

ESTUDIO RADIOLOGICO Y CLINICO EN LAS ENFERMEDADES DEL ESOFAGO

Por *Francisco Convers.*

III

Esofagitis y estrecheces producidas por la ingestión de sustancias cáusticas.

Por la ingestión de sustancias cáusticas se producen lesiones del esófago que tienen una singular gravedad. El cáustico puede haber sido tomado deliberadamente por una persona que busca quitarse la vida o por equivocación o descuido. Las víctimas de los descuidos son casi siempre los niños. Afortunadamente en nuestro medio no son muy frecuentes esos accidentes, porque no es tan popular como en otros países, el uso doméstico de preparaciones que contienen alcalis cáusticos. Es indispensable que en la educación de todos los individuos se le dé importancia a este problema para evitar el aumento de accidentes de esta naturaleza.

En los primeros días, por la quemadura que se puede producir desde la boca hasta más o menos abajo del esófago, el paciente no puede pasar ningún alimento y a veces ni siquiera saliva. Esto va mejorando y la ingestión de líquidos y luego de alimentos blandos se hace posible. Cuando viene el proceso de cicatrización de las ulceraciones del esófago, la disfagia aumenta aún más y puede llegar a ser completa.

El diagnóstico de la naturaleza de la lesión no ofrece ninguna dificultad en vista de los antecedentes; pero el examen radiológico debe demostrar el sitio de las lesiones, su extensión y el grado de obstrucción a que puede haber dado origen. Estos datos serán muy útiles en el curso del tratamiento. La imagen radiológica muestra una disminución de la luz del esófago e irregularidades en sus paredes. La extensión y el grado de la estrechez es variable y si ésta lleva ya algún tiempo el esófago se verá dilatado por encima.

Estas estrecheces deben tratarse pronto por medio de dilataciones progresivas, hechas con muchísimo cuidado, y teniendo siempre en cuenta que una perforación del esófago se puede producir muy fácilmente en éstos casos. Este accidente me pasó con el niño de la observación N° 10 y cuando el tratamiento estaba ya muy adelantado. Este tratamiento debe hacerse bajo el control esofágos-

cópico. De esta manera se ve la mucosa esofágiana inflamada con erosión superficial o ulceración y en esta última puede haber tejido de granulación. La iniciación de la estrechez se pone a la vista y si ya se ha iniciado la cicatrización se ve en algún sitio de su contorno una zona blanca formada por tejido cicatricial.

En los casos en que se presenta la urgencia de alimentar a unos de estos enfermos puede ser necesario practicar una gastrostomía que se aprovechará para hacer las dilataciones retrógradas con las bujías de Tucher.

Por mucho que se logre hacer, por medio de las dilataciones, en favor de estos pacientes, es evidente que la capacidad funcional de sus esófagos quedará muy reducida.

Estrechez del esófago por ingestión de un cáustico.

Observación N° 8.

M. E. P. Sexo: femenino. Edad: 28 años. Agosto 19 de 1942.

Hace seis meses tomó agua regia y sólo logró pasar un trago. Desde ese momento no pudo volver a pasar sino líquidos. Durante este tiempo ha tenido períodos, hasta de quince días de duración, en los que no puede pasar nada. Actualmente pasa los líquidos con dificultad. Tiene cicatrices en la cara causadas por el mismo cáustico. Está muy enflaquecida.

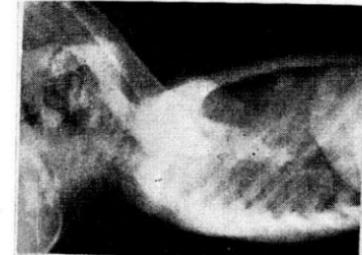
Reacciones de Wassermann y de Kahn: negativas.

Examen radiológico N° 36.471.

