

H. IBÁÑEZ CASTRO

Anotaciones sobre Patología del Esófago

La actualidad alcanzada por este tema en los últimos meses entre nosotros, especialmente después de la benéfica misión médica americana que nos visitó, en los últimos meses del año pasado, encabezada por el profesor Humphreys ante cuya técnica y habilidad quirúrgica quedamos gratamente sorprendidos, ha hecho que se despierte entre nosotros un loable deseo de superación y ha sido un estímulo favorable para el estudio de la patología de esta parte del tubo digestivo hasta hace tan poco tiempo en manos de los especialistas en órganos de los sentidos, pero afortunadamente reconquistada por la medicina general y encerrada muy acertadamente dentro de la especialidad de gastroenterología. Este el móvil de esta publicación que no pretende sorprender a nadie por su novedad, sino solamente recordar puntos no descuidados sino poco frecuentados en general.

El perfeccionamiento y regulación de las técnicas de endoscopia alcanzado en los últimos tiempos, lo mismo que en la radiología, permiten ahora un diagnóstico precoz de las enfermedades esofágicas; punto muchas veces fundamental para la vida del enfermo, ya que su diagnóstico tardío era causa fundamental de la malignidad alcanzada por éstas. La precisión en la descripción de las lesiones, la absoluta inocuidad de su exploración y la facilidad para la toma de biopsias, lo mismo, que las garantías ofrecidas por la técnica quirúrgica, hacen

que hoy sea posible el tratamiento dentro de un margen de mortalidad que si bien es todavía alto, se ha reducido notablemente para las zonas antes inaccesibles.

Ampula frénica

Estos casos se agrupan dentro del grupo descrito por Schatzki como trastornos del funcionalismo del esófago, en los cuales se encuentra también el llamado esófago rizado; con el que recibe el nombre de "ampula frénica". En estos casos se invocan etiologías diferentes, pero en todo caso se reconoce que no están ligadas a lesión orgánica alguna.

De acuerdo con lo establecido y admitido por la fisiología, en la actualidad, para la progresión del bolo alimenticio en el esófago y su llegada hasta el estómago, intervienen dos factores principales; la fuerza de gravedad y el peristaltismo del órgano. La primera de ellas queda descartada, cuando se hace ingerir en posición acostada o en Trendelenburg; los estudios radiológicos practicados en estas circunstancias, dejan ver de una manera clara, cómo el segmento inferior se dilata para permitir el paso del bolo mientras el superior se contrae hasta alcanzar así el estómago; en las posiciones dichas cuando el esófago queda abandonado a sus propios recursos, se observa que la progresión es mucho más rápida en la parte superior donde todavía alcanza la influencia de las fibras estriadas que en la inferior donde sólo existen lisas; mediante la ingestión de comidas de diferente consistencia, se puede también ver que esta velocidad es variable de acuerdo con la masa sobre la cual actúa este mecanismo.

Llegado el bolo a la extremidad inferior se produce un reflejo que hace que el cardias se dilate para permitir el acceso al estómago; sin embargo en algunas circunstancias se aprecia que la posición del diafragma no carece de influencia en este sentido, y que por la contracción del mismo, en inspiración forzada o mediante la maniobra de Valsalva, la progresión del bolo se detiene produciendo muchas veces una onda antiperistáltica que llega hasta determinar una regurgitación, mecanismo estudiado por Mosher en la patogénesis del cardio-espasmo.

Todo esto para explicar la manera de producción posible, en estos casos, de una dilatación en el segmento terminal del esófago, que queda comprendido entre una onda peristáltica descendente y una contracción del cardias, lo cual ha sido designado con el nombre de "ampula frénica"; en donde tampoco puede ser descartado de una manera definitiva un trastorno del mecanismo neuro-muscular que rige esta dilatación refleja del cardias.

Hernia diafragmática

La hernia diafragmática puede ser definida como el paso a la cavidad torácica, a través del diafragma de algunas vísceras de la cavidad abdominal.

La primera descripción que se conoce fue tal vez hecha por Paré en 1610, se refería a dos casos traumáticos; después las descripciones de estos casos han ido aumentando a medida que los medios de diagnóstico se perfeccionan; con el advenimiento de los rayos X se ha venido a demostrar que estos casos son mucho más frecuentes y sobre todo que en muchas ocasiones son perfectamente asintomáticas y pasan inadvertidas, especialmente cuando son congénitas y pequeñas.

Se han clasificado de diferente manera; según Richards en verdaderas cuando tienen saco y falsas sin él, a su vez cada una de ellas en traumáticas y no traumáticas, congénitas o adquiridas. Parecida clasificación hace Harrington.

