

## ESTUDIO RADIOLOGICO Y CLINICO DE LAS ENFERMEDADES DEL ESOFAGO

Por *Francisco Convers.*

### VII

#### *Várices del Esófago.*

Su visualización radiológica tiene importancia, pues llama la atención hacia su causa, (cirrosis hepática, trombosis de la vena esplénica) y también debe reconocerse su imagen para evitar el confundirla con alguna otra lesión y especialmente con el cáncer. Para su mejor visibilidad se usa una suspensión clara de bario; es un examen con capa delgada de bario, y debe efectuarse con el paciente en posición vertical y también acostado y buscando el mejor grado de oblicuidad mientras se hace el examen fluoroscópico. Los primeros signos consisten en un aumento de la anchura de los pliegues de la mucosa; luego, al formarse várices más grandes, que usurpan parte de la luz del canal esofagiano, aparecen unas zonas claras y de forma redondeada. Estas se forman primero hacia la terminación del esófago y según su duración y su grado ascienden más o menos. Los contornos del esófago se ven irregulares por las mismas várices y aun cuando estas no suelen causar disfagia, sí hay lentitud en el paso del bario y una discreta dilatación del esófago. Las imágenes varían en diferentes películas y en distintos exámenes. Esto es muy útil para diferenciarla de la producida por un carcinoma, que es permanente. Además en el caso de várices no hay rigidez de las paredes y se ven ondas peristálticas. En los casos dudosos queda el recurso de practicar una esofagoscopia.

#### *Cirrosis Hepática de Origen Palúdico.*

##### Observación N° 37.

A. C. Sexo: Masculino. Edad: 38 años. Septiembre 9 de 1942.

Desde hace 11 años vive en Acañas, Intendencia del Meta, Ha tenido ataques de paludismo agudo. Hace cinco años notó que el

vientre le aumentaba de volumen, sentía dispnea, y con alguna frecuencia le daban vómitos. No hay síntomas gástricos. Hace tres años tuvo una hematemesis. Tiene períodos de diarrea y otros de constipación. El enfermo tiene anemia y coloración subictérica.

El vientre es voluminoso. El bazo es muy grande y doloroso a la palpación. El hígado es pequeño. Hay un derrame ascítico. Circulación colateral en la pared abdominal.

En la sangre se encontró el plasmodium falciparum.

Hematíes: 2.720.000. Leucocitos: 6.400. Hemoglobina 70% V.  
G. 1,29. Tiempo de coagulación y de sangría: normales.

Hemograma de Schilling:

Mielocitos 1%.

Formas juveniles 7%.

Formas en cayado 60%.

Linfocitos 13%.

Basófilos 1%.

Eosinófilos 18%.

Examen del líquido ascítico:

Reacción de Rivalta negativa.

Albúmina: 3,30 grms. por mil.

Cloruros: 6,50 grms. por mil.

Fosfatos: 0,60 grms. por mil.

Albúminas: 4,75 grms. por mil.

Proteínas totales: 11,20 grms. por mil.

Globulinas: 6,45 grms. por mil.

Índice: 0,73 grms. por mil.

Examen radiológico N° 37.149.

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

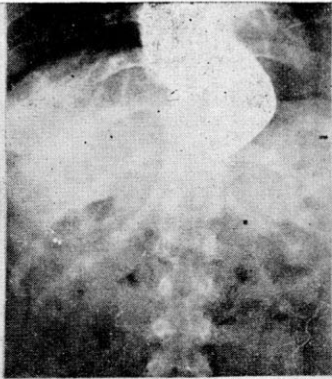
El bario descende normalmente hasta el tercio inferior del esófago y de allí en adelante pasa lentamente, se acumula un poco en el esófago y lo dilata. Los pliegues de la mucosa del esófago en el tercio inferior están ensanchados y se aprecian algunas lagunas redondeadas. El estómago se halla rechazado hacia arriba, debido al derrame ascítico, pero en sus paredes no existe ninguna irregularidad. La evacuación gástrica se hizo normalmente durante el examen. En el duodeno no se ve nada patológico.

Este examen demuestra la presencia de várices en el tercio inferior del esófago.

El enfermo murió el 11 de mayo de 1943.



