

ESTUDIO RADIOLOGICO Y CLINICO EN LAS ENFERMEDADES DEL ESOFAGO

Por el Dr. *Francisco Convers.*

Introducción

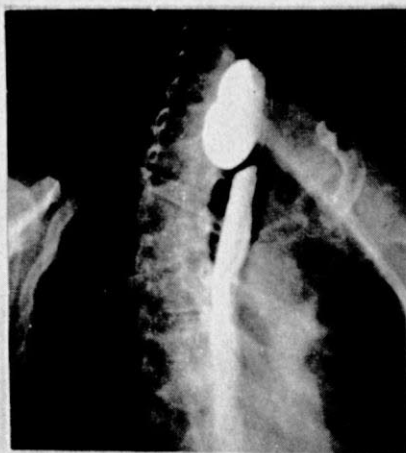
Las enfermedades del esófago tienen un gran interés y entre nosotros su estudio ha estado abandonado. La exploración clínica de esta parte del tracto digestivo no es capaz, por sí sola, de hacer un estudio de valor en estas afecciones. Los datos que proporciona la anamnesis de los enfermos son prácticamente los únicos que se consiguen, y de la correcta interpretación del síntoma básico de todas ellas, que es la disfagia, sólo se puede presumir la naturaleza de la lesión y su localización. Para llenar este gran vacío de la exploración clínica hay dos procedimientos que permiten hacer un diagnóstico preciso, y no solo demuestran con certeza la causa de la enfermedad, sino que, permiten ver exactamente su situación, dan una clara visión de su extensión y contribuyen en muchos casos para su correcto tratamiento. Estos procedimientos son el examen radiológico y la esofagoscopia. El primero es el más valioso y sus informes son casi en todos los casos definitivos. La esofagoscopia, que siempre debe ser precedida del examen radiológico suministra numerosos datos adicionales, permite obtener una muestra de tejido para su examen microscópico, y de manera especial, ayuda eficazmente en el tratamiento de numerosos y variados estados patológicos del esófago. Por lo tanto debe desecharse la pretensión de querer hacer un diagnóstico definitivo sólo con los datos conseguidos por la anamnesis y el querer usar los rayos X para "confirmar el diagnóstico". En realidad a un diagnóstico definitivo sólo se puede llegar después de examinar minuciosamente al paciente, y los rayos X y también la esofagoscopia, como los mejores medios que existen para el examen del esófago, deben usarse antes de tener un juicio definitivo sobre el caso que se estudia. En las historias que acompañan a este trabajo espero se verá claramente la importancia del examen radiológico y de la esofagoscopia. Todos los casos que figuran han sido examinados y tratados personalmente por mí. Los



