

ESTUDIO RADIOLOGICO Y CLINICO EN LAS ENFERMEDADES DEL ESOFAGO

Por *Francisco Convers.*

VI

Cáncer del Esófago.

Esta localización neoplásica es muy frecuente y encierra numerosos problemas. Desde el primero de marzo de 1941 hasta el 27 de julio de 1943 he tenido la oportunidad de estudiar radiológicamente, en el Hospital de San Juan de Dios, 110 casos de cáncer del estómago y 41 de cáncer del esófago. Entre estos, cinco se habían desarrollado en el tercio superior del esófago, 19 en el tercio medio y 17 en el tercio inferior. Son 29 casos en hombres y 12 en mujeres y la distribución según la edad es la siguiente:

De 20 a 30 años	2 casos
De 30 a 40 años	8 casos
De 40 a 50 años	18 casos
De 50 a 60 años	11 casos
De 60 a 70 años	5 casos

Presento aquí varias observaciones y además otras de cáncer del cardias, cáncer de la gran tuberosidad del estómago y de carcinoma esquirroso difuso del estómago, por creer que son de interés para el diagnóstico de localización, ya que todas ellas causan disfagia. Además hay una observación de un granuloma del esófago, que también es interesante desde el punto de vista del diagnóstico.

El cáncer del esófago se distribuye anatómicamente en tres tipos:

1º El estenosante o espirroso: en este la inflamación de la mucosa y de la submucosa produce una estenosis circular, que ocasiona síntomas precoces de obstrucción.

2º El tipo medular que se ulcera pronto y en el cual la estenosis es tardía. La disfagia puede disminuir debido al desprendimiento del tejido necrótico, que disminuye el grado de obstrucción.

3º El tipo polipoide, que es el más raro, y que según Ewing es generalmente un adenocarcinoma.

Histológicamente se trata, casi siempre, de carcinomas epidermoides, más o menos diferenciados. El adenocarcinoma es mucho más raro y a veces representa solamente una invasión al tercio inferior del esófago de un carcinoma que se ha originado en el cardias.

En las lesiones del tercio superior las metastasis son menos comunes y los ganglios invadidos en estos casos son los cervicales profundos, los supraclaviculares y los paratraqueales. Del tercio inferior pueden ir a colonizar los ganglios mediastinales, los para-esofagianos y los que hay a lo largo de la pequeña curva del estómago. Las metastasis viscerales son especialmente del hígado y de los pulmones.

Cuadro clínico. El paciente se queja de dificultad progresiva para pasar, a veces acompañada de dolor, y esta disfagia se gradúa por las clases de alimentos que el paciente puede comer. Casi siempre el enfermo relata que lo primero que se le detiene en el esófago es un bocado de carne. Cuando los síntomas están en su iniciación no hay mayor alteración del estado general y es sólo más tarde cuando se ve la desnutrición.

El cáncer del esófago se extiende rápidamente a la vecindad y por invasión alcanza los órganos vecinos. A esto se debe la parálisis del nervio recurrente. En los últimos estados puede perforarse la tráquea o a un bronquio y por esto se presenta asfixia y tos al tomar alimentos y estos salen en la expectoración. La muerte viene por una neumonía por aspiración. También puede perforar un gran vaso o abrirse al mediastino y determinar una mediastinitis.

Los medios con los cuales se puede hacer el diagnóstico de un tumor maligno del esófago son: el examen radiológico y la esofagoscopia; porque cuando se inicia la disfagia o el dolor, clínicamente solo se puede presumir que se trata de un cáncer, especialmente cuando el paciente es mayor de 40 años.

El examen radiológico puede establecer, prácticamente siempre, el diagnóstico de un tumor maligno. El examen debe comenzar por una inspección fluoroscópica del tórax y debe mirarse con cuidado el espacio retro-cardíaco, pues, algunas veces aparece la sombra de los tejidos blandos del tumor. Luego se hace tomar al paciente la suspensión acuosa de bario, y se le coloca en la posición que se vea mejor. En estos casos nunca se deben usar cápsulas opacas.

Los signos anatómicos que así pueden verse consisten en la destrucción de la superficie lisa de la mucosa, que en el esófago muestra pliegues longitudinales, y casi rectilíneos. La apreciación de las alteraciones de la mucosa es de mucha importancia para el diagnóstico precoz; la interrupción de los pliegues puede ser el primer signo de un carcinoma. Cuando el tumor ha adquirido ya cier-

to desarrollo se encuentra una estenosis cuyo grado varía considerablemente y puede llegar a ser completa. Las paredes están rígidas y llenas de irregularidades. El límite superior de la lesión se determina muy fácilmente; en cambio el inferior no siempre se puede, porque la estenosis impide que el bario vaya a llenar bien el esófago por debajo de la lesión.

En las formas vegetantes aparecen imágenes lacunares, o zonas transparentes a los Rayos X, en medio de la luz del esófago. El tipo esquirroso llega a producir una estenosis anular, con rigidez de la pared, pero de contornos bastante lisos. La dilatación del esófago por encima de la estenosis producida por el cáncer no suele ser grande y hay muchos casos en los cuales no se presenta, esto especialmente cuando la lesión tiene una localización alta y la estenosis no es completa. En el tipo estenosante sí suele encontrarse bastante dilatado el esófago por encima de la estrechez y la dilatación alcanza su mayor grado cuando la lesión está situada hacia la extremidad inferior del esófago.

En algunos casos, y como consecuencia de la invasión neoplásica de las estructuras vecinas al esófago, se ve salir el bario de este órgano y seguir unos trayectos fistulosos que pueden abrirse a la tráquea o a un bronquio; en este caso el bario va a llenar el árbol bronquial. Una ilustración de esto se puede ver en las observaciones números 23 y 24.

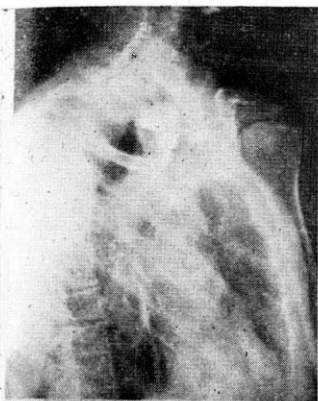
La esofagoscopia en el cáncer del esófago llena dos propósitos: permite la inspección directa de la lesión y la toma de un fragmento de tejido para su examen microscópico. El examen debe hacerse cuando existe la menor duda en relación con la naturaleza de la lesión hallada por medio del examen radiológico, y todavía más, es deseable que se haga en todos los casos. En los pacientes en que he tenido oportunidad de hacerlo no se ha presentado ninguna complicación por la toma de la biopsia, y sólo me he abstenido de tomarla en uno, en el cual la mucosa no estaba ulcerada.