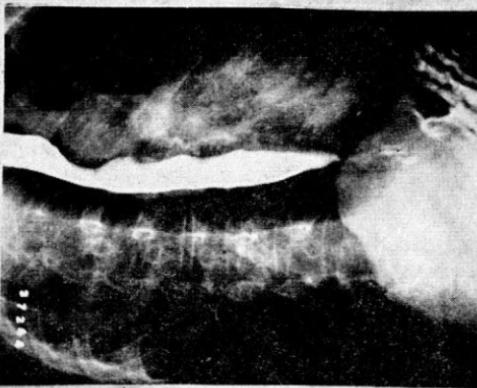
En el examen radiológico del esófago se encuentra una estrechez, que está situada en el tercio superior de este conducto. Los contornos del esófago en este sitio son ondulados y la suspensión de bario no pasó durante el examen de este punto. Por lo tanto se ve que existe una estenosis prácticamente completa del esófago, que se inicia en su tercio superior, pero no se puede saber hasta dónde desciende la lesión.

Esofagoscopia:

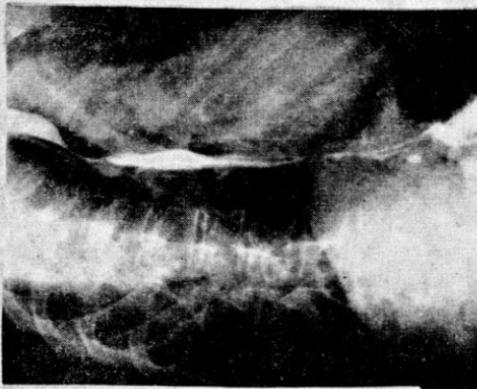
Muy poco por debajo del anillo del cricofaríngeo se encuentra el esófago estrechado, su trayecto se desvía hacia el lado derecho y el orificio, en donde se inicia la estrechez, llega a tener sólo unos cuatro milímetros de diámetro. La mucosa está roja y ulcerada, y del lado izquierdo se ve una banda blanda de cicatriz. Se inició la dilatación progresiva de la estrechez. Después de tres dilataciones del esófago practiqué un nuevo examen radiológico de este órgano, que muestra cómo ha progresado la dilatación, pues la porción estrecha alcanza ya a tener cerca de un centímetro de diámetro y no ofrece mayor dificultad para el paso de la suspensión acuosa de bario. En el sitio en donde el bronquio izquierdo cruza al esófago existe otra estrechez y la luz del conducto en este sitio es de unos cuatro milímetros.



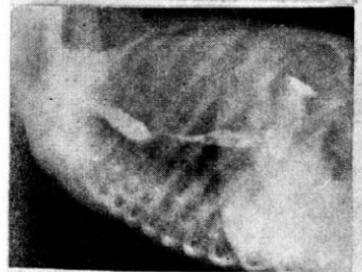
06-K11



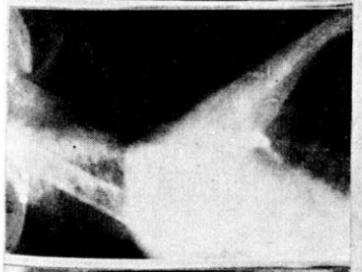
06-K12



06-K12



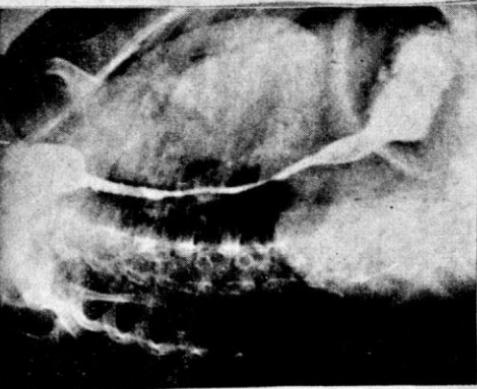
06-K10



06-K10



06-K8



06-K8

Se continuaron las dilataciones progresivamente. La enferma pronto pudo pasar toda clase de alimentos blandos y su estado general mejoró considerablemente. Se practicó un nuevo examen radiológico el 9 de octubre de 1942 en el cual se ve la porción estrecha del esófago con sus contornos dentelados. La suspensión de bario pasa con facilidad. El esófago cervical, como aparecía ya en el examen anterior, está dilatado. Se continuó el tratamiento por las dilataciones: en total se le practicaron veinte y la última fue el 26 de julio de 1943. Es decir, casi un año de tratamiento. El resultado ha sido muy satisfactorio. La enferma puede actualmente comer de todo. En el último examen esofagoscópico se ve que la cicatrización de la ulceración de la mucosa ha progresado, pero que todavía no es completa. El diámetro de la porción estrecha del esófago es de un centímetro.

