

- DAVIS, R. E.; HALLENBECK, G. A.; LICHTENHELD, F. R., y GRINDLAY, J. H.—Surgery, 38, 708, 1955.
DOGLIOTTI, A. M., y ABETICI, S.—Surgery, 35, 503, 1954.
EKMAN, C. A., y SANDBLOM, PH.—Acta Chir. scand., 108, 241, 1954.
ELLIS, E. E., y HOLMAN, E.—Surgery, 37, 463, 1955.
FAIRER, D. C., y HALSTED, J. A.—Jour. Am. Med. Ass., 157, 413, 1955.
FELDER, D. A.; HAGLIN, J. J., y MURPHY, T. O.—Surgery, 39, 7, 1956.
FIGLEY, M. M.; FRY, W. J.; OREBAUGH, J. E., y POLLARD, M. H.—Gastroenterology, 28, 153, 1955.
GERBODE, F., y HOLMAN, E.—Amer. J. Surg., 82, 1, 1951.
HACHINEN AKITA; KUKK, J. F. R.; WALKER, G. L., y JOHNSON, CH. G.—Surgery, 39, 230, 1956.
HAMILTON, J. E.—Ann. Surg., 141, 637, 1955.
HIDALGO HUERTA, M.—Rev. Esp. de Enf. del App. Dig., 11, 460, 1952.
HIDALGO HUERTA, M.—Ponencia al VI Congr. Esp. de Patología Dig. y de la Nut., 1954.
HIDALGO HUERTA, M.—Bol. Acad. Med. Quir. Esp., 5, 1, 1955.
HOLLENBERG, H. G., y BRIGGS, B. P.—Ann. Surg., 141, 643, 1955.
HUANG TS'UI-T'ING.—Chin. Med. J., 72, 461, 1954.
HUNT, A. H., y WHITTARD, B. R.—Lancet, 266, 281, 1954.
JORDAN, G. L., y HECK, F. J.—Ann. Surg., 143, 29, 1956.
LEFFMAN, H., y PAYNE, J. T.—Am. Surgeon, 21, 88, 1955.
LEGER, L.; ARROY, N., y PROUS, CH.—Presse Méd., 61, 1003, 1953.
LEGER, L., y PROUS, CH.—Arch. App. Digest., 43, 641, 1954.
MITHORFER, J.—Jour. Am. Med. Ass., 153, 1097, 1953.
NACHLAS, M. M.; O'NEIL, J. E., y CAMPBELL, A. J.—Ann. Surg., 141, 10, 1955.
NYLANDER, P. E. A., y TURUNEN, M.—Ann. Surg., 142, 6, 1955.
ORMAND, C. J.—Surg., Gyn. and Obst., 100, 753, 1955.
O'SULLIVAN, W. D., y EVANS, J. A.—Surg., Gyn. and Obst., 101, 235, 1955.
PALMER, E. D.; BRICK, I. B., y JAHNKE, E. J., JR.—New England J. Med., 250, 863, 1954.
PALMER, E. D., y BRICK, I. B.—Gastroenterology, 30, 85, 1956.
PONS, A. P.; BOTET, J. P., y BLAJOT, I.—Med. Clin., 21, 228, 1953.
SANTY, P., y MARION, P.—Sem. Hôp. Paris, 345, 2759, 1953.
SOTGIU, G.; CACCIARI, C., y EVANGELISTA, M.—Rev. Clin. Esp., 53, 306, 1954.
TAYLOR, F. W.—Ann. Surg., 140, 652, 1954.

SUMMARY

The results attained with portocaval anastomosis in 4 patients suffering from portal hypertension are reported. The indications for the operation are reviewed. The technique employed is described and the case histories and post-operative course of the 4 cases are given.

ZUSAMMENFASSUNG

Es werden die mit einer Anastomose zwischen Hohlvene und Pfortader erzielten Ergebnisse bei 4 Patienten mit Hypertension im Gebiete der letzteren beschrieben. Gleichzeitig werden die für diesen Eingriff in Frage kommenden Indikationen überprüft, die angewandte Technik beschrieben, die Krankengeschichten ausführlich dargelegt und der post-operative Verlauf dieser 4 Fälle besprochen.

RÉSUMÉ

On expose les résultats obtenus par l'anastomose porto-cave chez 4 malades atteints d'hypertension portale. On révisé les indications de l'opération en indiquant la technique employée et on y détaille les histoires cliniques et évolution postopératoire des 4 cas.

DILATACION IDIOPATICA DEL ESOFAGO

Dilatación idiopática del esófago

M. ASIN-GAVIN.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas.

Clinica de la Concepción.

Servicio de Otorrinolaringología.