El aspecto de la lesión en el examen esofagoscópico es muy característico. Si la infiltración tumoral está recubierta por mucosa sana ésta se halla levantada y se nota el endurecimiento de la pared, fácil de apreciar cuando se le imprimen movimientos al esofagoscopio. Este endurecimiento de la pared es un dato de gran valor diagnóstico. En otros casos a lo anterior se agrega la ulceración de la mucosa; la ulceración tiene bordes mamelonados y a veces fungosos y sangran con facilidad. Otras veces el cáncer se presenta como formaciones polipoides o como masas nodulares y de color rojo.

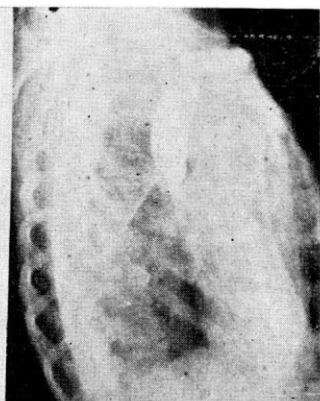
Observación N^o 16.

C. M. Sexo: Femenino. Edad: 49 años. Marzo 18 de 1941.

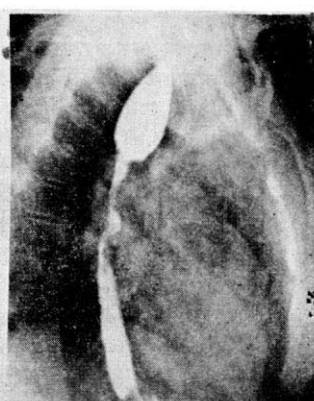
Hace varios meses se inició una disfagia por dificultad para la



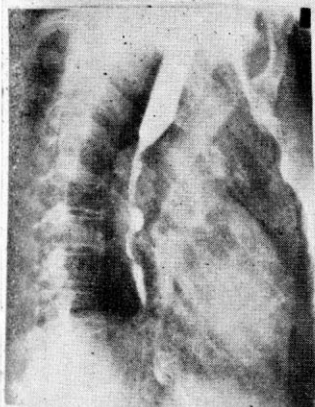
Ob. #16



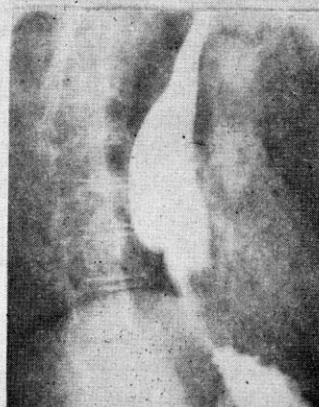
Ob. #17



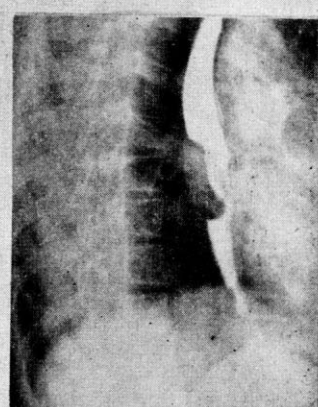
Ob. #18



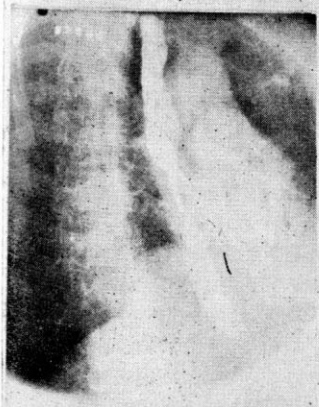
Ob. #18



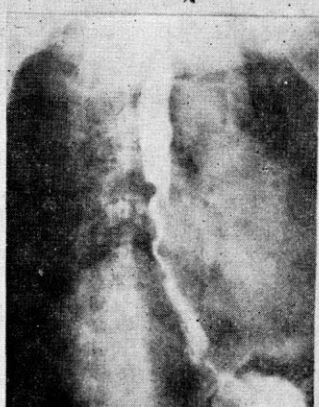
Ob. #19



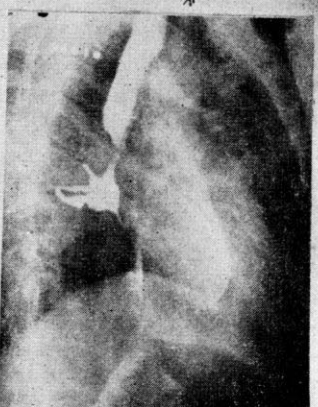
Ob. #20



Ob. #21



Ob. #22



Ob. #23

ingestión de los alimentos sólidos; ésta se ha acentuado progresivamente y ha llegado hasta impedir, en parte, la ingestión de alimentos líquidos. Se ha enflaquecido bastante y ya existen signos de caquexia.

Examen radiológico N° 33.073.

En la extremidad inferior del esófago cervical y en la iniciación del esófago torácico se encuentra una estrechez, en una extensión de seis y medio centímetros. El calibre del esófago en la porción estrecha es de unos tres milímetros y su contorno irregular.

Esta imagen es la de un cáncer del tercio superior del esófago. Salió del Hospital sin tratamiento.

Observación N° 17.

D. C. P. Sexo: Femenino. Edad 43 años. Abril 26 de 1943.

No da detalles precisos sobre el tiempo que hace que está con disfagia; pero desde hace dos días la disfagia es completa y no puede pasar ni aún los líquidos. Destrucción bastante avanzada.

Examen radiológico N° 37.956.

En el examen radiológico del esófago se encuentra una estrechez, en la unión del tercio superior con el medio de dicho órgano. Esta estrechez no permite el paso de la suspensión acuosa de bario y sus contornos son irregulares.

La imagen hallada es la de un carcinoma del esófago, que ocasiona una estenosis prácticamente completa.

Esofagoscopia:

Encontré que la estrechez era producida por un tumor vegetante, que se extiende a todo el contorno del esófago y que sangra con facilidad. Existe endurecimiento de la pared esofagiana. El aspecto es el de un cáncer del esófago. Se tomó una biopsia.

Examen Histológico N° 3.104.

Descripción macroscópica: Varios fragmentos de tejido blando, recibidos en líquido fijador.

Diagnóstico microscópico: *Carcinoma epidermoide, espino celular. Grado III.*

El material enviado para el examen muestra un neoplasma maligno desarrollado a expensas del epitelio escamoso estratificado. El poder de queratinización es escaso, pero en cambio es infiltrante e invade los vasos linfáticos. El polimorfismo es escaso y son frecuentes las figuras de división indirecta. El tamaño de los elementos neoplásicos varía poco. En el estroma se observa reacción inflamatoria con infiltración leucocitaria mono y polinuclear. No se pueden dar más detalles porque el tejido fijó mal los colorantes.

El Jefe de la Sección M. Sánchez Herrera.