Otra manera de agruparlas se ha descrito por el sitio en donde se encuentran y así se habla de anteriores, en las inserciones anteriores del diafragma en el esternón; coxales por falta de soldadura de los haces musculares que forman el diafragma; posteriores por la misma circunstancia; esofágicas, las más frecuentes por falla o dilatación de este agujero normal del músculo y por último otras mucho más raras, en los agujeros de paso de los nervios a través del diafragma.

En el adulto la mayoría de ellas se producen a través del hiato diafragmático esofágico y son las no traumáticas que fueron clasificadas por Akerlund en:

I. Esófago corto congénito, que produce el llamado estómago torácico.

II. Hernia del hiato para-esofágico, en estos casos la parte inferior del esófago permanece normal y la parte superior del estómago pasa a través del hiato.

III. En este caso la parte inferior del esófago y el estómago se prolapsan a través del hiato muscular.

Tiene el inconveniente de incluir el esófago corto que en realidad no pertenece a este caso, pero que de acuerdo con la clínica comprende las tres variedades de estómago torácico que estrictamente no necesitan ser diferenciadas.

Es probable que en la producción de las hernias diafragmáticas, considerando estrictamente las formadas a través del hiato esofágico, contribuyan una debilidad congénita de este o un defecto en su desarrollo, o bien la debilidad constitucional de las fibras en este punto; pero también puede suceder que a pesar de estas circunstancias no se pre-

sente la hernia durante toda la vida, y en tal caso es necesario admitir que para que se produzca es indispensable un móvil desencadenante, como marcado aumento de la presión intra-abdominal o torácica o traumatismo, ascitis, embarazo, vómitos muy fuertes, megacolon o ejercicios físicos exagerados.

La pérdida de tejido conjuntivo y la falta de elasticidad de las fibras en el hiato son según Schatzki, motivos para el desplazamiento de las fibras diafragmáticas y la formación de estas hernias, de ahí que se produzcan especialmente en personas obesas de edad o que han enflaquecido notablemente. A su vez von Bergman opina que la contracción de las fibras longitudinales del esófago que producen la elevación del estómago en el curso de enfermedades abdominales diversas son las responsables de prolapsos intermitentes a través del hiato.

Estas hernias se producen siempre del lado izquierdo, puesto que en el lado derecho el hígado presenta una gran resistencia y protección para las vísceras abdominales. Respecto a la presencia o no de saco en estos casos, algunos admiten que siempre se encuentra una cubierta formada a expensas del peritoneo diafragmático; este aparece en el mediastino posterior, encontrándose por fuera de la cavidad pleural; sin embargo en los casos congénitos por falta de soldadura completa durante la separación de las dos cavidades en la vida embrionaria, las cuales son incompatibles con la vida, pues los niños en tales condiciones generalmente mueren en corto tiempo, no se encuentra este saco y de ahí que sean llamadas falsas hernias; de otra parte las traumáticas en general siempre tienen saco, es decir que estas serían las únicas verdaderas.

De acuerdo con la teoría de von Bergman las hernias intermitentes o deslizamientos, serían mucho más frecuentes que aquellos en que los órganos permanecen por encima del diafragma; es decir que en la mayoría de los casos se trata de estómagos fijos y el menor número es el debido a esófago corto; de todas maneras se trata de verdaderas hernias.

Sólo se deben esperar manifestaciones clínicas en estos últimos casos y no en los otros donde estas condiciones son pasajeras o en las muy pequeñas que se pueden hasta cierto punto considerar como fisiológicas, según Schatzki.

Estenosis extrínsecas

Considerando que el esófago es un órgano que tiene un largo trayecto, en el cuello y en el mediastino posterior, durante el cual se pone en relación con diferentes órganos susceptibles de modificar su tama-

ño, es lógico suponer que puedan producirse compresiones de él en cualquiera de estos sitios. Sin embargo las estenosis llamadas extrínsecas son raras, dos casos en 100 según Guisez, de todas maneras podrían ser más frecuentes pero se manifiestan poco probablemente por la gran movilidad del órgano lo cual lo hace defenderse en estos casos.

En el cuello el esófago puede ser comprimido por el cuerpo tiroides y accesoriamente por tumores, de la laringe, de la tráquea, masas ganglionares y excepcionalmente por un divertículo lleno de alimentos o un absceso retrofaríngeo.

Tratándose del cuerpo tiroides, en el coto simple, es raro que se produzca la compresión salvo el caso de un tumor retro-esofágico o anular, aunque no es del todo extraño ver un lóbulo hipertrofiado insinuarse por detrás entre la tráquea y el esófago.