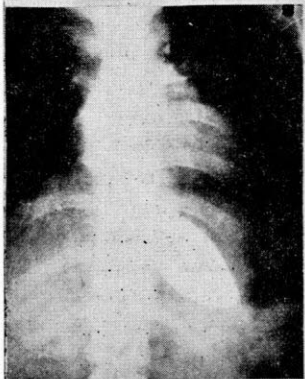
Ob. #37



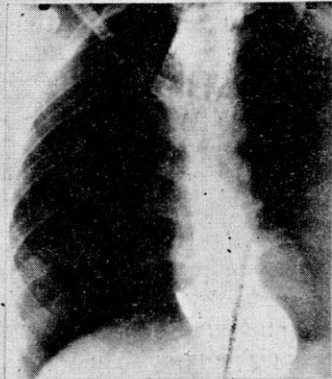
Ob. #38



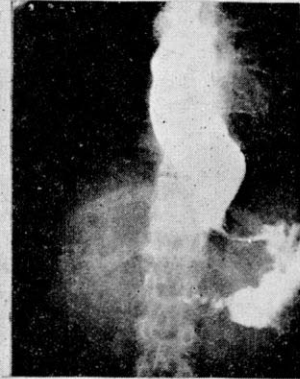
Ob. #38



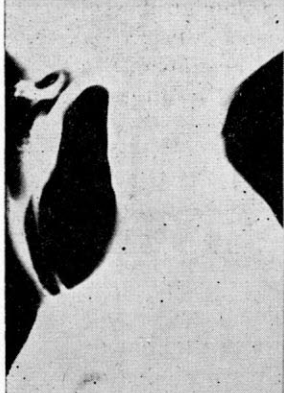
Ob. #38



Ob. #38



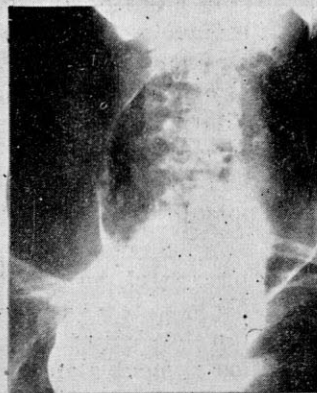
Ob. #38



Ob. #39



Ob. #39



Ob. #39

## VIII

*Achalasia del Cardias.*

Esta es quizás la enfermedad más interesante del esófago y ha tenido numerosas denominaciones como cardioespasmo, frenoespasmo, preventriculosis, "Hiatal esophagismus", megaesófago o dilatación idiopática del esófago. El término de cardioespasmo, que le fue dado por von Mikulicz en 1882, es uno de los más antiguos y más conocidos, pero también de los más inconvenientes porque presupone que se trata de un espasmo y está bien demostrado que no hay tal. He visto que clínicos expertos administren a estos pacientes grandes dosis de medicamentos anti-espasmódicos, sin ningún resultado; guiados únicamente por el término de cardioespasmo. Por esto creo que se debe aceptar el término de achalasia, que ha sido propuesto por Hurst y que significa falta de relajación, pues, él ha atribuido este síndrome a la falta de relajación del cardias.

Lendrum, entre otros, ha hecho estudios anatómicos muy cuidadosos y ha llegado a la conclusión de que no existe anatómicamente esfínter en el cardias; pero funcionalmente es evidente que actúa como un esfínter y su falta de relajación sería la causa del síndrome en cuestión. Los trabajos de Rake, Camreoh, Mosher, Lendrum y otros han mostrado cómo en estos pacientes se presentan alteraciones del plejo de Auerbach del esófago, que pueden consistir en disminución del número de las células ganglionares del plejo mientérico o ausencia completa de ellas, con aumento de las células de sostén. Por estas lesiones, dice Hurts, hace falta el estímulo nervioso que vaya a operar la relajación del cardias, y por consiguiente se establece la disfagia. En los casos moderados el esófago se dilata un poco, las capas musculares, y especialmente la circular, aumenta de espesor; las fibras elásticas se ensanchan; y el epitelio se hace más espeso. En los casos antiguos el esófago se dilata enormemente y se estira, de manera que se tuerce y se le forman codos; las capas musculares y el tejido elástico se adelgazan; y el epitelio puede mostrar cornificación o zonas de espesamiento o de ulceración.

La enfermedad puede iniciarse por un dolor epigástrico, que precede al período de disfagia; la intensidad de ésta es muy variable y a veces los pacientes sienten que han pasado bien pero se quejan de vómitos, que en realidad no ha sido sino la regurgitación de los alimentos que estaban detenidos en el esófago. Hay períodos en los cuales la disfagia llega al extremo de no permitir la ingestión ni de alimentos líquidos, que se pueden hallar detenidos en el esófago después de doce y más horas de haberlos tomado. El paciente puede también sentir dolor retro-esternal y en la región interesca-

pular. Algunas veces, al agacharse y enderezarse en seguida, notan un clapoteo. Cuando el paciente se acuesta el contenido del esófago asciende hacia el orificio superior del esófago y puede ocasionarle accesos de tos, que preceden al vómito. Los enfermos pueden llegar a un grado muy serio de inanición y morir por esta causa.

La imagen radiológica es característica: El esófago se encuentra dilatado y algunas veces llega a tener un tamaño enorme como el de la observación Nº 39 en donde hay una gran dilatación desde la faringe y que era apreciable sin ingestión de bario por el contraste que daba el aire que había en su interior. Puede contener residuos de alimentos que el paciente había ingerido la víspera del examen. El contorno del esófago es regular y únicamente se notan curvas o codos. En el cardias se termina por una extremidad cónica, que muestra contornos regulares.

En el examen esofagoscópico se nota la dilatación del esófago y se ve la mucosa pálida y recubierta por un barniz blancuzco, debido a la maceración de la misma mucosa.

El tratamiento de la achalasia del cardias consiste en la dilatación de este orificio y para lograrlo existen numerosos instrumentos. En los primeros casos tratados por mí usé un dilatador improvisado que dilataba con presión hidráulica, al llenar la pera dilatadora con una suspensión de bario. Este dilatador colocado en su sitio se ve en la Observación Nº 38. En otros casos he usado las bujías de Hurts, que son muy prácticas. Según datos de autopsias las dilataciones producen ruptura de algunas fibras musculares y es de pensar que a esto se debe el buen resultado que suelen tener. También se han hecho dilataciones manuales del cardias a través de una gastrostomía y aquí fueron practicadas por el Profesor Pompilio Martínez.

En la mayoría de los casos el resultado de las dilataciones es sorprendente y después de la primera el paciente puede comer muy bien. Queda la achalasia compensada y la altura de la columna líquida en el esófago es suficientemente para abrir su paso a través del cardias. Hay otros casos en los que el resultado no se consigue sino después de varias dilataciones.

Estos pacientes deberán ser dilatados de nuevo cuando vuelvan a experimentar disfagia. Su período de compensación puede durar varios meses, un año y aún más.

El tratamiento quirúrgico deberá usarse en aquellos casos en los cuales las dilataciones han fracasado; pero éstos afortunadamente son muy raros.