Observación Nº 18.

M. G. Sexo: Femenino. Edad 50 años. Octubre 29 de 1942.

Hace un año comenzó la enfermedad por debilidad general y anorexia. Poco después se inició la disfagia, que notó primero para la carne y que ha seguido progresivamente, hasta el punto que hoy solo puede pasar los líquidos.

Bastante enflaquecida y pálida. No hay dolor. No existen adenopatías.

Wassermann y Kahn negativos.

Examen radiológico Nº 37.346.

En el tercio medio del esófago torácico se encuentra una estrechez, de contornos irregulares, que se extiende en una longitud de ocho centímetros. La luz del esófago en el sitio de la estrechez llega a tener unos cuatro milímetros. Por encima de la porción angosta el esófago está un poco dilatado. Alrededor de la porción afectada del esófago se ve una sombra alargada, que oscurece el espacio retrocardíaco. La suspensión acuosa de bario pasa todavía con relativa facilidad.

Este examen demuestra la presencia de un cáncer del tercio medio del esófago.

Esofagoscopia: Se encuentra un tumor en la parte media del esófago, que interesa todo el contorno del órgano y que reduce su luz a unos pocos milímetros. El tumor es duro, está ulcerado y sangra con facilidad.

Examen histológico: Protocolo quirúrgico Nº 2.

“Descripción microscópica: en los cortes se aprecia un tejido neoplásico de origen epitelial, que ha destruido completamente la estructura del esófago. Las células epiteliales se agrupan preferentemente formando bandas anastomadas entre sí; otras veces forman gruesos cordones o islotes bien circunscritos. Numerosos globos córneos en diversos grados de madurez se encuentran dentro de las masas neoplásicas. Citológicamente el neoplasma está compuesto especialmente por células escamosas, mezcladas con elementos fusiformes, poliédricos y pequeños grupos de células espinosas. El tamaño de las células es bastante variable. Se encuentran algunos núcleos monstruosos y unas cuantas células en mitosis normal. El estroma está representado por un retículo de grandes mallas, y aparece intensamente infiltrado por linfocitos, grandes mononucleares y eosinófilos. De la misma manera aparece infiltrado el tejido neoplásico, aunque en menor grado. Los vasos sanguíneos y linfáticos son numerosos y de aspecto normal.

Conclusión: Se trata de un carcinoma epidermoide muy infil-

trante, cuya célula predominante es la escamosa. Los globos córneos indican una gran diferenciación del neoplasma”.

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

Observación N° 19.

F. A. Sexo: Masculino. Edad 67 años. Diciembre 22 de 1942.

La enfermedad se inició hace dos años por disfagia, que ha progresado durante este tiempo lentamente y de manera gradual. Los primeros alimentos que se le detenían fueron la carne y los granos gruesos; la detención de esos alimentos le causaba vómito. Actualmente solo puede pasar líquidos y con frecuencia le da hipo y ocasionalmente vómito. Se ha enflaquecido. El aliento tiene mal olor. No hay ganglios cervicales ni supraclaviculares. No ha tenido vómitos con sangre ni da datos de haber presentado melenas.

Examen radiológico N° 37.529.

En el esófago se encuentra una estrechez que se inicia en la unión del tercio medio con el inferior de dicho órgano y que se extiende en una longitud de nueve centímetros. En la parte superior de la estrechez los contornos del esófago son lobulados y más hacia abajo la luz está reducida a unos pocos milímetros y por lo tanto hay bastante dificultad para el paso de la suspensión acuosa de bario. Por encima de la parte estrecha el esófago se encuentra bastante dilatado.

Este examen demuestra la presencia de un carcinoma del esófago, que interesa todo el tercio inferior de este órgano.

Esofagoscopia:

En el tercio inferior del esófago se encuentra una disminución de su calibre, producida por una tumoración mamelonada. No se ve ulceración y los mamelones son blancuzcos. Por encima de la estrechez del esófago está dilatado. Se tomó una biopsia.

Examen histológico:

Protocolo quirúrgico N° 11.

“Descripción macroscópica:

Recibidos tres pequeños fragmentos de tejido mucoso.

Descripción microscópica:

En los cortes se ven varios fragmentos de pared esofagiana, que comprende el epitelio, submucosa, y fibras musculares lisas. El epitelio aparece hiperplásico en algunas zonas, formando papilas bien delimitadas que hacen salientes en la submucosa. Existe una zona donde se encuentran varios nódulos de células basales, que aparentemente han perdido su continuidad con la mucosa y aparecen situados más o menos profundamente en la submucosa. Dentro de estos nódulos se ven algunas células que contienen gránulos de

pigmento ocre. La submucosa, fibras musculares, vasos y algunas glándulas mucosas, no presentan lesión alguna.

Interpretación: Las modificaciones observadas no permiten establecer ningún diagnóstico. Llama la atención la presencia de los nódulos de células basales encontrados en la submucosa, que podrían representar la iniciación de un proceso neoplásico, pero considerando que pueda tratarse solamente de un artificio de preparación, tenemos que concluir que solamente con una nueva biopsia podría aclararse este punto”.

Firmado. *Miguel Mariño Zuleta.*

Director del Museo de Anatomía Patológica.

Observación N° 20.

A. M. R. Sexo: Masculino. Edad: 48 años. Octubre 28 de 1942.

Comenzó la enfermedad hace tres meses por sensación de ardor, que sentía en la región retro-esternal, al pasar los alimentos y por dolor en la región interescapular. Quince días después se inició la disfagia, que notó primero para pasar la carne o el pan seco. Esta disfagia ha progresado paulatinamente, y hoy sólo puede pasar sopas claras, líquidos y pan mojado. Se ha enflaquecido, pero todavía su estado general es bueno. Siente la detención de los alimentos en la parte media de la región retro-esternal. Mal olor del aliento. No hay adenopatías. El dolor en la región interescapular es permanente y algunos días tan intenso que no le permite dormir.

Wassermann y Kahn negativos.

Examen radiológico N° 37.330.

En el examen fluoroscópico del tórax no se ve ninguna lesión pulmonar. El espacio retro-cardíaco muestra una sombra fusiforme hacia su parte media. En el tercio medio del esófago torácico se encuentra una imagen lacunar, que se extiende en una longitud de siete centímetros, ocupa especialmente la parte posterior del esófago, y hay irregularidades en sus contornos. La suspensión de bario pasa con relativa facilidad por la parte anterior de la imagen lacunar citada. La sombra que oscurece el espacio retro-cardíaco corresponde a la lesión del esófago.

La imagen hallada es la de un cáncer del tercio medio del esófago.

Esofagoscopia:

Se encuentra un tumor ulcerado en la parte media del esófago. El tumor sangra con facilidad y en su superficie se ven algunas porciones amarillas de necrosis.