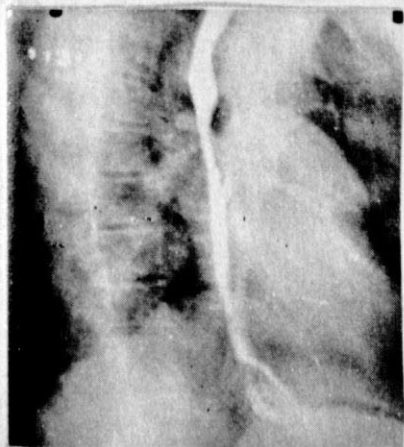
ob. #1



ob. #1



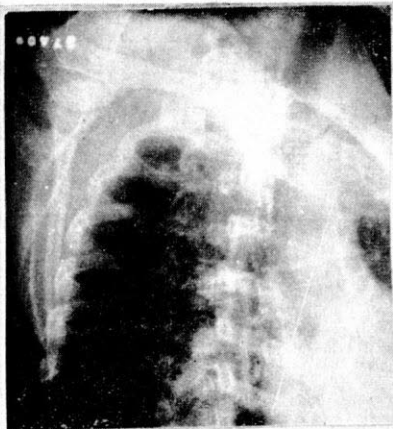
ob. #1



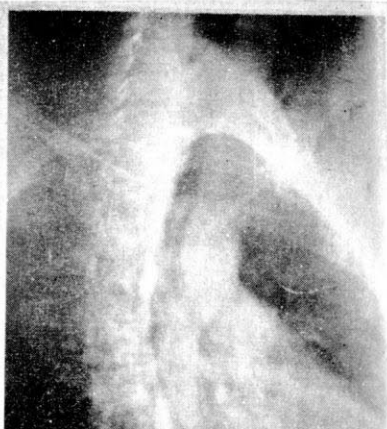
ob. #2



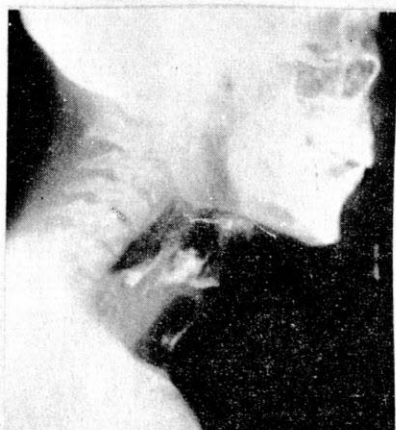
ob. #3



06-#4



06-#5



06-#6



06-#7

exámenes histológicos fueron hechos por los doctores Manuel Sánchez Herrera y Miguel Mariño Zuleta, y por su eficaz colaboración les debo mis agradecimientos. Las historias han sido ordenadas diligentemente por la señorita Inés Rubio Marroquín y para ella quiero hacer constar mi reconocimiento.

El estudio comprende los siguientes capítulos:

- I—Divertículos del esófago.
- II—Cuerpos extraños del esófago.
- III—Esofagitis y estrecheces por ingestión de sustancias cáusticas.
- IV—Úlcera péptica del esófago.
- V—Sífilis del esófago.
- VI—Cáncer del esófago.
- VII—Várices del esófago.
- VIII—Achalasia del cardias.
- IX—Hernia diafragmática del estómago a través del hiatus esofágico.

Divertículos del esófago.

Entre los divertículos que se pueden presentar en el esófago hay uno que por su situación y por su cuadro clínico tiene un interés muy especial. Es el divertículo faringo-esofágico, denominado también divertículo de Zenker, debido a la descripción clásica que dicho autor, junto con Ziemssen, hicieron en 1877. En la pared posterior, y en el sitio de unión de la faringe con el esófago, existe un punto débil a causa de su constitución anatómica. El divertículo se crea por la hernia de la mucosa a través de ese punto débil, y la presión que se desarrolla con los movimientos de deglución lo va haciendo crecer; por esta manera como se desarrolla se le llama también divertículo de pulsión. La abertura puede ser pequeña o grande y la bolsa puede llegar a ser de un gran tamaño y producir un tumor en el cuello o hundirse en el mediastino. La bolsa llena, al comprimir el esófago, ocasiona disfagia. El paciente nota un gorgoteo en el cuello y los alimentos acumulados pueden causar haliteresis.

Cuando se inicia el divertículo no hay propiamente saco, sino un saliente mamelonado de la mucosa. Cuando su desarrollo ha progresado se encuentra un saco bien formado, que se comunica con el esófago por medio de una porción más angosta, que es el cuello.

Radiológicamente se ve la bolsa llena de bario, con sus contornos regulares y que se comunica en su parte superior con el esófago, por medio del cuello. Con el paciente de pie se ve el fondo convexo y muy regular; el bario toma un nivel horizontal y por encima de éste se ve un poco de aire.

Otro divertículo de pulsión, pero mucho más raro que el precedente, es el llamado epifrénico y que se desarrolla en la extremidad inferior del esófago y su imagen radiológica es similar a la del divertículo faringo-esofagiano.

Otra variedad de divertículos del esófago son los que se denominan de tracción. Son éstos los más comunes de todos y tienen muy poco interés clínico. Los procesos infecciosos de los ganglios linfáticos mediastinales, y especialmente de los ganglios de la bifurcación de la tráquea, pueden determinar adherencias con el esófago, y cuando viene la cicatrización las bandas tiran la pared esofagiana, dando lugar a la formación de divertículos.