#### Observación Nº 38.

J. J. T. Sexo: Masculino. Edad: 28 años. Marzo 7 de 1941.

Dice que la enfermedad le comenzó hace trece años por dolor en la región del omoplato izquierdo, que le duró tres meses; des-



pués comenzó a vomitar todos los días, especialmente por las tardes, los alimentos tomados en el día. Cuenta que los martes y los viernes los vómitos son más fuertes. Algunas veces vomita alimentos tomados el día anterior sin digerir. Antes de darse cuenta de la enfermedad tuvo una hematemesis y no ha vuelto a sangrar. Se queja de dolor en el cuello, la espalda y la región retro-esternal. Algunas veces el vómito es precedido inmediatamente por un dolor epigástrico, que pasa con el vómito. Hay hipertrofia de las glándulas parótidas y bastante sialorrea. El estado general es regular. Tiene alteraciones psíquicas, es nervioso, y compara los dolores con araños, y sensación de escalofrío hasta en los pelos. Creo que en este estado psíquico influye definitivamente la inanición parcial.

Examen radiológico N° 32.984.

El esófago se encuentra considerablemente dilatado en toda su altura, de manera que, su diámetro es cerca de tres veces mayor de lo normal. En el tercio inferior se ven ondas peristálticas. El esófago se termina en el cardias por una punta de contornos regulares y los pliegues de la mucosa están allí intactos. El bario pasa con mucha dificultad al estómago y en pequeña cantidad.

La imagen hallada demuestra una achalasia del cardias.

Esofagoscopia:

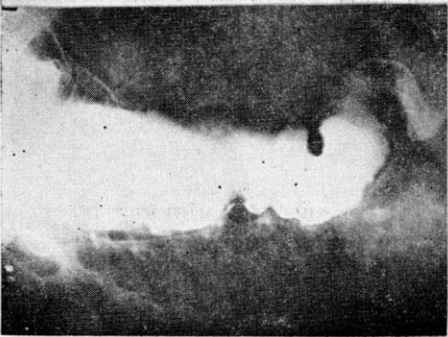
La primera no se pudo practicar porque había una gran cantidad de líquido y de alimentos que habían sido ingeridos la víspera. Se hizo un segundo examen, después de evacuar el esófago por medio de un tubo para lavados gástricos. La dilatación del esófago es bien aparente. La mucosa en la terminación del esófago está enrojecida, pero no hay ulceración.

Desde marzo hasta agosto de 1941 se le practicaron periódicamente dilataciones del cardias; pero la mejoría en este caso fue muy poca y no se logró una compensación duradera de la achalasia. En los exámenes radiológicos, hechos después de las dilataciones se ven que pasa el bario más fácilmente al estómago.

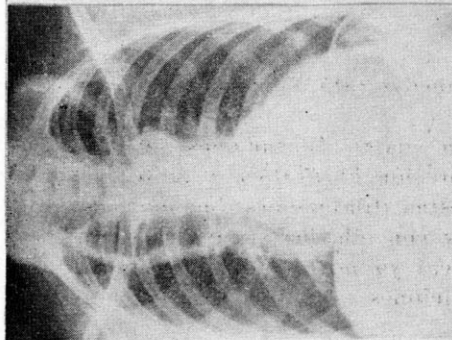
Observación N° 39.

A. C. Sexo: Masculino. Edad: 37 años. Marzo, 11 de 1941.

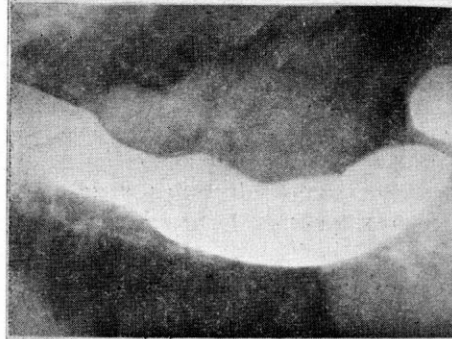
Sufre de disfagia desde hace muchos años y cuenta que hace doce años comenzó a notar una tumoración en el cuello; esta le aumentaba al comer y una media hora después de la comida disminuía de volumen. La respiración se le dificultaba, se ponía afónico y la laringe se desviaba hacia adelante y hacia arriba. También en esos momentos se ponía cianosado. Con cualquier clase de alimentos se le producía ésto, y aún con el agua, y los tenía que regurgitar. En cuatro ocasiones ha tenido vómitos de sangre y la cantidad de ésta ha sido abundante; el último hace cinco meses. La sangre ha sido casi siempre roja. Vomita con mucha frecuencia los alimentos comidos muchas horas antes. El estado general es regular. En