Se tomó una biopsia.

Examen histológico:

Protocolo quirúrgico N° 4.

Descripción microscópica: en los cortes se observan pequeños fragmentos de epitelio esofágico hiperplásico y varios nódulos de tejido neoplásico. El tejido neoplásico está formado por bandas o capas de células epiteliales que han proliferado desordenadamente. La célula dominante es del tipo escamoso y se encuentra acompañada de células poliédricas y especialmente fusiformes. Los núcleos son generalmente hipercromáticos y muchos son monstruosos.

Las células en mitosis son escasas. El estroma es denso y escaso y está infiltrado por linfocitos, grandes mononucleares y polinucleares neutrófilos. Los vasos son poco numerosos y no presentan particularidad alguna.

Conclusión: Se trata de un carcinoma epidermoide del esófago, bastante infiltrante y poco diferenciado”.

Firmado. *Miguel Mariño Zuleta.*

Director del Museo de Anatomía Patológica.

Observacion N° 21.

P. O. Sexo: Masculino. Edad: 50 años. Enero 5 de 1943.

Hace cinco meses sufre de dolor vago en el epigastrio, sin ritmo especial en relación con las comidas, y de disfagia. Esta última la notó primero al comer carne.

Regurgitaciones de la comida poco tiempo después de haberla pasado y a veces vómitos de parte de los alimentos que ha comido. El apetito es normal. No ha tenido melenas ni hematemesis. Se ha enflaquecido. Actualmente ingiere líquidos y sólidos; pero para poder pasar los últimos deben ser muy bien masticados.

Examen radiológico N° 37.548.

El bario desciende normalmente por el esófago hasta la parte media de su porción torácica; aquí se encuentra una disminución de su calibre de contornos irregulares y que se extiende en una longitud de unos seis centímetros. La suspensión acuosa de bario pasa fácilmente por la porción estrecha.

Es la imagen de un cáncer del tercio medio del esófago. Esofagoscopia: se encontró en la parte media del esófago un tumor ulcerado, que interesa todo el contorno de este órgano, con disminución de su calibre y endurecimiento de las paredes. El aspecto es el de un cáncer del esófago.

Examen histológico:

Protocolo quirúrgico N° 12.

“Descripción macroscópica:

Recibidos cuatro pequeños fragmentos de tejido grisáceo, en los cuales no se advierte carácter especial alguno.

Descripción microscópica:

En los cortes se encuentran varios fragmentos pequeños de tejido neoplásico, formados por una capa casi continua de células es-

camosas. Más o menos la mitad de las células son de núcleo hiper-cromático; un pequeño número de células se encuentra en mitosis normal. El estroma es bastante escaso y está representado por haces de tejido fibroconjuntivo. Los vasos son muy escasos y no presentan nada especial. Se encuentran también algunos fragmentos de tejido neoplásico completamente necrótico e infiltrado por un gran número de polinucleares neutrófilos.

Conclusión: Se trata de un carcinoma escamo-celular, que ha sufrido un proceso de necrosis".

Firmado. *Miguel Mariño Zuleta.*

Director del Museo de Anatomía Patológica.

Observación Nº 22.

J. R. R. Sexo: Masculino. Edad: 45 años. Julio 29 de 1942.

Hace seis meses comenzó a tener disfagia y dolor retro-esternal. Al principio la disfagia era para pasar los alimentos sólidos y ha ido progresando paulatinamente. Hoy pasa todavía bien los líquidos. El estado general es bueno.

Reacción de Wassermann negativa.

Reacción de Kahn una cruz.

Examen radiológico Nº 36.979.

En el examen del esófago se demuestra la presencia de un cáncer del tercio medio del esófago torácico. La lesión produce un estrechamiento, de siete centímetros de longitud, y de contornos irregulares. El espacio retro-cardíaco está oscurecido en esta misma región. La suspensión acuosa de bario logró pasar con relativa facilidad por la parte afectada.

Esofagoscopia:

Hacia la terminación del tercio superior del esófago torácico se encuentra una elevación de la mucosa, con endurecimientos, que reduce notablemente la luz del órgano. No se ve ulceración. El aspecto de la superficie de la mucosa es normal. Esta imagen es la de un cáncer sub-mucoso del esófago.

No se tomó biopsia.

Observación Nº 23.

[N. M. Sexo: Femenino. Edad: 50 años. Enero 12 de 1942.

Hace seis meses se inició la disfagia para los alimentos sólidos, esta ha ido progresando lentamente y ahora ya hay dificultad muy grande aún para la ingestión de líquidos. También ha presentado tos con expectoración hemoptoica. Se ha enflaquecido mucho.

Examen radiológico Nº 35.419.

En el examen radiológico del esófago encontré una estrechez de contornos irregulares en la parte media del esófago torácico. La porción estrecha mide unos ocho centímetros de longitud y sólo per-

mite el paso de una muy pequeña cantidad de bario. Alrededor de esta región se encuentra oscurecido el espacio retro-cardíaco y esta sombra invade la región hiliar del pulmón derecho, y también la porción del pulmón situada inmediatamente hacia atrás del hilio. El bario pasa a la zona de condensación pulmonar y allí llena unos trayectos angostos e irregulares.

En el pulmón derecho no se encuentra ninguna otra lesión, fuera de la ya descrita.

Se trata de un carcinoma del esófago que se ha extendido a los órganos vecinos y por propagación ha invadido el pulmón derecho.

Observación N° 24.

F. M. Sexo: Masculino. Edad 48 años. Julio 7 de 1942.

Hace dos años se inició una disfagia que ha sido progresiva y actualmente es completa. Regurgita los alimentos aún líquidos, inmediatamente después de pasarlos. Después de pasar el alimento le viene un acceso de tos, con sensación de sofocación y expectora algo del alimento que había tomado. Se queja de dolor retro-esternal. La desnutrición es extrema y lo mismo la astenia. Hay submacidez en la base del pulmón derecho. Si no ha comido recientemente con la tos sale una expectoración purulenta.

Examen radiológico N° 36.841.

La suspensión acuosa de bario desciende normalmente por el esófago hasta llegar a su parte media, que corresponde más o menos a la altura de la bifurcación de la tráquea, y allí se detiene. La estrechez del esófago es completa y durante el examen el bario no logró pasar por ella; en cambio pasa a la tráquea y a los bronquios, especialmente a los del lóbulo inferior derecho. Esto le ocasionaba fuertes accesos de tos al enfermo y el bario era de nuevo, expulsado por la tráquea.

Este examen demuestra la presencia de un carcinoma del esófago, que se ha propagado a los órganos vecinos y ha producido la comunicación del esófago con la tráquea.

El paciente murió el 11 de julio de 1942.