En los casos de cánceres del tiroides la disfagia se presenta como signo tardío. "El esófago escapa más frecuentemente que la tráquea a la estrechez neoplásica". Berar y Dunet. No se deja comprimir sino mucho tiempo después de la tráquea y es rara su invasión, cuando presenta trastornos es más por adherencias que por compresión, de tal manera que la disfagia es siempre posterior a los fenómenos de disnea.

La disfagia en estos casos tiene caracteres particulares, un día es intensa y al siguiente apenas sí se nota, lo cual ha hecho pensar que se trata de espasmos producidos por irritaciones nerviosas más bien que por ataque directo de modo que en estos casos los enfermos pueden ser perfectamente alimentados por medio de sondas y la esofagoscopia puede ser practicada fácilmente. La invasión se traduce por regurgitaciones estriadas de sangre y en estos casos la esofagoscopia y la biopsia están contraindicadas.

En el trayecto torácico el esófago es sumamente móvil y escapa fácilmente a la compresión tanto que en ocasiones sorprende lo que es capaz de soportar sin manifestaciones mayores; solamente después cuando las adherencias lo fijan, empieza a sufrir la compresión.

Las causas son múltiples pero es la aorta la que domina el cuadro de ellas, sea por enfermedades adquiridas o por malformaciones congénitas. En las compresiones patológicas, la disfagia que se presenta es generalmente poco dolorosa y los trastornos pueden más bien ser atribuidos a fenómenos espasmódicos por la estasis esofágica y a reflejos nerviosos; lo mismo pueden distinguirse dos clases de disfagias en estos casos: la producida por el saco dilatado del vaso y la producida por la aortitis consecutiva que origina reflejos.

Las producidas por malformaciones congénitas de los vasos son

numerosísimas pero más como curiosidades anatómicas descubiertas después de autopsias y poco frecuentes como casos clínicos. Para llegar a un diagnóstico de estos es necesario comprobarlo primero a los rayos X y a la endoscopia y no concluir afirmativamente sino después de descartar todas las lesiones posibles en un detenido y prolijo diagnóstico diferencial.

Después de las enfermedades de la aorta siguen por orden de frecuencia los tumores del mediastino, adeno-sarcomas, linfadenia, adenopatías tuberculosas, sifilíticas o neoplásicas, las lesiones del corazón, dilatación de la aurícula izquierda, para lo cual se ha descrito últimamente un método de diagnóstico de las afecciones del corazón por la ingestión de bario y la observación radioscópica de las pulsaciones del esófago; otras causas son los tumores de la columna vertebral tumores malignos o benignos, mal de Pott, otras causas pueden ser de origen pulmonar, tumores abscesos, cáncer, calcificaciones pleurales, o bien, los tumores intratraqueales. En cuanto concierne a compresiones por malformaciones de la columna vertebral se trata más bien de desviaciones que de compresiones.

El tratamiento en estos casos se reduce a tratar de mejorar la enfermedad primitiva. A este respecto dice Chevalier Jackson: "En toda estenosis por compresión de esófago mediastinal en el adulto, es conveniente la administración yoduro de potasio o de mercurio. Siguiendo este consejo se podrán obtener algunas curaciones; yo he visto casos".

Megaesófago

La historia de las grandes dilataciones, llamadas primitivas, del esófago se confunde con la del cardioespasmo crónico. Por su frecuencia ocupan hoy el segundo lugar después de los neoplasmas; pero esto no fue así siempre; el perfeccionamiento de los medios de diagnóstico en los últimos años, especialmente la radiografía, han hecho que sus descripciones aumenten considerablemente, haciendo abandonar algunas teorías sobre su producción y dando motivo al nacimiento de otras.

La multiplicidad de las denominaciones y el número de teorías dan idea de la incertidumbre que todavía existe al respecto. "Su número atestigua su insuficiencia, dice Terracol".

Su cuadro está bien establecido y sus caracteres son clásicos, no así su patogenia que es todavía objeto de controversia, y de ahí que las denominaciones tampoco hayan logrado ponerse de acuerdo; esto da idea de la ignorancia que reina todavía al respecto. Se le han dado

los nombres de cardioespasmo esencial, megaesófago, dilatación idiopática, acalasia y otros. El congreso IX de la sociedad internacional de cirugía estableció como definitiva la denominación de mega-esófago en 1932; sin embargo, se encuentran aún autores tan autorizados como Bockus, que emplean el nombre de cardioespasmo y Terracol para no prejuzgar nada, de una manera ecléctica, lo llama dilatación idiopática. Nosotros de una manera más ecléctica aún, creemos que todas las denominaciones tienen razón en presencia de uno u otro de los casos; por ejemplo en uno de los casos que observamos se puede apreciar un espasmo del cardias sin dilatación muy grande que lo mismo que el de la tuberculosis donde hay trastornos de la deglución y relativo espasmo, sin dilatación tampoco, al paso que en los otros dos, se encontraba una enorme dilatación con perfecto funcionamiento subjetivo del cardias hasta el punto de no haber sido uno de ellos descubierto sino por casualidad.