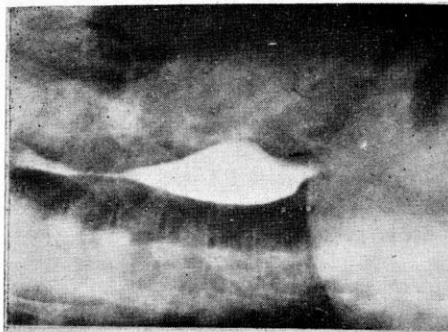
Ob. 139



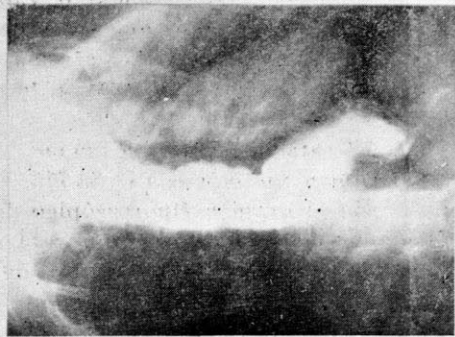
Ob. 139



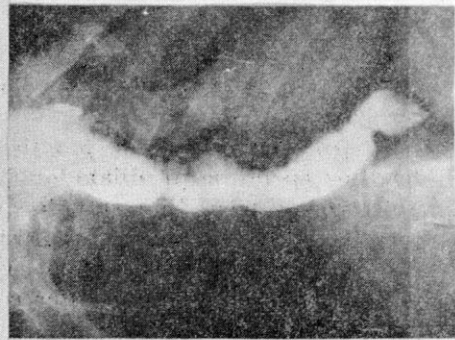
Ob. 140



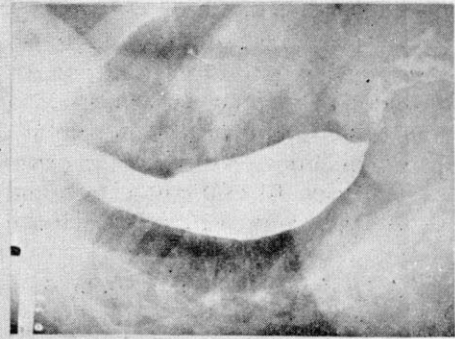
Ob. 141



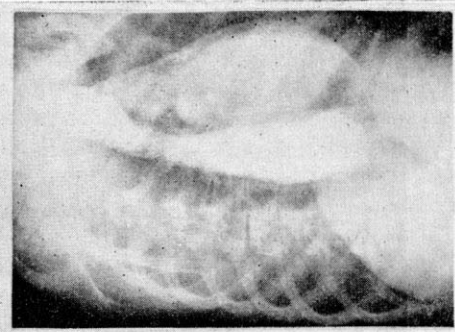
Ob. 142



Ob. 142



Ob. 143



Ob. 144

el cuello hay una gran tumefacción blanda y timpánica, por estar llena de aire. Esta bolsa levanta la laringe. El paciente no suele tomar bebidas alcohólicas.

Examen radiológico N° 32.996.

En el examen fluoroscópico y en la radiografía del tórax no se encuentra ninguna lesión pulmonar y el corazón y la aorta son de tamaño normal. Desde el primer momento llamó la atención al ver el esófago cervical muy dilatado y lleno de aire, e igual cosa sucede con el esófago torácico, que sobresale del borde cardio-vascular derecho, y que por la cantidad de aire que hay en su interior ofrece un buen contraste.

Con la ingestión de bario se llena bien el esófago y aparece enormemente dilatado en toda su altura. El esófago cervical muy dilatado desvía la laringe hacia adelante y hacia arriba. El esófago torácico, además de su dilatación, está alargado y por ésto se le forman numerosos pliegues; pero en realidad no se ven ondas peristálticas. El esófago se termina por una extremidad cónica y de contornos muy regulares. El bario pasa muy lentamente al estómago.

La imagen hallada es la de un megaesófago, producido por la achalasia del cardias.

Es la dilatación del esófago más grande que he tenido oportunidad de ver.

Esofagoscopia:

El esófago muy dilatado y la mucosa está recubierta por un barniz blanquizco.

A este enfermo se le practicaron cuatro dilataciones del cardias por medio de un dilatador de presión hidráulica, y bajo control fluoroscópico. El resultado de estas dilataciones fue muy satisfactorio: La disfagia desapareció y con ella las regurgitaciones, y después de comer, el esófago cervical ya no alcanzaba al grado de dilatación de antes. En estas condiciones salió del Hospital.

Observación N° 40.

M. L. G. Sexo: Femenino. Edad: 36 años. Junio 16 de 1941.

Hace varios años que sufre de disfagia, especialmente para los alimentos sólidos, que la enferma siente se le detienen en el esófago. El 11 de mayo de 1939 se le extirpó un coto, pero a pesar de esto la disfagia persiste.

El estado general es bueno.

Examen radiológico N° 33.773.

En el examen fluoroscópico del tórax no encontré ninguna lesión pulmonar y el corazón y la aorta mostraban su tamaño normal. No existe ninguna sombra de bocio sumergido en el tórax.

El bario llena completamente el esófago y se detiene en el cardias. El esófago en todo su trayecto se encuentra muy dilatado y



en su interior había líquido, a pesar de que la enferma estaba en ayunas. En la terminación del esófago los contornos son regulares. El cardias es bastante estrecho y la poca cantidad de bario que va pasando al estómago lo hace siguiendo el trayecto estrecho del cardias, que tiene una longitud de unos dos centímetros.

Este examen demuestra la presencia de una achalasia del cardias.

A esta enferma el doctor Hernando Martínez le practicó las dilataciones del cardias.

#### Observación Nº 41.

J. E. G. Sexo: Masculino. Edad: 33 años. Junio 15 de 1942.

Desde hace tres meses sufre de disfagia, que ha llegado a ser completa y regurgita todos los alimentos. El enfermo presenta signos de desnutrición y su psiquis está alterada por la inanición.

#### Examen radiológico Nº 36.653.

El bario descende sin ninguna dificultad por el esófago hasta llegar al cardias y allí se detiene, sin que en las paredes del esófago se vea ninguna irregularidad. Este órgano se encuentra dilatado y se ven ondas peristálticas en su tercio inferior. El bario pasa al estómago muy lentamente y en muy pequeña cantidad.

Este examen demuestra la presencia de una achalasia del cardias.

#### Esofagoscopia:

El esófago se ve dilatado y hay inflamación de la mucosa en la terminación del esófago. Se pasaron bujías por el cardias, que ofrece bastante resistencia.

Intenté tres veces hacer una dilatación más efectiva del cardias, pero esto no se logró porque el paciente, debido a su estado psíquico, no cooperó. El enfermo murió en el Hospital y desafortunadamente no se hizo la autopsia.