Estrechez del esófago por ingestión de un cáustico.

Observación N° 9.

J. I. O. Sexo: Masculino. Edad 3 años. Agosto 26 de 1942.

Hace seis meses tomó agua en un recipiente que momentos antes lo había ocupado con una solución de soda cáustica, desde ese momento no pudo volver a pasar; luego la disfagia disminuyó para aumentar más tarde y hace quince días que solo puede pasar líquidos y con mucho trabajo.

La madre ve el líquido subir y bajar en el cuello y oye el gorgoteo.

No hay cicatrices en la boca ni en la faringe. Está muy enflaquecido y pálido.

Examen radiológico N° 37.050.

En el tercio superior del esófago se ven dos estrecheces que no dificultan mucho el paso de la suspensión acuosa del bario. Hay otra estrechez en el sitio en donde el esófago se cruza con el bronquio izquierdo.

Esofagoscopia:

Se ve una cicatriz blanca al rededor de la iniciación de la estrechez del esófago. Se iniciaron las dilataciones: Desde agosto de 1942 hasta marzo de 1943, se le han practicado nueve dilataciones, de manera progresiva. El resultado ha sido muy bueno y en la última visita la madre cuenta que el niño ha venido comiendo prácticamente de todo.

Estrechez del esófago por ingestión de un cáustico. Perforación del esófago.

Observación N° 10.

R. H. T. Sexo: Masculino. Edad: 3½ años. Enero 8 de 1943.

Hace cuatro meses y medio tomó potasa. Se le produjo una quemadura de la boca y del esófago. Al principio no podía pasar ninguna cosa, debido a la quemadura, pero unos días después comenzó a pasar de nuevo líquidos. Poco a poco se le fue dificultando la deglución y desde hace veinte días no puede pasar ni alimentos líquidos. El estado general es muy malo; está muy enflaquecido y con síntomas graves de inanición. En estos días se le ha puesto suero glucosado, por vía subcutánea.

Examen radiológico Nº 37.565.

En el examen del esófago se ve que el bario solamente llega hasta la parte media del tercio superior del esófago torácico y allí se detiene completamente. En la parte del esófago que se ve inyectada existen algunas finas denteladuras en su contorno. Por este examen se ve que la obstrucción del esófago es completa.

Esofagoscopia: El esófago se halla ulcerado y con mucho trabajo logré pasar por la estrechez las bujías Nos. 10 y 11.

Enero 11. Ya ha podido tomar leche. Nueva dilatación: Bujías 11, 12 y 13.

Enero 14. Sigue mejor. Dilatación: Bujías 14, 15 y 16.

Enero 20. Dilatación: Bujías 14, 15, 16 y 18.

Enero 26. Ha aumentado de peso, está caminando de nuevo, y come todos los alimentos blandos. Dilatación. Bujías: 18 y 22.

Febrero 3. Come prácticamente de todo, Dilatación: Bujías 18, 22 y 24.

Marzo 6. Ocasionalmente tiene dificultad para pasar. Dilatación: Bujías 18, 22 y 24.

Abrial 13. Sigue comiendo cosas blandas. Nueva Dilatación.

Mayo 5. Todavía hay dificultad para pasar los sólidos. Dilatación: Bujías 18 y 22. Al hacer esta dilatación no noté nada raro. Dos horas después el niño se sintió mal; por la tarde la temperatura era de $38\frac{1}{2}$ grados, estaba postrado y tenía edema del cuello sin crepitación.

Mayo 6. El edema ha aumentado y se extiende a la cara y especialmente del lado derecho. Temperatura 38 grados. Disnea. El examen fluoroscópico del tórax no descubre nada anormal.