Todos los puntos se han prestado a discusiones: si existió primero la dilatación que el espasmo o si por el contrario, ésta es consecuencia de aquél; o bien si una y otro son debidas a lesiones previas como ulceraciones que traen una parálisis de defensa, caso que se ha encontrado con frecuencia; teorías hay que contemplan el espasmo del diafragma como probable etiología, etc. Un conocimiento perfecto de la naturaleza en la cual se produce la dilatación y el espasmo del esófago contribuiría sin duda a la aclaración de su patogenia, desgraciadamente es imposible conocer el estado previo a la causa que viene a producir estos trastornos, de ahí que todas las teorías pueden ser posibles y este el motivo para que les pasemos una revista rápida, tanto a ellas, como a los factores diversos que pueden intervenir en el desarrollo del mega-esófago.

Sexo. Parece que no tiene mayor influencia aunque Guisez y Neumann han encontrado predominancia de hombres, otros por el contrario creen lo inverso, de modo que no debe darse mayor valor a esto.

Edad. Se manifiesta generalmente entre los 25 y los 35 años pero puede encontrarse también en el anciano y en el niño lo cual lleva a algunos a decir que los casos de adultos, son sólo la agudización de estados congénitos.

Terreno. Punto éste de la mayor importancia pues parece ser que éste es en realidad el responsable de esta clase de enfermedades. Al efecto se admite que el mega-esófago se desarrolla especialmente en personas con algunos trastornos neuro-vegetativos y así se dice que las primeras manifestaciones las experimentan con ocasión de alguna gran emoción, y lo que en individuos normales no sería capaz

de producir nada, es en ellos causa de grandes trastornos. En otras ocasiones se trata de enfermos con mal funcionamiento endocrino; puede igualmente producirse en los niños, como manifestación de la espasmofilia y de perturbación en el metabolismo cálcico, lo cual actuaría por intermedio del sistema nervioso; y en fin, podría tratarse de simples manifestaciones de enfermedades alejadas como lo admite Cushing en el caso de tumores del cerebelo; lo mismo que sucede con ciertas úlceras pépticas; etiología perfectamente admitida y de la cual hemos tenido ocasión de observar un caso.

Causas locales

Son las más importantes, pues aunque en sí mismas no son capaces de provocar estrechez del esófago, sí lo son como adyuvantes o desencadenantes, o se pueden encontrar en el origen de estas estrecheces. Son ellas de dos órdenes: I. Intrínsecas. II. Extrínsecas.

Entre las primeras consideramos diversas lesiones que pueden actuar sobre una o varias de las tónicas del órgano y que son:

1º Traumáticas. Estas causas son, para algunos, las que actúan produciendo un desequilibrio nervioso; para otros actúan sólo de manera indirecta por la emoción que producen y que revela la lesión preexistente. Especialmente se refiere esto a los traumatismos alimenticios; un bolo demasiado grande, un fragmento de hueso, pueden por sí mismo o por la pequeña herida que causan producir un espasmo, de la musculatura cardíaca que produce una ligera dilatación, viniendo después a establecerse un círculo vicioso.

2º Inflamatoria, banal o específico. Una pequeña inflamación de cualquier causa puede ser motivo de una esofagitis y de un espasmo más o menos importante. A este respecto pueden invocarse casi los mismos motivos que en los casos de estenosis cicatricial; se han visto casos en los cuales enfermedades infecciosas comunes son capaces de producir esofagitis, tales como la escarlatina, la fiebre tifoidea o la difteria.

La sífilis; aunque las lesiones específicas en sí mismas no son causas frecuentes, especialmente en las adquiridas, sí se encuentra, con mayor frecuencia en las congénitas actuando por un mecanismo similar al que produce alteraciones pupilares, es decir por intermedio del sistema nervioso.

La tuberculosis es muy poco admitida en estos casos, y en realidad las lesiones localizadas de este tipo se encuentran raras veces pero creemos que por medio de adherencias o de reflejos no debe ser tan rara.

3º Tóxicas. Los envenenamientos crónicos serían los responsables como en el caso de los cólicos del saturnismo, de espasmos esofágicos, pero son muy raros.