#### Observación Nº 42.

A. C. Sexo: Femenino. Edad: 26 años. Julio 28 de 1942.

La enfermedad se inició hace 8 años, de los vómitos simples de un embarazo pasó a los síntomas actuales. Sufre una gran disfagia con regurgitaciones de todos los alimentos. Habitualmente sólo puede tomar líquidos y tiene períodos, hasta de quince días, en los cuales la disfagia para los líquidos es también muy grande. Ligero dolor retro-esternal. Nota un clapoteo en el cuello al agacharse. El estado general es bueno.

#### Examen radiológico Nº 36.990.

Al hacer el examen fluoroscópico del tórax se puede ver que el esófago está muy dilatado y lleno de líquido, cuyo nivel está un poco por encima del manubrio del esternón. Por encima del nivel de líquido se encuentra un poco de aire. Este líquido fue ingerido más de doce horas antes del examen. El bario se mezcla al líquido

de retención y se detiene en el cardias. Al estómago solo logra pasar una pequeña cantidad a través del trayecto estrecho del cardias. No se ve ninguna deformación en los contornos del esófago.

Este examen demuestra la existencia de un megaesófago, producido por una achalasia del cardias.

#### Esofagoscopia:

Fue necesario aspirar un poco de líquido de retención, que había en el esófago, a pesar de que la enferma estaba en ayunas. El esófago está bastante dilatado y su mucosa es muy pálida. No existe ninguna ulceración. Se pasó el esofagoscopio al estómago, venciendo la resistencia del cardias. Se trata de una achalasia del cardias.

Se le practicaron dos dilataciones con las bujías de Hurst y desde la primera no volvió a tener vómito ni sensación de dificultad para la deglución. Siguió muy bien hasta el 7 de marzo de 1943, cuando comenzó de nuevo una disfagia para los alimentos sólidos y ocasionalmente vómito. Se dilató de nuevo el 27 de marzo y el 17 de abril. Desde entonces ha seguido bien.

#### Observación N° 43.

I. S. Sexo: Femenino. Edad: 34 años. Mayo 7 de 1943.

Desde hace tres años sufre de disfagia, que no ha tenido en este tiempo ninguna interrupción, pero si días menos malos que otros. La disfagia es para todos los alimentos, inclusive para los líquidos y es mayor cuando estos últimos son fríos. Regurgita los alimentos durante el día de manera muy variables; pero por la noche, al acostarse, prácticamente siempre vomita; porque siente el contenido del esófago que se viene hacia arriba y le produce tos, sensación de asfixia, náusea y vómito. Abundante salivación espesa. El estado general es bueno y a pesar de que se ha enflaquecido, tiene inclinación a la obesidad.

#### Examen radiológico N° 1.385.

En el esófago se aprecia una abundante cantidad de líquido, estando la paciente en ayunas, con la ingestión del bario se ve este órgano muy dilatado. El medio de contraste se detiene en el cardias, en donde se aprecia una estrechez de forma infundibular y de contornos muy regulares, y sólo pasa al estómago una pequeña cantidad y cuando la columna líquida alcanza la altura del tercio superior del esófago torácico.

Este examen demuestra claramente que la causa de la disfagia es una achalasia del cardias.

Al día siguiente se le practicó la primera dilatación con las bujías de Hurst. El paso por el cardias fue difícil, pues, opuso bastante resistencia.

Es de notar que en el esófago había una abundante cantidad de líquido, estando la paciente en ayunas, y lo que es más impor-

tante todavía, se encontraba bario del tomado 24 horas antes y en cantidad bastante grande.

Desde el 8 de mayo hasta el 11 de septiembre se le han practicado doce dilataciones. La enferma ha mejorado, pero en ella no se ha logrado una compensación durable de la achalasia, pues no ha pasado más de tres semanas sin disfagia.

Me parece que es el caso de considerar la indicación de una intervención quirúrgica.

#### Observación N° 44.

M. M. Sexo: Femenino. Edad: 21 años. Soltera. Junio 21 de 1943.

Es natural de Vélez. En los antecedentes no hay nada importante. Hace cuatro años le comenzó la enfermedad por un dolor en la base del cuello, por encima del esternón, y este dolor le aparecía por las noches. Notó en seguida disfagia, y los alimentos se le detenían en el esófago y los vomitaba sin digerir pocas horas después de haberlos tomado. Se ha enflaquecido mucho y está anémica. La desnutrición ha llegado a un grado muy avanzado. En los pulmones no hay nada patológico. Taquicardia: 112 pulsaciones por minuto, y pulso débil. Le dan crisis de diarrea. Dismenorrea. Su psiquismo está muy alterado como consecuencia de la inanición y se le ha tomado por un temperamento histérico. Actualmente la disfagia es tal que no puede pasar ni líquidos y a pesar de que le habían administrado grandes dosis de medicamentos antiespasmódicos no se ha conseguido ninguna mejoría.

#### Examen radiológico N° 38.173.

El esófago contiene líquido y residuos de alimentos, que han permanecido en su interior por más de doce horas. El bario lo llena completamente hasta el cardias y permite ver que el esófago está considerablemente dilatado y que sus paredes son atónicas. El medio de contraste pasa por el cardias muy lentamente y sólo cuando la columna líquida alcanza cierta altura. La luz del cardias es muy estrecha y de contornos regulares.

Este examen demuestra una achalasia del cardias.

Junio 22. Se le practicó una dilatación con las bujías de Hurst. y desde esta dilatación la paciente no volvió a tener vómito.

Junio 26. Se le hizo una nueva dilatación. La paciente sigue mejor.

Julio 3. No sufre ningún síntoma, ha aumentado de peso y su psiquismo ha cambiado. Se le practicó la última dilatación. El examen radiológico mostró una mayor facilidad para el paso del bario por el cardias.

## IX

*Hernia Diafragmática del Estómago a través del Hiatus Esofagiano.*

Esta afección no es muy rara y a medida que los estudios radiológicos se han venido haciendo con más minuciosidad se la encuentra más a menudo. Los radiólogos y cirujanos Norteamericanos le vienen dando una gran importancia a este tema en los últimos años.