Mayo 7. Temperatura 37,8 grados. Menor postración que en los días anteriores. Ataques paroxísticos de disnea, acompañados de angustia. El edema ha disminuido, pero ahora hay crepitación, que se nota en toda la parte anterior del tórax. Oliguria. Albuminuria.

Mayo 8. Temperatura 37,5 grados. Continúa en el mismo estado.

Mayo 9. El niño murió a las $5\frac{1}{2}$ p. m.

Estrechez del esófago por ingestión de un cáustico.

Observación N° 11.

G. A. Edad: 2½ años. Sexo: Masculino. Diciembre 29 de 1942.

El veintidós de noviembre pasado le dieron a tomar por equívocación una cucharadita de ácido sulfúrico. El niño pasó una parte y otra la escupió y por esto último se le produjeron quemaduras en el labio inferior, en el pecho y en el muslo derecho. Durante los primeros días no pudo pasar ningún alimento y fué necesario administrarle soluciones glucosadas por vía parenteral. Luego pudo tomar líquidos; pero esto se fue haciendo cada día más difícil y desde hace quince días no puede pasar nada y la saliva tiene que escupirla constantemente. El estado de desnutrición es bastante serio. Se le están administrando inyecciones de solución glucosada.

Examen radiológico:

Toda la mitad superior del esófago se encuentra estrechada y sus contornos son irregulares. Este examen no fue posible sino después de las primeras dilataciones.

Desde el 29 de diciembre hasta el 15 de septiembre de 1943 se le han practicado veinticinco dilataciones progresivas. Estas son un poco difíciles porque el eje de la porción estrecha no sigue una misma línea. Actualmente el estado general es muy bueno y el niño puede tomar toda clase de alimentos líquidos y cosas blandas.

IV

Ulcera péptica del esófago

Esta lesión se presenta en la parte inferior del esófago, y es poco frecuente. La ulceración puede interesar sólo la mucosa o también las capas más profundas. Los principales síntomas son: una molestia o verdadero dolor retro-esternal o en la parte superior del epigastrio, durante la ingestión de los alimentos sólidos y a veces media hora o más, después de las comidas y que se alivia con alcalinos. La irradiación del dolor a la espalda es muy común. Despues de algún tiempo aparecen vómitos o regurgitaciones y pueden sobrevivir hematemesis.

Radiológicamente lo único anormal que puede hallarse, en algunos casos, es un espasmo o una estrechez muy localizada y que es la consecuencia de la retracción cicatricial. En otros casos se logra la demostración del signo característico de las úlceras, es decir, el nicho.

El examen esofagoscópico es definitivo: Muestra una ulceración plana, cuyos bordes no están infiltrados. La curación deja cicatriz y generalmente también una estenosis.

Para el tratamiento tienen aplicación las mismas medidas aconsejadas para las úlceras gástricas, y a esto debe agregarse la dilatación progresiva de la estenosis bajo control esofagoscópico. Estas dilataciones contribuyen también definitivamente a la cicatrización de la lesión.

Observación N° 12.

C. E. B. Sexo: Masculino. Edad: 45 años. Octubre 3 de 1942.

Desde hace tres años notó que los alimentos se le detenían hacia la parte alta del epigastrio, que producían dolor y vómito casi inmediatamente.

Desde hace 8 meses sólo puede tomar líquidos; los sólidos se le detienen y le producen vómito. Se ha enflaquecido un poco, pero el estado general es regular. El apetito se conserva. El dolor no tiene irradiación. Sufre de pirosis.

Reacción de Wassermann y de Khan negativas.

Examen radiológico N° 37.244.

En el examen fluoroscópico del tórax no se ve ninguna lesión pulmonar, la aorta es un poco más ancha y densa de lo normal y el corazón muestra su aspecto habitual.

El esófago se encuentra dilatado y hacia la parte media de su tercio inferior existe una estrechez muy circunscrita, sin rigidez de las paredes y sin irregularidades de los contornos del esófago. A pesar de esta estrechez la suspensión de bario llenó bien el estómago y en este órgano no se ve ninguna deformación. La evacuación gástrica se hizo normalmente y la imagen del bulbo duodenal es normal.