El examen radiológico se hace colocando al paciente bajo diferentes ángulos, porque como éstos divertículos suelen ser pequeños sólo pueden ser visibles en una determinada posición. Se encuentran generalmente hacia la parte media del esófago y aparecen como un saliente triangular cuya base mira al esófago. Los contornos son irregulares; pero también pueden presentar una forma redondeada y tener un contorno muy liso.

Divertículo faringo-esofagiano.

Observación N° 1.

N. N. Sexo: Masculino. Edad: Tercera década. Marzo 23 de 1943.

Relata que hace unos tres años se pasó un hueso, que sintió durante unos días detenido en el esófago. Esto pasó. Hace como un año comenzó a sentir un clapoteo en el cuello, cuando hacía movimientos después de haber comido. Este es el único síntoma. No se nota ningún tumor cervical.

Examen radiológico N° 1.226.

En el examen radiológico del esófago se encuentra un divertículo en la unión de la faringe con el esófago. Es un divertículo de la variedad conocida con el nombre de Divertículo de Zenker, de contornos muy regulares, de seis y medio centímetros de longitud por tres de anchura, y en donde el bario queda retenido aun cuando el paciente esté en posición horizontal. Este divertículo se ha desarrollado en la cara posterior y ligeramente hacia la derecha y comprime un poco el esófago hacia adelante. En el resto del esófago no se encuentra ninguna particularidad.

Divertículo de tracción.

Observación N° 2.

L. M. Sexo: Masculino. Edad: 45 años. Octubre 23 de 1943.

Este paciente no ha tenido ningún síntoma del lado del esófa-

go y se le practicó un examen radiológico por síntomas gástricos que permitían sospechar una úlcera péptica de este órgano.

Reacción de Wassermann y de Kahn negativas.

Examen radiológico N° 37.316.

En el examen fluoroscópico del tórax se aprecia un aumento de la densidad de las arborizaciones bronco-vasculares en ambos pulmones; la aorta ascendente y el tronco de la arteria pulmonar están ligeramente dilatados; y el corazón tiene su configuración normal.

En el esófago se encuentra un divertículo pequeño y de tracción, en el tercio medio de este órgano y más o menos a la altura de la bifurcación de la tráquea. El divertículo depende de la pared anterior del esófago. En la radiografía se ve en la terminación del esófago una imagen lacunar, de contornos regulares y que no ocasiona ninguna dificultad para la deglución.

El estómago se encuentra ligeramente dilatado. La porción vertical de la pequeña curva está rígida y en unas de las placas se ve una escotadura espasmódica del lado opuesto. No se puede demostrar ningún nicho. Las ondas peristálticas son enérgicas y frecuentes y la evacuación se hizo normalmente durante el examen. La imagen del duodeno es normal.

Como se ve existen signos indirectos de una úlcera de la pequeña curva del estómago; pero se debe tener en cuenta que estos signos no tienen el valor absoluto de los nichos.

Esofagoscopia:

Practiqué este examen con el fin de aclarar la imagen hallada en la terminación del esófago y encontré que no había nada anormal. Como la imagen radiológica es definitivamente tumoral el paciente debe continuar en observación y los exámenes deben repetirse.

Cuerpos extraños del esófago.

En casi todos los casos que he tenido oportunidad de ver se trataba de un hueso, generalmente voluminoso, y con bordes llenos de picos agudos. La principal causa ha sido la costumbre que existe de poner a cocinar huesos en las sopas. El desarrollo intelectual de los pacientes también entra en juego, y dos pacientes también entra en juego, y dos pacientes eran idiotas.

Los cuerpos extraños del esófago casi siempre se detienen en su porción cervical, a nivel de la abertura superior del tórax y por debajo del anillo crico-faríngeo.

Los síntomas consisten en la sensación que experimenta el paciente del cuerpo extraño. La disfagia generalmente no es comple-

ta; en los casos de huesos pueden casi siempre tomar líquidos. La odinofagia casi nunca falta y el dolor puede ser muy intenso, o una simple molestia al hacer el esfuerzo de deglución.