Del análisis de los síntomas que han presentado los pacientes que han tenido estas hernias se ha esbozado un cuadro clínico; pero este sólo permite sospechar la presencia de la hernia; la seguridad sólo puede darla el examen radiológico. Hay individuos que no presentan ningún síntoma; en otros los síntomas simulan diferentes enfermedades de los órganos abdominales o del tórax, tales como, colelititis, litiasis vesicular, úlceras gástricas o duodenales, hiperclorhidria, anemia secundaria, enfermedad del corazón, especialmente crisis anginosas y estrechez del esófago. Muchos de los pacientes han sido operados con la idea de alguna de las afecciones anotadas. Las hematemesis son frecuentes en los casos de hernia y su causa es la gastritis o una úlcera péptica de la porción herniada del estómago.

La estenosis fibrosa en la unión esófago-gástrica se asocia con frecuencia a la hernia a través del hiatus diafragmático, y es la causa de la disfagia. Esta es la consecuencia de un proceso inflamatorio o de ulceraciones de esta región.

El estómago casi siempre es la única víscera que se hernia y va pasando de manera progresiva a la parte posterior del mediastino.

El examen radiológico es indispensable para el reconocimiento de las hernias a través del hiatus esofagiano. Muchas de ellas se pueden demostrar al hacer el examen con el paciente en posición vertical; sin embargo en posición horizontal se ven mucho mejor, especialmente si son pequeñas. El paciente debe examinarse en posición ventral, dorsal, y a veces en posición de Trendelenburg.

Pocas veces se puede ver una masa fusiforme, de contornos regulares, situada en la parte inferior del mediastino. Esta sombra es la imagen de los tejidos blandos de la hernia y esto se aclarará completamente al hacer que el paciente tome el medio de contraste.

Ya cuando el paciente ha tomado la suspensión acuosa de bario se ve la estrechez del cardias por encima de la porción del fundus gástrico que está herniada. Esta se ve constituida por una bolsa más o menos grande, los pliegues de su mucosa son idénticos a los de la mucosa gástrica y presenta una constricción más o menos no-

toria en el sitio del hiatus diafragmático. Algunas veces el aire de la cámara gástrica se encuentra en la porción herniada y por su contraste ofrece una buena representación de ésta.

Las hernias se pueden clasificar en dos tipos, que sólo se diferencian por su grado. En el primero la extremidad inferior del esófago está por debajo del diafragma, pero el estómago se ha herniado hacia arriba, pasando a través del hiatus al lado del esófago. Este tipo se denomina hernia para-esofagiana. En el segundo tipo se encuentra un esófago de longitud normal, pero con su extremidad inferior elevada por encima del diafragma, y la porción del estómago que se ha herniado es más grande que en el primer tipo.

En algunos casos, particularmente cuando existe fibrosis en la unión esófago-gástrica, el esófago no tiene una longitud normal pero por ésto es difícil concluir que era congenitalmente corto. La fibrosis puede ser la causa de acortamiento del esófago. Por esto a veces es difícil distinguir la hernia, del estómago intratorácico, debido a un esófago congenitalmente corto. También debe distinguirse de la dilatación de la porción terminal del esófago; esto se logra por el aspecto de los pliegues de la mucosa y por medio de la esofagoscopia.

La representación radiológica de las úlceras que pueden existir en la porción del estómago que se han herniado es difícil y cuando se logran ver sus nichos aparecen como "nichos de frente", bajo la forma de una mancha redondeada de bario, y los pliegues de la mucosa pueden dirigirse hacia ella.

En los casos en que existe fibrosis en la unión esófago-gástrica se verá este sitio estrechado; habrá dificultad para el paso de la suspensión de bario, y el esófago se hallará dilatado. La demostración de la longitud del esófago es de gran importancia, en primer lugar, porque de ella depende la técnica quirúrgica que se deba seguir, y en segundo lugar, para separar de las hernias los casos de estómago intratorácico, debidos a un esófago congenitalmente corto. Sobre esto debe tenerse en cuenta lo que ya he anotado al referirme a la fibrosis del cardias.

Cuando existe estrechez en la unión esofagogastrica deben practicarse dilataciones progresivas bajo el control esofagoscópico. Estas dilataciones constituyen un excelente tratamiento; se termina con los fenómenos de disfagia y ayuda a la cicatrización de las úlceras, cuando existen en esta región. En dos de los pacientes que he tratado así, el resultado ha sido excelente. En el examen esofagoscópico se ve la parte inferior del conducto esofagiano más o menos dilatada y hacia su terminación aparecen signos de inflamación de la mucosa. Si existe estenosis del cardias se encuentra una estrechez anular y muy dura, que puede disminuir la luz del conducto a unos pocos milímetros. La mucosa se ve muy inflamada y oca-



sionalmente está ulcerada. Las úlceras son generalmente planas; en el caso de la observación N° 46 tenía unos bordes gruesos y exuberantes, sin que histológicamente se vieran signos de degeneración maligna.

*Hernia del Estómago a través del Hiatus Diafragmático del esófago.*

Observación N° 45.

S. A. Sexo: Masculino. Edad 58 años. Septiembre 3 de 1942.

Dice que desde hace unos 20 años comenzó a sufrir dolores epigástricos, que eran tardíos en relación con las comidas. Hace 5 años fue operado y le practicaron una gastro-enterostomía, como tratamiento de una estenosis pilórica, porque el enfermo vomitaba con mucha frecuencia. Después de la operación siguió bien hasta hace un año cuando se inició una disfagia. Esta no es permanente y consiste en que cuando está comiendo siente una obstrucción hacia la parte inferior del esófago y regurgita los alimentos inmediatamente. Hay intenso dolor epigástrico, bastante alto y por debajo del reborde costal, que se alivia al hacer presión en el epigastrio. El dolor se irradia a la espalda. No ha tenido hemorragias.