4º Tumores y ulceraciones. El cáncer puede suceder que tenga como manifestación inicial un espasmo reflejo y aun llevar hasta la dilatación secundaria, de ahí que no deba hacerse fácilmente el diagnóstico de dilatación o espasmo idiopático, ya que la causa verdadera en estos casos, sobre todo cuando se trata de tumores submucosos, puede fácilmente escapar a los exámenes más minuciosos radiológicos o endoscópicos. El mismo mecanismo de reflejo puede complicar las ulceraciones de cualquier causa que ellas sean, por cuerpos extraños o por ulceraciones pépticas del esófago, de causa aún oscura; las llamadas úlceras ectópicas en las cuales podría ser que actuara la acidez gástrica regurgitada repetida y prolongadamente, lo cual hace que se encuentre con mayor frecuencia localizada en la cara posterior.

Casos se han encontrado también, en los cuales se tachaba de estenosis esencial o de dilatación idiopática lo que no era otra cosa que retracciones cicatriciales secundarias a inflamaciones banales o a otras causas que habían pasado desapercibidas en su principio.

Causas extrínsecas

Al contrario de las causas locales que en ocasiones pueden ser descubiertas por la endoscopia, como responsables de estenosis espasmódicas las extrínsecas escapan completamente a esta clase de exámenes, pero la curación que sobreviene a su eliminación, confirma su papel. Con Bons podemos agruparlas en tres categorías.

1º Lesiones diafragmáticas. Toda lesión de los pilares del diafragma especialmente del izquierdo sobre el cual se apoya la porción oblicua del esófago, puede resultar en una dificultad del tránsito en este sector, a la cual puede sumarse o no un espasmo; lo mismo puede decirse de los casos con adherencias y de aquellos en que una reacción inflamatoria local, por ataque a la pleura o al tejido privisceral dificulta el funcionamiento de este punto del diafragma.

2º Lesiones subdiafragmáticas. Estas pueden interesar cualquiera de los órganos en relación directa con el esófago, como el hígado, bazo, estómago o peritoneo.

Al hígado da un gran valor Mosher en el mecanismo de estos trastornos y dice que ellos están condicionados por el funcionamiento del diafragma el cual durante la expiración cierra el paso y al contrario al bajar en la inspiración queda abierto y permite el paso; en los

casos de hepatomegalia el esófago quedaría comprimido entre éste y la columna vertebral impidiendo el funcionamiento del cardias.

El bazo aumentado de volumen o atacado de peresplenitis podría ser causa también de compresión o irritación del esófago abdominal.

Peritonitis y tejido celuloso periesofágico. Todavía se duda acerca del papel que podría jugar el peritoneo en los casos de espasmos; pero un caso observado para el presente trabajo, que no deja duda al respecto y que puede asegurarse que tanto el peritoneo como el tejido perivisceral son capaces de producir un espasmo que en primera instancia se achacaría a otra causa.

Estómago. Es lógico admitir que lesiones de este órgano, especialmente las localizadas en la pequeña curva o en la vecindad del cardias, dificulten su funcionamiento; de la misma manera las gastritis, aunque en una escala mucho menor, pueden ser responsables de estos espasmos. La aerogastria también actuaría no sólo por el mecanismo anterior sino produciendo una compresión de la porción abdominal contra el diafragma y su cierre por plegamiento. La ptosis gástrica pero no la producida por simple aumento del tamaño del órgano sino la caída de él, con modificación de la situación, actuaría por la tracción ejercida sobre el cardias.

Lesiones supradiafragmáticas. Estas pueden estar localizadas en el mediastino o en las pleuras y actuar por dos mecanismos igualmente lógicos y admisibles; sea por adherencias que producen curvas anormales del órgano o por irritación de los filetes nerviosos causando espasmos más abajo. Las lesiones aórticas es posible que fueran capaces de actuar en forma análoga: en todo caso estos mecanismos son mucho más raros, aunque admitidos y sostenidos especialmente por Mosher sobre todo en el caso de infección y adherencias pleurales encontradas en varios casos por él.

Vemos que las causas capaces de producir trastornos del funcionamiento esofágico son numerosas y es probable que muchas otras escapen aún al examen, de manera que en esta forma se restringe el campo de las llamadas al principio dilataciones diopáticas o esenciales y es necesario antes de formular una conclusión de esta naturaleza agotar todos los medios existentes de investigación y pensar en todas las causas posibles.

De otro lado se observa que en muchos casos se encuentran las lesiones conocidas como causantes de estos males conviviendo con funcionamiento perfecto del órgano y al mismo tiempo, trastornos graves en los cuales no es posible por ningún medio el descubrimiento de la causa que lo produce, de manera que la teoría mecánica sólo no bas-

ta, y es necesario convenir con que deben de existir otras causas exclusivamente neuromusculares que expliquen algunos de estos casos.