Lo primero que se debe hacer en éstos casos es un examen radiológico. La demostración de un hueso o de cualquier otro cuerpo opaco a los rayos X es muy sencilla y en la mayor parte de los casos no es necesario hacer tomar al paciente la suspensión de bario. Hay que tener el cuidado de no confundirlos con las calcificaciones normales de la laringe. Para demostrar la presencia de los cuerpos extraños no opacos a los rayos X es un buen procedimiento el hacer tomar al paciente una suspensión clara de bario; ésta desciende generalmente con facilidad y un poco de bario queda adherido al cuerpo extraño y lo hace así aparente.

El pronóstico en estos casos es grave mientras no se extrae el cuerpo extraño y son numerosas las complicaciones a que puede dar lugar.

La extracción a ciegas está proscrita y solamente deben extraerse por medio de la esofagoscopia.

Las complicaciones que se presentan con los cuerpos extraños pueden ser ocasionados por el traumatismo o por la penetración o la perforación del esófago; y la infección que se origina puede determinar abscesos de la pared, celulitis y abscesos en los tejidos peri-esofaginos y mediastinitis. Es más raro que el cuerpo extraño después de perforar la pared esofagiana penetre en la tráquea o en un gran vaso. La herida de la pared faríngea es causa muy frecuente de celulitis y de abscesos del espacio retrofaringeo. Esta complicación he tenido oportunidad de verla varias veces. Radiológicamente se demuestra por el aumento de anchura del espacio retrofaringeo, en donde se puede también encontrar aire. Puede ser necesario abrir estos abscesos por medio de la esofagoscopia; hoy afortunadamente el empleo de las sulfamidas ha quitado mucho de la gravedad que estas complicaciones solían tener. En uno de nuestros casos el resultado de esta terapéutica fue excelente.

Observación N° 3.

B. P. Sexo: Femenino. Edad: 25 años. Enero 31 de 1942.

El 25 de diciembre la enferma se pasó un hueso al tomar una taza de caldo. No puede actualmente pasar sino líquidos y se queja de mucho dolor. Siente el hueso detenido hacia la región del manubrio esternal.

Examen radiológico N° 37.550.

Se encuentra la imagen de un cuerpo extraño, opaco a los rayos X, y que está situado en la región de la extremidad superior del esófago. El cuerpo extraño es bastante grande.

Esofagoscopia y extracción del cuerpo extraño en 30 segundos. Signió con un poco de dolor a la deglución y salió en muy bue-

nas condiciones dos días después de la extracción del cuerpo extraño.

Observación Nº 4.

L. L. Sexo: Masculino. Edad: 40 años. Noviembre 17 de 1943.

Hace cinco días estaba tomando sopa y se pasó un hueso. Desde entonces no ha podido pasar sino líquidos y tiene mucho dolor en la parte superior del esófago.

Examen radiológico Nº 37.409.

En el examen radiológico del esófago se ve la imagen de un cuerpo extraño, que mide $3\frac{1}{2}$ cms. por 1,7 de anchura, y que está situado en el tercio superior del esófago y a la altura del manubrio esternal. Para hacer más aparente la imagen del cuerpo extraño lo hice resaltar mejor. Esta es la imagen que se ve en la placa.

Esofagoscopia: Se localizó el hueso en el tercio superior del esófago, a unos ocho centímetros por debajo del anillo del cricofaríngeo, se tomó con la pinza y después de hacerle movimientos laterales para desenclavarlo se extrajo. Tiempo gastado en la extracción, tres minutos.

Al día siguiente el enfermo estaba en muy buenas condiciones.

Observación Nº 5.

J. G. Sexo: Masculino. Edad: 50 años. Agosto 11 de 1943.

El lunes 9 se pasó un bocado de carne muy grande y siente que se le quedó detenido en la parte superior del esófago. Desde ese momento no ha podido volver a pasar ningún alimento y ni aún la saliva. El dolor es bastante intenso.