El estado general es bueno.

Examen radiológico N° 37.131.

El bario desciende normalmente por el esófago hasta llegar a lo que debe ser su tercio inferior, aquí se detiene y pasa lentamente para ir a llenar una bolsa en donde se ven pliegues de mucosa gástrica. El sitio angosto del esófago corresponde al cardias y se puede descartar la hipótesis de un neoplasma en este sitio.

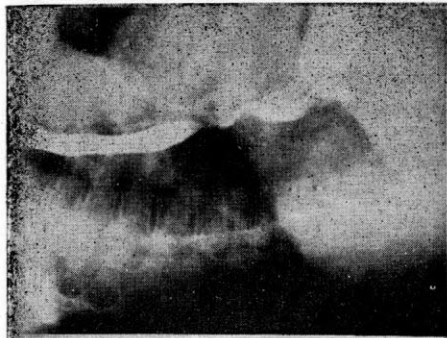
El estómago es de tamaño, y forma normales. El bario sale del estómago por la boca anastomótica, que está bien colocada y es de buen tamaño, y también por el píloro. No existe ninguna úlcera péptica gastro-yeyunal. En el duodeno no se ve ninguna deformación.

Este examen demuestra la existencia de una hernia del estómago a través del haitus esofagiano del diafragma. La disfagia es producida por la disminución del calibre en la unión esófago-gástrica.

Se le practicó a este enfermo una dilatación de la región del cardias, que oponía una resistencia fibrosa al paso de la bújia dilatadora. Después de esta primera dilatación se acabó la disfagia y el dolor. Una semana más tarde se practicó una nueva dilatación. Ha transcurrido un año, el paciente se ha presentado periódicamente para inspección, y no ha vuelto a presentar ningún síntoma.

Observación N° 46.

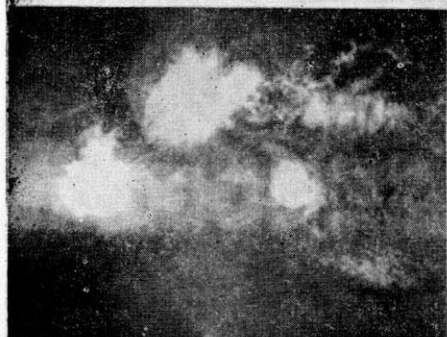
A. R. Sexo: Masculino. Edad: 39 años. Noviembre 12 de 1942.



06-146



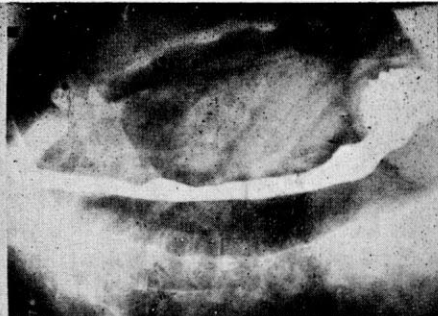
06-145



06-145



06-145



06-149



06-148



06-147



06-147

Desde hace 8 años sufre de un dolor en la parte alta del epigastrio y por detrás de los últimos cartílagos costales, izquierdos, con irradiación hacia la parte media de la espalda. El dolor aparece especialmente después de las comidas. Ha tenido épocas hasta de un mes y medio sin dolor. Tiene disfagia, especialmente para los alimentos sólidos, como la carne, que siente se le detiene en la parte inferior del esófago. Varias veces la disfagia ha llegado a no dejarle pasar ni agua y así dura hasta por cuatro días. Cuando la disfagia es muy grande regurgita todos los alimentos inmediatamente después de comerlos. No ha tenido hemorragias. Se ocupa en trabajos del campo y ha alzado carga (1).

#### Examen radiológico N° 37.335.

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

El bario desciende normalmente por el esófago hasta su terminación; pero esta se encuentra a unos seis centímetros por encima del contorno del diafragma izquierdo y una parte del estómago es intratorácico. El bario pasa lentamente al estómago, pues el cardias está estrechado y forma un canal angosto de un centímetro de longitud. El estómago es de tamaño y forma normales; pero se ve desviado hacia la derecha, debido a la presión que sobre él ejerce el bazo, que está muy aumentado de tamaño. No existe ninguna deformación en las paredes gástricas. Las contracciones peristálticas son enérgicas y la evacuación se hizo normalmente durante el examen. En el duodeno y en las ansas del yeyuno no se ve nada anormal. El hígado está bastante aumentado de tamaño.

Este examen demuestra la presencia de una hernia del estómago a través del hiatus esofágico.

#### Esofagoscopia:

En la terminación del esófago se encuentra, en su cara posterior, una ulceración bastante grande. La ulceración es superficial, pero en la parte inferior tiene un borde muy grueso y levantado. El cardias es muy estrecho. Lo dilaté pasando las bujías Nos. 18, 20 y 22. Tomé unos fragmentos del borde elevado de la ulceración para su examen histológico.

#### Protocolo quirúrgico N° 5.

Descripción macroscópica: Recibidos cuatro fragmentos de tejido grisáceo.

Descripción microscópica: En los cortes se observa una masa de tejido desprovisto de estructura histológica. Las células son de contornos irregulares y la mayoría están desprovistas de núcleo. Se encuentran algunas células en kariolisis o kariorrexis. Numerosos polinucleares, especialmente eosinófilos, se encuentran en el

tejido necrótico. También se encuentran numerosos haces de fibras musculares lisas, bastante alteradas.

Conclusión: Se trata de fragmentos de tejido, que han sufrido la necrosis albuminoide.