La imagen hallada la he interpretado como debida a una úlcera péptica del esófago.

Esofagoscopia:

El esófago se encuentra dilatado y su mucosa es de aspecto normal. Cerca de la terminación del esófago se encuentra una estrechez que no permite el paso del esofagoscopio, y sólo puede pasar por ella las bujías N° 16 y 18. La mucosa, en el sitio de la estrechez, es normal; excepto hacia la parte posterior, en donde aparece una mancha blanca y ligeramente levantada, que es la cicatriz de una úlcera.

Octubre 7. Esofagoscopia y dilatación con las bujías 18, 20 y 22. Sangró un poco, pero no pude ver de dónde venía la sangre.

Octubre 14. Nueva dilatación.

Octubre 21. Nueva dilatación.

Noviembre 4. El diámetro de la estrechez ha aumentado y se puede ver más hacia abajo, existe una ulceración por debajo de la cicatriz que se había visto antes. El enfermo ha mejorado bastante, pasa con más facilidad los alimentos y el dolor epigástrico ha disminuido.

El 25 de noviembre y el 22 de diciembre se dilató de nuevo. Un examen radiológico muestra una menor dificultad para el paso de la suspensión de bario.

Enero 14 de 1943. Ha aumentado de peso. No hay disfagia y puede comer sólidos bien masticados. El dolor ha desaparecido casi por completo. Se le practicó una nueva dilatación y se vio que el sitio de la estrechez es bastante más amplio y la ulceración ha disminuido de tamaño.

El enfermo salió en este estado. El resultado del tratamiento fue muy satisfactorio.

Sífilis del esófago.

Son muy pocos los casos señalados como sífilis del esófago y todavía menos aquellos en los cuales se ha conseguido una prueba anatómica. Radiológicamente no hay ninguna imagen que pueda tenerse como característica. Las lesiones vistas por el esofagoscopio son muy difíciles de identificar y el único recurso que queda es la biopsia, que es fácil tomar por esta vía. El ideal sería lograr encontrar espiroquetas en los cortes histológicos. Presento tres observaciones las cuales no son una prueba definitiva y con ellas sólo pretendo ilustrar este problema. Se trata de casos muy similares en los cuales se encontró radiológicamente una estenosis anular, en sitios en los que no se suelen ver las úlceras pépticas. En uno de ellos el examen histológico hace presumir que se trata de sífilis, pero no se encontraron espiroquetas en los cortes. En todas las reacciones de Wassermann y de Kahn fueron positivas.

El tratamiento antisifilítico no mejora casi a estos pacientes, pues, la estenosis ya está constituida como una lesión definitiva y por esto se debe dilatar progresivamente la estrechez. Uno de los pacientes fue tratado en esta forma con magnífico resultado.

Observación N° 13.