Examen radiológico Nº 38.216.

En el examen radiológico del esófago no se demuestra ninguna imagen de cuerpo extraño opaco a los rayos X. Le hice tomar al enfermo una pequeña cantidad de una suspensión clara de bario y se ve que esta se detiene en la porción cervical del esófago y el bario barniza irregularmente los contornos de un cuerpo extraño transparente a los rayos X.

Esofagoscopia: Encontré inmediatamente por debajo del anillo crico-faríngeo una masa blancuzca de carne. En varios intentos que hice para lograr una buena toma del cuerpo extraño sólo logré extraer unos fragmentos, pues su consistencia era muy blanda y se desgarraba. Con estas maniobras el cuerpo extraño se fue deslizando hasta que llegó al estómago. El paciente pudo comer inmediatamente después y salió al día siguiente del hospital en muy buenas condiciones.

Observación Nº 6.

B. G. Sexo: Masculino. Edad 30 años. Abril 10 de 1942.

Hace varios días se pasó un hueso y esto le ha ocasionado disfagia y dolor que ha ido aumentando progresivamente. Se encuen-

tra inflamación en la parte posterior de la faringe y en la cara lateral del cuello. Ya se abrió un absceso faríngeo, pero la dificultad para la deglución y el dolor persisten.

Examen radiológico N° 33.123.

En el examen radiológico del esófago se ve un fragmento óseo en forma de espina, que mide un centímetro de longitud y que aparece por delante el cuerpo de la sexta vértebra cervical. Dicho fragmento óseo ha perforado el esófago y se encuentra por detrás de la luz del mismo, en medio de una zona de infiltración, que comprime el esófago y dificulta enormemente el paso de la suspensión de bario. En dicha zona de infiltración y por encima de ella se ve aire que ha pasado a los tejidos de los espacios retro-faríngeo y retro-esofagiano. La obstrucción del esófago a la altura del anillo crico-faríngeo es prácticamente completa, debido al proceso inflamatorio, y al hacer el enfermo esfuerzos por pasar el bario fue aspirado por la laringe.

El flegmón retro-faríngeo se iba a operar y antes de la intervención se le puso una inyección de morfina al paciente. Esta le produjo náusea y vómito y con el esfuerzo se abrió el absceso; salió abundante cantidad de pus y con él el cuerpo extraño. El paciente curó.

Absceso retrofaringeo.

Observación N° 7.

S. G. Sexo: Femenino. Edad: 45 años. Abril 20 de 1943.

Hace dos días estaba comiendo pescado cuando se pasó un hueso. Tiene disfagia, sensación de un cuerpo extraño y no puede pasar nada, ni toser porque esto le produce mucho dolor. Dolor a la palpación del cuello.

Temperatura: 38°.

Examen radiológico N° 37.952.

En las radiografías laterales de la faringe y de la laringe se encuentra un aumento de la anchura del espacio retro-faríngeo, y además en esta misma región hay una bola de aire, de unos nueve milímetros de diámetro. Esta imagen demuestra la existencia de un absceso retro-faríngeo. No se ve ningún cuerpo extraño. Esofagoscopia: No apareció ningún cuerpo extraño. Inmediatamente por debajo del anillo del crico-faríngeo, y en la pared posterior del esófago, existe un orificio muy pequeño que deja salir un pus blanco. Al hacer presión con el esofagoscopio salía más pus.

Se le administró a esta enferma sulfatiazol. Al día siguiente la temperatura era de 37,7 y el dolor y la disfagia continuaban. Luego, los síntomas comenzaron a disminuir de intensidad y el 24 de abril la temperatura era de 36,2; había menos dolor y disfagia.

La imagen radiológica era idéntica a la del primer examen. El 27 de abril todos los síntomas habían pasado y el examen radiológico muestra que la anchura del espacio retro-faringeo se ha reducido a la tercera parte y que la sombra gaseosa ha desaparecido. Esto indica la curación del absceso. La enferma siguió bien.