En este sentido existen aún otras teorías como la del espasmo en sí mismo como causante de estas enfermedades y ella hace asentar el trastorno motor en diferentes sitios bien sea en el diafragma admitiendo la existencia de fibras musculares comunes de uno a otro órgano que actuaría como esfínter estriado del cardias pero en este caso sería necesario admitir un espasmo localizado a estas solas fibras.

Otros quieren localizar el espasmo en el cardias mismo pero la constitución de este músculo no parece capaz de producir un trastorno de tanta importancia; entonces se dice que podrían ser las fibras superiores del estómago las responsables, explicación que tampoco es seductora por la misma objeción anterior de la constitución misma de estas fibras.

Y se llega así a admitir que el mal se encuentra de una manera extensa no en el orificio inferior del cardias pero tampoco en el superior sino en todo el segmento colocado por debajo del orificio diafragmático hasta dos o tres cms. más, es decir toda la porción terminal del esófago.

Pero la existencia del espasmo necesita aún una explicación, es decir, que en este debe tener una causa y se vuelve entonces a todas las anteriores incriminadas como espinas irritativas. Para otros el espasmo es la manifestación de un estado de neurosis o de un desequilibrio nervioso o sea de una psico-neurosis, lo cual no puede ser desechada de una manera definitiva y repetimos que puede ser la causa en algunos casos, sin tratar de decir que todo portador de un cardio-espasmo o de un megaesófago sea un psicópata (síndrome de Plummer Vinson).

O se trata según la teoría de Bard de una malformación congénita, lo cual es también posible ya que se ha encontrado el megaesófago infantil y especialmente en los casos en que se encuentra la dilatación como única manifestación sin obstáculo en el tránsito cardíaco, y sobre todo cuando viene acompañado de otras deformaciones como dice Correa Netto haber encontrado seis casos de megacolon en diez enfermos de mega-esófago, si bien es cierto que en estos casos hay la tendencia a achacarlos a deficiencias alimenticias especialmente en lo referente a las vitaminas (B1) según lo observado por Etzel en el Brasil.

En esta forma se debe admitir que el trastorno del sistema nervioso autónomo que rige en funcionamiento normal del esófago está lesionado.

Hay que recordar que para este funcionamiento son necesarias tres condiciones: 1.—El tono muscular que mantiene en posición el órgano. 2.—El peristaltismo y 3.—La abertura y cierre coordinados del cardias.

Todo este sistema está regido por un sistema nervioso autónomo dependiente del simpático y del neumogástrico, que tienen funcionamiento antagonista, pero único en tal forma que la lesión del uno repercute sobre el otro.

El simpático tiene bajo la dependencia el cierre del cardias en reposo y el tono muscular. El neumogástrico, a su vez, los fenómenos dinámicos: el peristaltismo y dilatación del cardias al paso del bolo. Se comprende que cualquier ataque sobre uno de estos sistemas en cualquiera de sus partes, filetes o centros sea responsable de una de éstas enfermedades. Así se encuentran causas de orden dinámico como en los desequilibrios neuro-vegetativos y de orden orgánico como pueden ser las lesiones de neuritis localizadas.

Hemos pasado una revista mucho más larga de lo que nos proponíamos hacerlo a las causas posibles de estos trastornos esofágicos sin tratar de establecer una como única responsable de ellos, repetimos que todas las teorías pueden ser verdaderas en uno u otro de los casos y que no pueden desecharse de una manera definitiva ya que hay casos que abogan por una y otra con iguales posibilidades de certeza.

Cáncer del esófago

Si tratáramos de considerar todos los puntos que son posibles en lo que al cáncer del esófago se refiere, sería trabajo para más de un tratado, así pues no nos extenderemos en lo que se refiere a causas predisponentes o adyuvantes siempre muy inciertas y de valor muy relativo como todo lo que se relaciona con el cáncer en general.

De todas maneras es necesario consignar que esta localización alcanza una gran frecuencia, pues el 5% de todos los cánceres son del esófago. La alta incidencia de esta enfermedad en algunas razas es posible que esté más bien en relación con sus costumbres que con un factor verdaderamente racial y de ahí se deduce que la influencia de las comidas calientes es un factor de importancia como predisponente por el estado de irritación constante que ocasiona, y se observa que es frecuente en los países donde se tiene la costumbre de tomar té varias veces al día; asimismo las estadísticas demuestran de una manera clara que el hombre es en general mucho más frecuente víctima de él que la mujer. En cuanto a edad se refiere, es como siempre para el cáncer, enfermedad de la edad avanzada, pero no por esto puede descartarse su presencia en una persona joven.

El sitio de elección en el desarrollo del cáncer es variable, según las estadísticas, pero parece que su localización predilecta son el tercio inferior (50%). 35% para el tercio medio y 15% para el superior. Sawerbruch dice que se encuentra con mucha frecuencia en el sitio de cruzamiento con los bronquios a su vez otros autores aseguran que están en relación con los estrechamientos fisiológicos del esófago.