F. A. Sexo: Masculino. Edad 25 años. Mayo 24 de 1941.

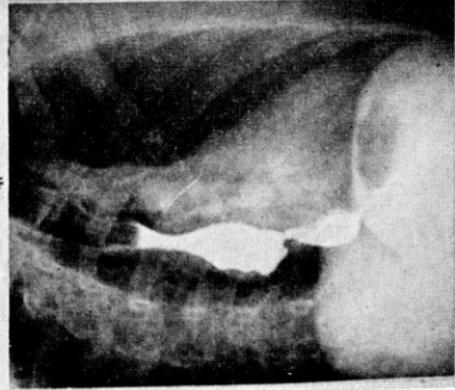
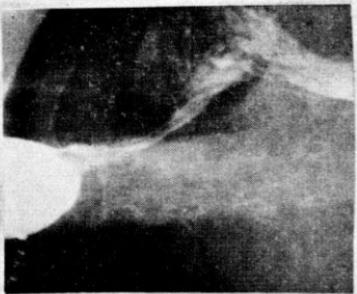
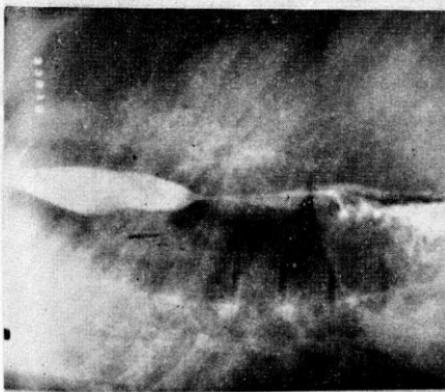
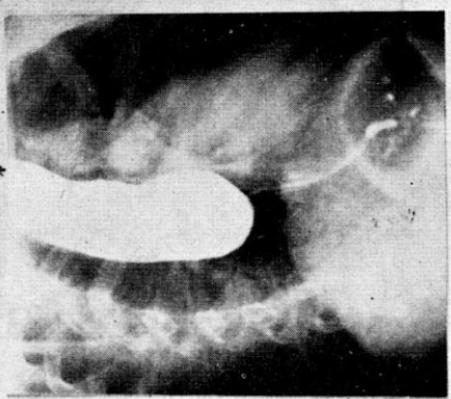
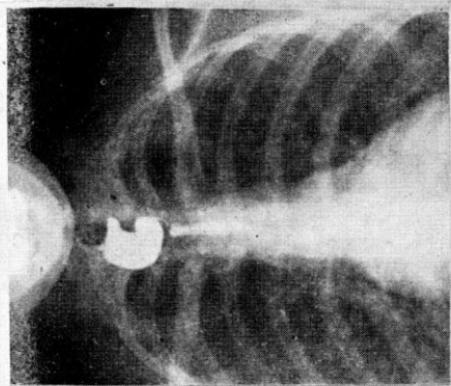
Desde hace cuatro meses se inició una disfagia que ha sido progresiva y que no ha mejorado con tratamiento antiespasmódico. No tiene antecedentes específicos, pero las reacciones de Wassermann y de Kahn son positivas.

La disfagia es el único síntoma.

Examen radiológico N° 33.579.

Hacia la parte media del esófago torácico se encuentra una estrechez, que disminuye considerablemente la luz del esófago. Dicha estenosis es muy regular y no desvía la luz del esófago. Por encima de la estrechez el esófago se ve un poco dilatado.

Por la imagen radiológica se puede decir que existe una estenosis benigna del esófago, pero no hay ningún dato que permita hacer un diagnóstico etiológico.



Observación N° 14.

C. B. Sexo: Femenino. Edad: 18 años. Enero 21 de 1943.

La enfermedad comenzó hace 3 meses por una disfagia que ha sido progresiva y hoy no puede pasar sino líquidos y con mucha dificultad. Tiene que tomarlos en muy pequeñas cantidades. Está muy enflaquecida.

Reacción de Wassermann positiva (++++)

Reacción de Kahn positiva (++) —

Examen radiológico N° 37.620.

En el examen fluoroscópico del tórax no se ve ninguna lesión pulmonar, en el mediastino no existe ninguna sombra patológica y el corazón y la aorta son de tamaño normal.

La suspensión acuosa de bario se detiene en el esófago torácico y un poco por encima del manubrio esternal. Sólo una pequeña cantidad logra pasar de allí, siguiendo un trayecto angosto por el lado izquierdo del esófago. No se ve ninguna irregularidad en el sitio de la estrechez y el esófago cervical dilatado toma la forma de un saco de contornos regulares.

Esofagoscopia:

En el esófago cervical se encuentra una estrechez que es bastante resistente al paso de las bujías. La mucosa está ligeramente erosionada. Es muy difícil en este caso el paso de las bujías dilatadoras.

Ha sido sometida a un tratamiento específico durante seis meses y a pesar de esto la disfagia no ha cambiado.

En agosto de 1943 se reanudó el tratamiento por dilataciones.

Obsevación N° 15.

P. V. Sexo: Masculino. Edad: 50 años. Enero 26 de 1943.

Desde hace tres años se inició una disfagia, que ha sido lentamente progresiva, y actualmente sólo le permite pasar alimentos líquidos y a pesar de esto son frecuentes las regurgitaciones. Después de las comidas siente un ligero dolor retro-esternal. En el curso del último año se ha enflaquecido bastante. Anemia.

