de las grandes adherencias. Hasta ahora, en mi experiencia personal, no había encontrado nunca un estómago que ocupara totalmente la cavidad pleural y no me explico todavía la causa de ese fenómeno.

En resumen, considero que realmente se trataba de un caso que exigía tratamiento quirúrgico y que la intervención fue técnicamente bien realizada. Este caso nos ha dado grandes enseñanzas.