Los dos tipos que se encuentran de manera constante al examen histológico son: el epiteloma y el carcinoma, siendo mucho más alto el número de epitelios que el de carcinomas. Todos los observadores están de acuerdo en que el adeno-carcinoma se encuentra más frecuentemente en el tercio inferior donde es más raro el epiteloma; que se puede a su vez, encontrar en cualquier otra parte.

Las formas que reviste pueden resumirse en tres principales:

1º La forma proliferante que avanza en el interior del conducto produciendo la estenosis temprana.

2º La forma ulcerativa que sangra fácil y abundantemente, produce anemia con gran frecuencia y da gran número de metastasis por vía sanguínea no causando por el contrario estrechez sino tardíamente.

3º La forma esquirrosa que tiende a crecer circularmente envolviendo el esófago para obstruirlo, produce además el acartonamiento de todas las paredes por infiltración; de aquí que en la toma de biopsias debe ser esto tenido en cuenta, para procurar que la lesión esté presente y no sólo la zona inflamatoria.

Comúnmente este cáncer es primitivo, pero puede ser también secundario por continuidad, cuando viene del estómago o de la faringe o bien por contigüidad si la lesión primitiva se encuentra en el mediastino o el pulmón.

Las lesiones son generalmente únicas pero casos se han visto donde se encontraban dos lesiones primitivas en distintos sitios. Cuando se localiza en la porción inferior está asociado de espasmo del cardias y dilatación secundaria de la porción suprayacente muy importante también de tener en cuenta, pues no debe hacerse nunca el diagnóstico de estenosis funcional mientras no sean descartadas por todos los medios las posibilidades de lesión orgánica. También se le ha visto coexistir con sífilis o tuberculosis del mismo órgano, lo cual entraba como es natural, de una manera muy grande el diagnóstico.

Hemos tenido ocasión de observar un caso en el cual se presentó una disfagia que a la radiografía mostró una estenosis aparentemente maligna. Se le practicó una cardioplastia y la mejoría fue fugaz,

pues a los pocos meses volvía a tener los mismos síntomas; fue enviado entonces a la endoscopia que reveló ulceraciones de apariencia específica; tratado en este sentido su mejoría fue completa. Es un caso que enseña mucho en cuanto a lo fácilmente que se confunden estas lesiones por su aspecto y su cuadro general.

Las metastasis en estos cánceres se encuentran en diferentes sitios que pueden ser el estómago, la faringe, laringe o tiroides y en algunos casos hasta la columna vertebral, de todas maneras es de una malignidad tal que puede decirse que la supervivencia es de no más de seis meses, una vez que existes éstas. De ahí la importancia del diagnóstico precoz que en este caso como en el cáncer en general es la única manera hasta el momento admitida, de lucha.

Las complicaciones a que puede dar lugar, son en casi su totalidad debidas a la perforación que puede hacerse hacia el pericardio con las graves consecuencias que son de suponer, hacia el pulmón donde produce abscesos o empiema o bien a la tráquea y los bronquios causando fístulas; en otros casos mucho más raros puede abrirse hacia la aorta, o comprimir los recurrentes produciendo su parálisis.

El tratamiento quirúrgico en los casos que lo permiten parece tener un gran porvenir, gracias al perfeccionamiento de las técnicas, sobre todo cuando una perfecta anestesia sin riesgos hace posible el empleo de la vía transtorácica que ofrece todas las comodidades deseables.

En cuanto al sarcoma del esófago es una enfermedad de una gravedad extrema y sólo, que dé manifestaciones desde su iniciación y permita su diagnóstico precoz, sería susceptible de la cura quirúrgica; en caso contrario es casi seguro que sólo pueda darse como supervivencia máxima unos seis meses desde su descubrimiento.

Afortunadamente su frecuencia es muy baja y muchos casos tenidos como tales han sido sólo carcinomas o epitelomas. Su localización tiende a ser casi la misma de los otros tumores y lo mismo puede decirse en cuanto a edad y sexo.

El diagnóstico puede ser hecho por los mismos medios que en los demás casos, sin que a los rayos X pueda distinguirse un sarcoma, de un carcinoma; la biopsia mediante la esofagoscopia es en este caso también, el medio más precioso para su diagnóstico seguro. Aunque los autores reconocen (Oddly, Smith y Rusk) que las metastasis en estos casos son mucho menores que las que se tienen por seguras en casos de cáncer; es lo cierto que sí evolucionan con una rapidez mucho mayor de lo que haría un carcinoma de la misma localización.