Reacción de Wassermann positiva (++++)

Reacción de Kahn positiva (++++)

Examen radiológico N° 37.631.

En la iniciación del tercio inferior del esófago se encuentra una estrechez muy circunscrita, pues mide como un centímetro de longitud y su luz solo llega a unos tres milímetros. En los contornos del sitio estrecho no se ve ninguna irregularidad. La estrechez es excéntrica y está colocada sobre el lado izquierdo del esófago. Este conducto se ve muy dilatado por encima de la lesión. La cantidad de bario que logró pasar al estómago fue muy pequeña. La imagen hallada es de una estrechez no neoplásica del esófago y creo que es producida por la retracción cicatricial de una lesión ulcerosa.

Esofagoscopia: El esófago está muy dilatado antes de llegar a la estrechez; en esta se ve la mucosa ulcerada superficialmente. La estrechez es muy cerrada y bastante resistente al paso de las bujías dilatadoras. Se tomó una biopsia.

Nº 3087 "Diagnóstico microscópico: Inflamación Sub-aguda:

El material examinado muestra glándulas mucosas y estroma conjuntivo. También se observan fibras musculares lisas. En el estroma hay un proceso inflamatorio, de intensidad moderada, que se caracteriza por edema e infiltración leucocitaria poli y mononuclear. También se ven focos pequeños de hemorragia y de hiperplasia de las células conjuntivas.

En los fondos de saco glandulares, la membrana basal se conserva bien. En algunos el epitelio es hipercromático, ligeramente polimorfo, proliferado y con algunas figuras de división indirecta, lo que hace pensar, como sospechoso, en un comienzo de degeneración maligna".

Firmado. *M. Sánchez Herrera*
Jefe de la Sección de Anatomía Patológica.

Se tomó una segunda biopsia, especialmente para ver si era posible la investigación del treponema pálidum.

Protocolo quirúrgico Nº 17.

Descripción microscópica:

Se observa un tejido glandular revestido por epitelio columnar, que en nada recuerda la mucosa del esófago. El tejido glandular está compuesto por numerosos acinos normales. El estroma que soporta los elementos glandulares, está profusamente infiltrado por plasmocitos y grandes mononucleares y polinucleares neutrófilos. Algunos pequeños focos hemorrágicos aparecen en la región subepitelial.

Interpretación:

Ante todo llama la atención la presencia de un epitelio columnar, desde luego completamente atípico en el esófago. Para descartar una posible confusión de tejidos se practicó una segunda biopsia, que muestra iguales características a las del fragmento estudiado. En consecuencia pensamos se trate de un *resto ectópico de mucosa gástrica*, anomalía frecuente en el esófago. En cuanto al proceso inflamatorio, es de presumir sea de origen sifilítico, dado el notable predominio de las células plasmáticas. En una coloración para espiroquetas no se encontró ningún germen.

Firmado. *Miguel Mariño Zuleta*
Director del Museo de Anatomía Patológica.

A este paciente se le sometió a un tratamiento específico y al mismo tiempo se hicieron dilataciones progresivas de la estrechez, bajo control esofagoscópico.

Desde febrero hasta agosto de 1943 se le practicaron seis dilataciones. El resultado fue muy satisfactorio: La disfagia disminuyó con la iniciación del tratamiento. Cuando el paciente dejó el Hospital podía comer prácticamente de todo, su estado general había mejorado mucho, la ulceración en el sitio de la estrechez del esófago estaba casi completamente cicatrizada y un examen radiológico permite ver que el bario pasa con facilidad por la zona estrecha, que es ahora mucho más amplia, y la dilatación del esófago por encima de la estrechez es menos apreciable.

Es difícil en este caso poder decir si se trata de una úlcera péptica del esófago, en cuyo favor está el examen histológico, al mostrar un resto ectópico de mucosa gástrica, o de una sífilis del esófago. Esta última hipótesis sólo podría tenerse como definitiva si se hubieran podido encontrar espiroquetas en los cortes histológicos.