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

Bajo control esofagoscópico se dilató progresivamente el cardias, y en total se le hicieron seis dilataciones, desde el 14 de noviembre de 1942 hasta el 1º de abril de 1943. La disfagia desapareció desde las primeras dilataciones; el dolor fue disminuyendo progresivamente; la ulceración, al final del tratamiento, era más pequeña. El resultado del tratamiento fue muy satisfactorio (1). Anemia, Hematíes 2.300.00 por mm. En la sangre se encuentra el plasmodium vivax. El bazo está enormemente aumentado de tamaño, llega hasta la fosa ilíaca, y es muy duro.

Observación Nº 47.

A. B. Sexo: Masculino. Edad 26 años. Mayo 4 de 1942.

Hace 2 años y medio sufre de dolor epigástrico, que es particularmente intenso dos o tres horas después de las comidas y entre las tres y las cuatro de la mañana. Ocasionalmente tiene vómitos alimenticios. Hay pirosis. Anorexia. Constipación. El estado general es bastante bueno. La orina es normal. No hay sangre oculta en las materias fecales.

Azohemia 0,32 gramos por mil.

Examen radiológico Nº 36.333.

El esófago se encuentra dilatado, especialmente en su extremidad inferior y el bario penetra lentamente al estómago. El cardias y una parte de la tuberosidad mayor del estómago aparecen herniados hacia el tórax, a través del hiatus esofágico. En las paredes gástricas no se ve ninguna deformación. Los movimientos peristálticos son muy activos y la evacuación se hizo normalmente durante el examen. El duodeno es enteramente normal.

Como se ve, existe una hernia del estómago por el hiatus esofágico, con dilatación del esófago, y sin mayor estenosis en la unión esófago-gástrica.

Del 21 de febrero de 1943 al 20 de mayo se le practicaron cinco dilataciones del cardias. No se consiguió sino una disminución en la frecuencia de los vómitos: pero el dolor, que era particularmente intenso, persistió lo mismo que antes de las dilataciones.

Observación Nº 48.

N. N. Sexo: Femenino. Sexta década de la vida. Julio 8 de 1943.

Desde hace tres años sufre de una disfagia, especialmente para los alimentos sólidos, que ella siente se le detienen en la parte in-



ferior del esófago y le producen náuseas y vómito; pero nunca ha vomitado los alimentos y las regurgitaciones están compuestas únicamente por saliva. Esta disfagia ha tenido épocas de mejoría y de agravación. En este tiempo le ha dado con mucha frecuencia e intensidad. En varias ocasiones había sido examinada radiológicamente y no hay informe de que le hubieran encontrado la hernia, claro que entonces no había síntomas de disfagia.

Examen radiológico N° 1.592. En el examen radiológico del esófago se demuestra claramente la presencia de una hernia del estómago a través del hiatus diafragmático. La porción herniada del estómago tiene unos cuatro centímetros de longitud, en ella se aprecian claramente los pliegues de la mucosa gástrica y no se reduce estando la paciente en posición vertical. El cardias está estrechado y es esto lo que ocasiona la disfagia. En el resto del esófago no se encuentra nada anormal.

Intenté practicarle a esta paciente una dilatación de la unión esófago-gástrica, pero por circunstancias especiales no fue posible.

#### *Dilatación de la Porción Terminal del Esófago.*

Observación N° 49.

B. L. Sexo: Femenino. Edad: 58 años. Septiembre 17 de 1942.

Hace unos pocos días, y sin que mediara ningún antecedente especial, sintió un intenso dolor retro-esternal. El dolor aumenta con la ingestión de los alimentos y ha tenido regurgitaciones.

Reacciones de Wassermann y de Kahn negativas.

Examen radiológico N° 37.178.

En el exámen fluoroscópico del tórax no encontré nada especial en los campos pulmonares y el Corazón y la aorta tenían su aspecto normal.

En el esófago únicamente llama la atención una dilatación de su porción terminal, el aspecto de los pliegues de la mucosa es normal y no hay dificultad para la deglución. En el estómago no hay nada patológico.

#### *Referencias.*

Buckstein Jacob.—Clinical Roentgenology of the Alimentary Tract Saunders, 1940.

Cler L. H. and Putney F. J. — Progress in Otolaringology. Aech. of Otol. Apr. 1939.

Clerf L. H.—Foreing bodies in the air and food passages. Surg. Gyn. and Obst. Feb. 1940.

Collins E. — Dysphagia: Causes, Differential diagnosis and Treatmen. Medical Clinics of North America, Mar. 1940.



Harrington Stuart W.—Roentgenologic considerations in the diagnosis and treatment of diaphragmatic hernia. Am. Jour. Roent. and Rad. Vol. 49.

Hurst Arthur F.—Some disorders of the esophagus. J. A. M. A. F. 1934.

Jackson Chevalier et Jackson Chevalier L.—Hernie diaphragmatique de l'estomac a travers l'hiatus oesophagien. Aspects oesophagoscopiques ete gastroscopiques.

Bulletin de l'Association des Medecins de Langue Francaise de l'Amerique du Nord. Vol I, 1935.

Jackson Chevalier and Jackson Chevalier L. — Bronchoscopy Esophagoscopy and Gastroscopy. Saunders Third edition. 1934.

Jackson Chevalier L. — The treatment of Cardiospasm. Sep. 1939.

Lahey Frank H. — Divertículos del esófago. Arch. Surg. Nov. 1940.

Lendrum Frederick C.—Anatomic features of the cardiac orifice of the stomach, with especial reference to cardiospasm. Arch. of Internal Medecine, Mar. 1937.

Sahlerand Otto D.—Bleeding in hiatus hernia. Am. You. Roent. and Rad. Apr. 1943.