Divertículos del esófago son depresiones parciales de las paredes

del órgano en forma de saco y que requieren para recibir el nombre de tales, el estar tapizadas en su interior por mucosa, de lo contrario serán falsos divertículos.

De acuerdo con el mecanismo de su producción, se dividen en unos, de pulsión y otros de tracción. Pueden también ser clasificados de acuerdo con su localización en cervicales o faringo-esofágicos y torácicos, estos últimos comprenden los más inferiores llamados epifrénicos.

Los cervicales se encuentran de una manera general localizados en la unión de la faringe con el esófago y en su producción, se ha dicho que interviene de una manera definitiva el mecanismo de pulsión; en este punto la pared es débil y deja en su parte posterior una porción triangular entre las fibras del constrictor inferior, donde el bolo alimenticio está sometido de una parte a la fuerza de este músculo y de otra debe vencer la entrada del esófago, sea como lo admiten algunos por asinergia de las contracciones de ambos músculos o porque la debilidad de la pared los favorece, lo cierto es que en este punto, la mucosa va haciendo hernia a través de los haces musculares hasta constituir un verdadero saco que acarrea toda su propia sintomatología. Otras teorías se han invocado como la de los cuerpos extraños por disociación traumática de las fibras musculares, o la permanencia de ellos que iría distendiendo el tejido en ese sitio; también se ha mencionado una teoría congenital.

Son los de esta localización los que presentan el cuadro clínico clásico con disfagia, regurgitaciones o vómitos, mal aliento, etc., y también los que son susceptibles de tratamiento quirúrgico; al efecto se han usado muchas técnicas, en uno o dos tiempos con pexia o resección del saco.

Los torácicos son tributarios con mayor frecuencia del otro mecanismo de producción, es decir, por tracción, la cual es debida en general a adherencias que pueden ser periesofagitis, o mediastinitis, muchas veces de origen tuberculoso, lo cual hace que un ganglio se adhiera al conducto y ejerciendo tracción constante sobre sus paredes termine por formar el saco diverticular.

Estos en general, pasan casi siempre inadvertidos y se descubren sea por necropsia o en el curso de exámenes radiológicos de rutina. En un caso observado se trataría de uno de este tipo el cual como única sintomatología hizo al portador víctima de un hipo que duró varios días (6) rebelde a todos los tratamientos anti-espasmódicos y que sólo desapareció después de una anestesia general que le fue administrada para tal fin.

Sobre los divertículos epifrénicos diremos solamente que son los también llamados de tracción-pulsión. Están colocados en la parte más inferior del órgano, muy cerca del diafragma y en ellos actuaría un mecanismo mixto de producción, mezcla de los dos anteriores; son también muy raros y tan asintomáticos como los anteriores; en todo caso si llegaran a producir malestares graves, sí serían susceptibles de cura quirúrgica, no como los torácicos que escapan a este medio por el sitio donde se encuentran, el tratamiento de lo contrario se reduce a lavados y tópicos que disminuyan la esofagitis que podrían producir. Cualquiera de ellos presenta el peligro de sufrir una infección o ulceración y abrirse secundariamente en el pulmón, el mediastino, o los bronquios con graves consecuencias.

BIBLIOGRAFIA

- Bockus Henry L.—Gastro-enterology. Tomo I. Saunders, 1946.
 Berard y Dunet.—Citados por Terracol.
 Cleves Carlos A.—Endoscopia. Editorial Kelly, 1945.
 Cónvers Francisco.—Rev. F. de M. Vol. XII Nº 9, 10, 11, 12, 1944.
 Esguerra G. Gonzalo.—Rev. F. de M. Vol. VII Nº 6, 1939.
 Ferrio Luis.—Diagnóstico clínico. Tomo III. Ed. Pubul, 1941.
 Harrington S. W.—Citado por Bockus.
 Heilmeyer Louis.—Precis de physiologie pathologic. Vigot Freres, 1946.
 Igarzábal José E.—Tratado de patología quirúrgica. Hachette, 1946.
 Jackson C.—Citado por Terracol.
 Lombardi Ernesto A.—Aparato digestivo. El Ateneo, 1946.
 Mosher H. P.—Citado por Bockus.
 Oddo J. La medicine d'urgence. Doin, 1939.
 Plummer H. S.—Citado por Bockus.
 Ramón Luis.—Clínica médica práctica. A. López, 1934.
 Royer Marcelo.—Aparato digestivo. El Ateneo, 1946.
 Señorans Aníbal J.—Patología del esófago. El Ateneo, 1946.
 Terracol J.—Maladies del esophage.
 Wright Samson.—Applied physiology. Oxford, 1943.
 Vitale Arturo J.—Aparato digestivo. El Ateneo, 1946.