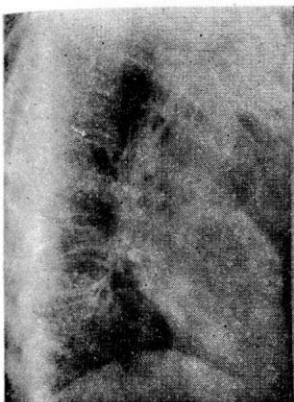
Observación N° 25.

E. B. P. Sexo: Femenino. Edad: 35 años. Julio 31 de 1941.

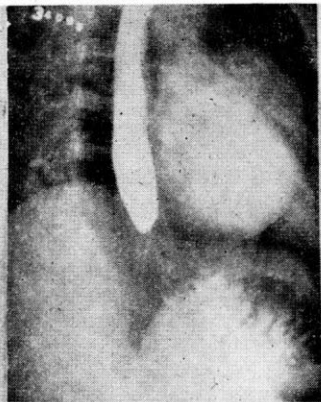
La enfermedad comenzó hace 5 meses por disfagia y regurgitaciones. Estos síntomas han ido aumentando progresivamente. Hay dolor en la región del apéndice xifoides. Se ha enflaquecido.

Examen radiológico N° 34.093.

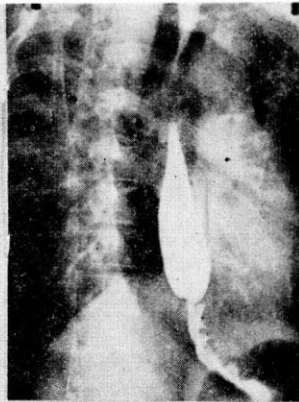
El bario desciende normalmente por esófago hasta llegar al tercio inferior en donde se detiene. En este sitio se ve una laguna clara en la parte central del esófago y el bario pasa por los lados. La sombra lacunar es de forma ovalar y tiene tres centímetros en su diámetro vertical y dos en el transversal. Los contornos son bas-



06-f 24



06-f 25



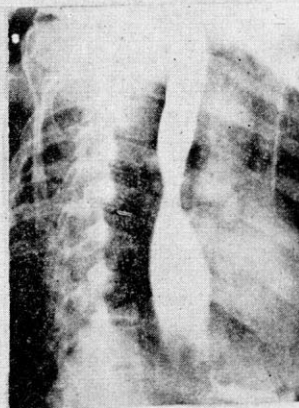
06-f 26



06-f 27



06-f 28



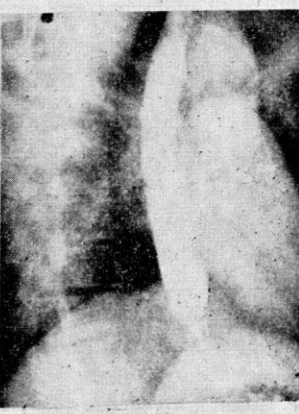
06-f 29



06-f 30



06-f 31



06-f 32

tante nítidos. Los pliegues de la mucosa en este sitio están interrumpidos. En el estómago y en el duodeno no encontré nada patológico.

Por este examen se ve que existe un tumor en el tercio inferior del esófago, que ha proliferado en la luz del órgano y que debe ser un tumor maligno por la alteración de los pliegues de la mucosa.

Esofagoscopia: se encontró un tumor vegetante en la unión del tercio medio con el inferior del esófago. El tumor es duro y sangra fácilmente. El aspecto es el de un carcinoma.

Observación N° 26.

A. S. R. Sexo: Masculino. Edad: 45 años. Julio 16 de 1943.

Se inicio la enfermedad hace seis meses por dolor en la parte alta del epigastrio, con irradiación a la espalda. Poco después comenzó la disfagia, que notó primero para los alimentos sólidos; los cuales sentía detenidos en el esófago, le producían hipo y en seguida vómito. Hace unos veinte días que sólo puede pasar líquidos. En los vómitos se han presentado estrías de sangre. Se ha enflaquecido bastante. Existen adenopatías pequeñas supraclaviculares y en la base del cuello. Anemia.

Examen Radiológico N° 38.242.

El calibre del esófago se encuentra disminuído en toda la mitad inferior de este órgano y en toda esta porción aparecen numerosas imágenes lacunares y los contornos son muy irregulares.

La imagen es la de un carcinoma que interesa toda la mitad inferior del esófago.

Examen histológico:

Protocolo quirúrgico N° 42.

Descripción microscópica:

En varios cortes se observa un tejido neoplásico de origen epitelial, que ha destruído totalmente la estructura del esófago. La agrupación de las células, si bien bastante caprichosa, se hace en general en capas de aspecto pavimentoso; algunas veces se disponen en hileras y en contadas ocasiones formando pseudo-rosetas. La citología del tumor es sumamente polimorfa, encontrándose células de las más variadas formas y tamaños; se encuentran en efecto células poligonales, globulosas, fusiformes, cuboides, columnares y algunas de contorno indeciso. A pesar del polimorfismo puede establecerse que la célula predominante es la poligonal. Los núcleos presentan igualmente variadas características: Globulosos, ovoides, reniformes o de forma monstruosa; la cromatina varía mucho en densidad, observándose desde finos gránulos cromáticos hasta núcleos representados por una densa capa de cromatina. Muchas células contienen uno o varios núcleos.

A pesar de una cuidadosa búsqueda, no se encontraron células

en mitosis. El citoplasma es generalmente abundante; unas veces homogéneo, otras granuloso, y frecuentemente presenta vacuolas o inclusiones. El estroma es poco aparente y solo en algunas partes se observa una trama fibro-conjuntiva. No existe infiltración leucocitaria del estroma. Los vasos son muy escasos y no presentan ninguna alteración. En varias zonas el tejido neoplásico ha sufrido la necrosis albuminoide.

Conclusión: Teniendo en cuenta el predominio de la célula poligonal y la disposición pavimentosa de la mayoría de los elementos, concluimos que se trata de un carcinoma epidermoide atípico muy infiltrante.

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

Observación Nº 27.

B. D. Sexo: Masculino. Edad: 45 años. Enero 25 de 1943.

Hace seis meses comenzó la enfermedad por dolor epigástrico y hematemesis seguida de melenas. El dolor aparece inmediatamente después de las comidas. Hay disfagia para los alimentos sólidos, que siente que se le detienen en la parte inferior del esófago y le producen una regurgitación. El apetito se conserva. Se ha enflequecido, pero el estado general no es muy malo.

Hematíes: 3.820.000.

Hemoglobina 70%.

Examen radiológico Nº 37.625.

En la extremidad inferior del esófago se encuentra una estrechez de contornos irregulares. La porción estrecha ocupa los últimos seis centímetros del esófago y el cardias. La suspensión de bario pasó con relativa facilidad al estómago. En este órgano no encontré ninguna lesión.

Como se ve por este examen existe un carcinoma que interesa la terminación del esófago y el cardias.

Esofascopia:

Al día siguiente del examen radiológico se practicó la esofagoscopia y se encontró un pedazo grande de carne detenido en la extremidad inferior del esófago. Se extrajo la carne, que se había convertido en un cuerpo extraño. Después de esto el paciente pudo pasar un poco mejor. Dos días más tarde se hizo un nuevo examen esofagoscópico que mostró un tumor vegetante, duro, ulcerado y que sangraba con facilidad. Es un carcinoma de la terminación del esófago.

Examen histológico:

Protocolo quirúrgico Nº 9.

“Descripción microscópica:

En los cortes se observan algunos minúsculos fragmento de epi-

telio esofagiano y varias zonas carcinomatosas de origen epitelial. El epitelio esofagiano aparece sumamente hiperplásico y parcialmente queratinizado. El tejido neoplásico está formado por grandes capas de células epiteliales, que al reunirse entre sí forman lagunas más o menos grandes, en las cuales se hace muy aparente el estroma. La célula predominante en el tumor es la escamosa; en menor número se encuentran elementos fusiformes o poliédricos. La mayoría de los núcleos son hiper cromáticos, algunos son monstruosos y un pequeño número de células aparecen en mitosis normal. Se encuentran también algunos globos córneos. Números linfocitos y polinucleares neutrófilos se encuentran en el intersticio de las células epiteliales. El estroma es escaso y está formado por un retículo más bien denso, en cuyas mallas se encuentran numerosos linfocitos, polinucleares neutrófilos y eosinófilos, grandes mononucleares y algunas células plasmáticas. En alguna zona se encuentran un nódulo fibromatoso. Los vasos son abundantes y su estructura no presenta nada especial.

Conclusión: Se trata de un carcinoma escamo-celular, bastante infiltrante, y que ha adquirido cierto grado de diferenciación".

Firmado. *Miguel Mariño Zuleta*

Director del Museo de Anatomía Patológica.

Observación N° 28.

M. A. R. Sexo: Femenino. Edad: 54 años. Julio 18 de 1941.

Hace cerca de dos años que viene notando dificultad para la deglución. La disfagia ha sido lentamente progresiva y desde hace seis meses tiene regurgitaciones inmediatamente después de todas las comidas. Se ha enflaquecido bastante.

Examen radiológico N° 34.020.

El bario descende por el esófago sin ninguna dificultad hasta la altura del diafragma; en este sitio existe una estrechez, de unos cuatro centímetros de longitud, existen imágenes lacunares y alteración del dibujo de la mucosa. El esófago se ha dilatado por encima de la estrechez. Una buena cantidad de la suspensión de bario logró pasar al estómago y en este órgano no encontré nada patológico.

El aspecto radiológico hallado es el de un carcinoma de la extremidad inferior del esófago.

Carcinoma de la terminación del esófago y del cardias.

Observación N° 29.

M. A. A. Sexo: Masculino. Edad: 42 años. Octubre 21 de 1942.

Desde hace algunos años sufre de dolores vagos en la región

epigástrica y de pirosis. Hace seis meses se inició una disfagia, que notó primero para la carne y que siguió progresivamente hasta el punto que hoy solamente puede tomar líquidos y a pesar de ésto a veces vomita la leche y la maizena. Inmediatamente después de las comidas se produce un fuerte dolor epigástrico, que se calma después de la regurgitación de los alimentos. Hace dos meses tuvo una hematemesis y desde algún tiempo para acá todas las deposiciones son melénicas. Hay constipación. El estado general es muy malo, está bastante enflaquecido y anémico. Hay dolor a la palpación del epigastrio, pero no se palpa ningún tumor.

No hay ganglios supraclaviculares.

Examen radiológico N° 37.308.

El bario desciende normalmente por el esófago hasta la parte media de su tercio inferior en donde existe una estrechez. Por encima de la estrechez el esófago está dilatado. La porción estrecha comprende los últimos siete centímetros del esófago torácico, es irregular y muestra imágenes lacunares.

El bario penetra muy lentamente al estómago.

Este examen demuestra la existencia de un carcinoma bastante avanzado, que interesa la terminación del esófago y la región del cardias.

Esofagoscopia: En la terminación del esófago se encuentra un tumor muy vegetante y que sangra abundantemente. Se tomó una biopsia. La imagen es típica de un carcinoma.

Otros exámenes:

Hematíes: 2.280.000. Leucocitos: 19.800.

Hemoglobina: 40%. Valor globular. 0,90.

Polinucleares neutrófilos: 85%.

Polinucleares eosinófilos: 1%.

Linfocitos pequeños 11%.

Grandes mononucleares: 1%.

Anisocitosis.

Normoblastos 2%.

Colesterinemia: 0,62 grms. por mil.

Azohemia: 0,48 grms. por mil.

Orina normal.

Murió en el Hospital el 6 de noviembre de 1942.

Examen histológico:

Protocolo quirúrgico N° 1.

“Descripción macroscópica:

Un fragmento de tejido que mide 4 X 3 X 2 mm. en sus mayores. Una de sus caras está recubierta por epitelio aparentemente normal. El resto del tejido, que corresponde a la sumucosa, es bastante grueso, duro y de color grisáceo homogéneo.

Descripción microscópica:

En varios cortes aparece un tejido que comprende epitelio y submucosa del esófago. La estructura del epitelio es normal en toda su extensión y sólo llama la atención la presencia de numerosos polinucleares neutrófilos y linfocitos. La membrana basal está intacta. La submucosa aparece invadida por una extensa proliferación neoplásica de las glándulas mucosas. Las glándulas presentan variadas características: algunas conservan su tamaño y forma normales, mostrando una hiperplasia del epitelio, que en ocasiones obstruye por completo la luz glandular; otras aparecen dilatadas o deformadas con análogos caracteres de hiperplasia epitelial; por último, existe cierto número de glándulas que han perdido su individualidad y aparecen fusionadas entre sí. Existen además algunas zonas en las cuales las células del epitelio glandular forman cordones o agrupaciones celulares completamente irregulares. Las células en mitosis son numerosísimas, y en las zonas carcinomatosas descritas en último término, se observan varios núcleos monstruosos. La mayoría de las glándulas contienen una sustancia mucosa mezclada en ocasiones con sangre. El estroma que soporta el neoplasma está representado por tejido fibroconjuntivo muy flojo, edematoso y extensamente infiltrado por leucocitos de todo orden. Los vasos sanguíneos son numerosos y las arteriolas presentan la túnica media hipertrofiada. Los vasos linfáticos no presentan nada especial.

Conclusión: Se trata de un neoplasma maligno derivado de las glándulas mucosas del esófago. El estado inflamatorio del epitelio y estroma del tumor, representa seguramente una infección secundaria”.

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

Cáncer de la extremidad inferior del esófago y del cardias.

Observación N° 30.

D. M. Sexo: Masculino. Edad: 57 años. Marzo 25 de 1941.

Hace diez meses se inició la enfermedad con una disfagia: sentía que los alimentos se le detenían hacia la parte inferior del esófago y poco tiempo después de comer regurgitaba los alimentos. La disfagia ha aumentado progresivamente y se le ha agregado un dolor epigástrico y de la parte inferior del tórax. Se ha enflaquecido y hay anemia intensa. En el epigastrio no se palpa ningún tumor.

Examen radiológico N° 33.132.

El bario llega sin ninguna dificultad hasta el tercio inferior del esófago y allí se detiene un poco al encontrar una porción estrecha e irregular en la extremidad inferior del esófago. La región del cardias también se ve estrecha y de contornos irregulares. En la

parte afectada se encuentran imágenes lacunares. El conjunto del trayecto estrecho mide unos ocho centímetros.

Todavía pasa una buena cantidad de bario al estómago y en el resto de este órgano no se ve nada anormal. La imagen del duodeno no presenta ninguna particularidad.

Este examen demuestra la presencia de un carcinoma del cardias y de la extremidad inferior del esófago.

Cáncer del Cardias.

Observación N° 31.

E. M. Sexo: Masculino. Edad: 56 años. Noviembre 16 de 1942.

Desde hace como un mes siente dificultad para pasar los alimentos sólidos que nota se le detienen en la parte inferior del esófago. La disfagia no es muy grande, pero algunas veces le produce náuseas y vómito. También ha sentido dolor en la región retro-esternal. El estado general no se ha modificado.

Examen radiológico N° 37.400.

En el examen fluoroscópico del tórax no encontré ninguna lesión pulmonar y el corazón y la aorta mostraban su aspecto normal.

En el esófago no encontré ninguna cosa patológica y el bario descendió normalmente para ir a llenar el estómago. En este órgano anoto una aerogastria y la presencia de una imagen lacunar en la región del cardias, que en las radiografías contrasta muy bien con el aire de la cámara gástrica.

La imagen hallada es la de un carcinoma de la región del cardias.

Esofagoscopia:

En el esófago no encontré nada patológico. Me interesaba el poder tomar una biopsia de la lesión gástrica, hallada en el examen radiológico, pero debido a la estatura del paciente el esofagoscopio no alcanzó a entrar en el estómago.

El paciente fue operado un mes más tarde y se encontró un carcinoma que no podía extirparse.

El enfermo murió varios meses después de la operación.

Observación N° 32.

E. P. Sexo: Masculino. Edad: 52 años. Mayo 31 de 1943.

Desde hace seis meses comenzó a notar dificultad para la deglución. Siente que la comida se le detiene en la parte inferior del esófago y regurgita los alimentos. Se ha enflaquecido. Existe una adenopatía supraclavicular dura.

Reacción de Wassermann positiva (++++).

Reacción de Kahn positiva (++++).

Examen radiológico N° 38.059.

La suspensión acuosa de bario descendió normalmente por el

esófago, pero se detuvo en el cardias y sólo entró al estómago muy despacio. Esta demora en el paso por el cardias hace que el esófago se encuentre dilatado. En la región del cardias, en el estómago, se ven los pliegues de la mucosa alterados y existen imágenes lacunares. En el resto de este órgano no hay nada patológico y la imagen del duodeno es normal.

La imagen hallada es la de un carcinoma de la región cardíaca del estómago.

Carcinoma esquirroso difuso del estómago.

Observación. N° 33.

B. C. Sexo: Femenino. Edad: 35 años. Abril 27 de 1943.

Desde hace un mes y medio notó que los alimentos se le devolvían pocos momentos después de haberlos tomado. Actualmente la disfagia es casi completa y regurgita aún el agua a los pocos minutos de haberla tomado y sin que esta sufra ningún cambio de color. La desnutrición es muy grande y la enferma está en caquexia.

Examen radiológico N° 37.964.

En el examen fluoroscópico del tórax no se ve ninguna sombra anormal en los campos pulmonares y el corazón y la aorta son de aspecto normal.

En el esófago no se encuentra ninguna lesión orgánica, pero por la dificultad que existe para el paso de la suspensión de bario por el cardias, se acumula en el esófago una gran cantidad del medio de contraste; se nota que está dilatado, y en su tercio inferior se ven fuertes contracciones peristálticas. Existe un carcinoma que interesa todo el estómago y que ha reducido considerablemente su tamaño y estrechado el cardias. Esta lesión es la causa de la disfagia.

Observación N° 34.

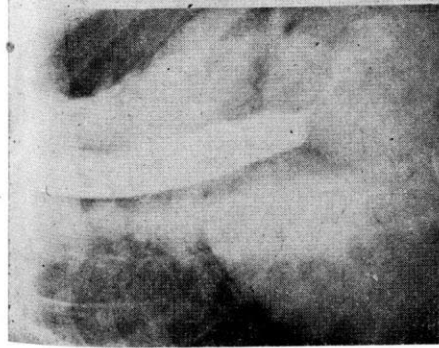
S. B. Sexo: Masculino. Edad: 60 años. Junio 9 de 1943.

La enfermedad se inició hace 17 meses por inapetencia y dificultad para el descenso de los alimentos sólidos por el esófago. La disfagia ha ido aumentando progresivamente. Ahora ya no es posible el paso de los alimentos sólidos, al comerlos le producen dolor retroesternal irradiado al dorso y a los hombros, y los regurgita inmediatamente. Desde hace unos diez días se le han presentado edemas generalizados y derrame ascítico.

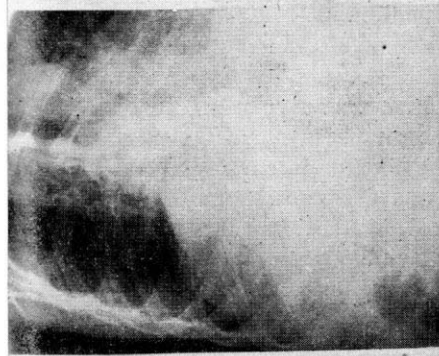
Examen radiológico N° 38.069.

En el examen fluoroscópico del tórax no se ve ninguna particularidad en los campos pulmonares y el corazón y la aorta son de aspecto normal.

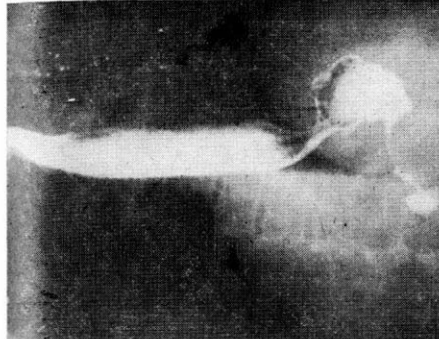
En el esófago no existe ninguna lesión orgánica: el bario desciende sin ninguna dificultad hasta llegar al cardias, pero penetra al estómago muy lentamente y con dificultad. Por esto se ha dila-



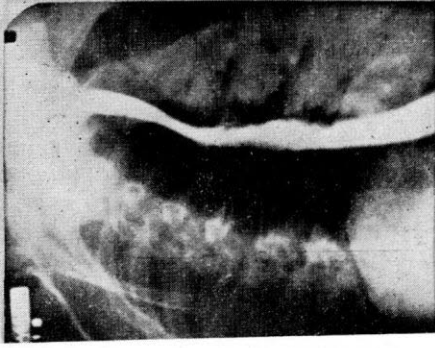
06-#33



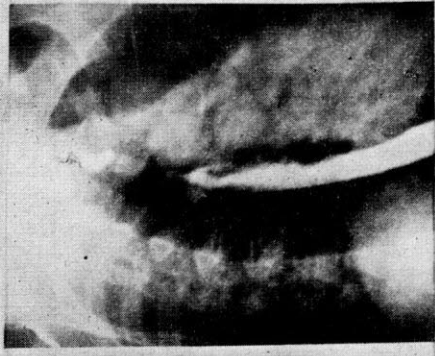
06-#34



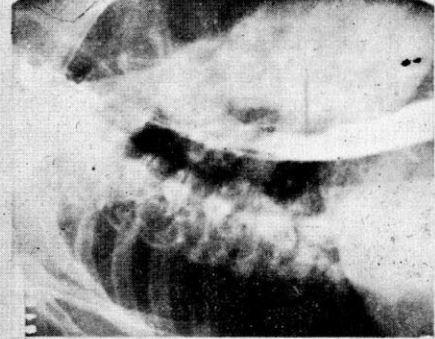
06-#35



06-#36



06-#36



06-#36

tado el esófago, en su tercio inferior, especialmente, y se ven contracciones peristálticas enérgicas. El estómago se encuentra considerablemente reducido de tamaño, hasta el punto que, la capacidad de la tuberosidad mayor es casi igual a la del bulbo duodenal. Las paredes gástricas son completamente rígidas y el bario pasa permanentemente al duodeno. Por la disposición de las ansas del yeyuno se ve que existe un derrame ascítico.

Este examen demuestra la existencia de un carcinoma esquistoso y difuso del estómago, que es la causa de la disfagia.

Observación N° 35.

A. M. Sexo: Masculino. Edad: 40 años. Junio 26 de 1942.

Desde hace seis meses presenta anorexia para toda clase de alimentos y progresivamente se ha venido instalando una disfagia. Inmediatamente después de las comidas siente los alimentos detenidos en el esófago y vomita. Siente dolor en el epigastrio. El enflequecimiento es muy grande. Constipación.

Reacción de Wassermann y reacción de Kahn: negativas.

Examen radiológico N° 36.762.

En el examen fluoroscópico del tórax no se ve ninguna lesión pulmonar y el corazón y la aorta son de aspecto normal.

El bario desciende por el esófago y va a detenerse en el cardias. Esto da lugar a que se acumule una columna bastante grande en el esófago y por este motivo se ha dilatado. Muy lentamente la suspensión opaca va penetrando al estómago y este órgano se encuentra considerablemente reducido de tamaño y completamente rígido. La micro-gastria es de tal naturaleza que el bulbo duodenal equivale en tamaño a la tercera parte del estómago. El bario pasa por el píloro permanentemente y llena el duodeno y las ansas del yeyuno, en donde no se encuentra nada patológico.

Este examen demuestra la presencia de un carcinoma esquistoso y difuso del estómago, que ocasiona una gran dificultad para el paso de la suspensión de bario por el cardias. La causa de la disfagia está en el estómago.

Granuloma del esófago.

Observación N° 36.

N. U. Sexo: Masculino. Edad: 40 años. Junio 13-43.

Sufre de disfagia desde hace 2 años y dice que los alimentos se le detienen a la altura de la horquilla externa. No hay ningún antecedente de ingestión de sustancias cáusticas y únicamente anota haber tomado bastante guarapo fuerte. La disfagia ha seguido progresando y actualmente hay dificultad aún para pasar líquidos.

Examen radiológico N° 1.518.

Al ingerir la suspensión acuosa de bario se ve que ésta se de-

tiene un poco en la iniciación del esófago torácico; pero luego continúa su recorrido por este órgano sin ninguna dificultad. En el sitio en donde se anota la demora en el descenso del bario, es decir, al iniciarse el esófago torácico, se ve una laguna en el medio de contraste. Esta tiene un contorno convexo y muy nítido hacia adelante, y hacia atrás está unida a la pared posterior del esófago. El diámetro alcanza a uno y medio centímetros. El aspecto de esta lesión no es el de un tumor maligno y en cambio sugiere la idea de que se trate de uno de los tumores benignos que se suelen encontrar en la pared del esófago, por debajo de la mucosa. También es prudente descartar la existencia de una sífilis.

Esofagoscopia:

En la iniciación del esófago se encuentra una masa elevada, cuya base está unida a la pared posterior del esófago y en la superficie que mira a la luz de este órgano hay una ulceración. Por el aspecto de la lesión no es posible determinar su naturaleza; por esto se tomó una biopsia.

Examen histológico:

"Descripción macroscópica:

Fueron recibidos cinco fragmentos de tejido. Dos de ellos tienen una forma polipoide, están revestidos por epitelio epidermoide y cada uno mide unos 4 X 3 X 2 m. m. Los otros tres fragmentos sensiblemente iguales, están constituidos por un tejido rojo oscuro recubierto por epitelio epidermoide, y cada uno mide aproximadamente 3 X 2 X 1 m. m.

Descripción microscópica:

En los cortes aparecen varios fragmentos de pared esofagiana. La mucosa, normal en casi toda su extensión, presenta, sin embargo, algunas zonas hiperplásicas e infiltradas por linfocitos. La submucosa está muy engrosada por la presencia de un tejido granulomatoso en unas partes, y grandes zonas hemorrágicas en otras. En las zonas granulomatosas se observan numerosos capilares neoformados, abundante tejido fibroso y gran número de células redondas. Llama la atención en estas zonas, la desaparición de la membrana basal de la mucosa, estableciéndose así una zona insensible de transición, entre la mucosa y el tejido granulomatoso de la submucosa.

Los vasos y glándulas mucosas no presentan ninguna alteración.

Conclusión: Se trata de una lesión granulomatosa del esófago, sin características especiales que permitan clasificarla".

Firmado. *Miguel Mariño Zuleta.*

Director del Museo de Anatomía Patológica.

Agosto, 16 de 1943.