Para designar el síndrome clínico caracterizado por dificultad en la deglución de los alimentos, sensación de dolor o molestia retroesternal, regurgitación, dilatación más o menos acentuada del esófago, estenosis funcional constante de la porción terminal del mismo, comprobada radiológica y esofagoscópicamente y aumento progresivo en la dificultad a la deglución de los alimentos "sin fases de remisión", hasta llegar a la imposibilidad absoluta, hemos preferido emplear la denominación de dilatación idiopática del esófago a fin de no prejuzgar sobre su etiopatogenia.

Las denominaciones más usadas para designar el síndrome que nos ocupa son: achalasia, cardiospasmio y megaesófago. Las dos primeras prejuzgan un estado relacionado con el mecanismo de producción; la tercera, sobre el grado de dilatación esofágica.

La palabra achalasia, debida a HERTZ, supone que la estenosis se produce por una falta del reflejo de apertura del cardias; es decir, no hay espasmo, y ello sería la consecuencia de una degeneración de las células del plexo de Auerbach.

El término cardiospasmio fué introducido por MIKULICH y METZER, por suponer que la estenosis era debida a un espasmo del cardias.

Por último, la denominación de megaesófago—mega, grande—no se refiere a la etiopatogenia del síndrome, sino a la dilatación esofágica, dando a entender que el esófago está siempre extraordinariamente dilatado. Como el grado de dilatación es variable de unos casos a otros, pues está en razón directa del tiempo de duración de la afección, de ahí que diga muy bien SWET que el megaesófago es el último estadio de una achalasia prolongada.

Después del estudio de numerosas historias clínicas, nosotros hemos llegado a la conclusión de que el cuadro clínico, tal como queda descrito al principio, se debe siempre a una achalasia. El cardiospasmio no vendría a ser más que un reflejo de otras afecciones capaces de producir un espasmo al nivel del esófago terminal, tales como apendicitis, colecistitis, úlceras gástricas, etcétera; afecciones que tienen un cuadro clínico distinto al de la dilatación ideopática por achalasia.

La estenosis de la porción inferior del esófago en el cardiospasmio no es constante, y varía desde un límite cero hasta ser extraordinariamente intensa, según el grado de espasmo reflejo que exista en ese momento. De las historias clínicas de estos enfermos se deduce que unos días tragan

con gran dificultad y, en cambio, en otros, el paso de los alimentos al estómago se hace fácilmente. Esto produce el hecho de que la dilatación esofágica no sea muy grande aun en casos con larga historia; pues en los momentos en que el espasmo no existe o es muy débil, no hay retención, y el esófago aprovecha esas pausas para

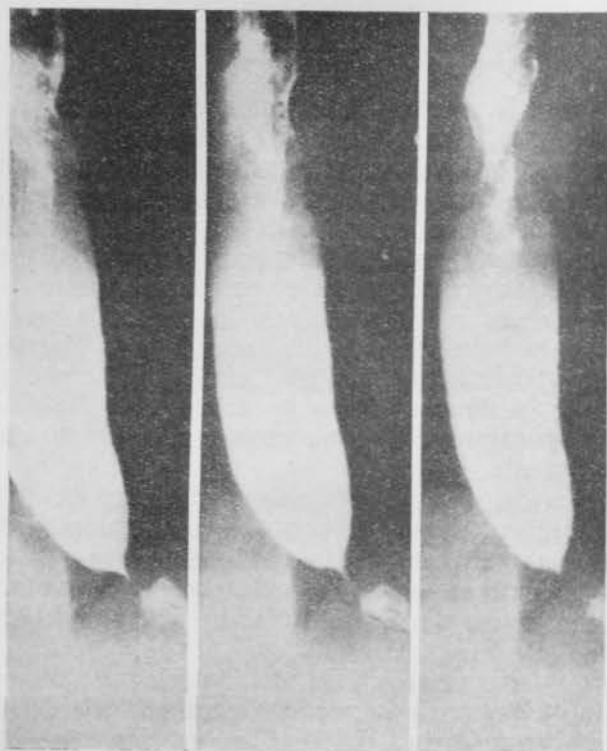


Fig. 1.—Dilatación idiopática. Mediana dilatación.

recobrar su calibre, aproximándose a la normalidad. Resumiendo: el cardiospasmo está caracterizado por fases de remisión, y por no llegar a grados de tan gran dilatación esofágica como la achalasia.

Una vez sentada esta afirmación, creemos conveniente aclarar ahora algunos conceptos que



Fig. 3.—Imagen endoscópica del comienzo de la porción diafragmática del esófago.

aparecen oscuros en la literatura y que pueden conducir a error. Nos referimos a la anatomía del esófago y, concretamente, a su porción terminal.

En primer lugar, el cardias anatómico no es más que el orificio por donde el esófago aboca en el estómago. Cuando nosotros practicamos una esofagoscopia en un sujeto normal, llega un momento en que nos encontramos con una ima-

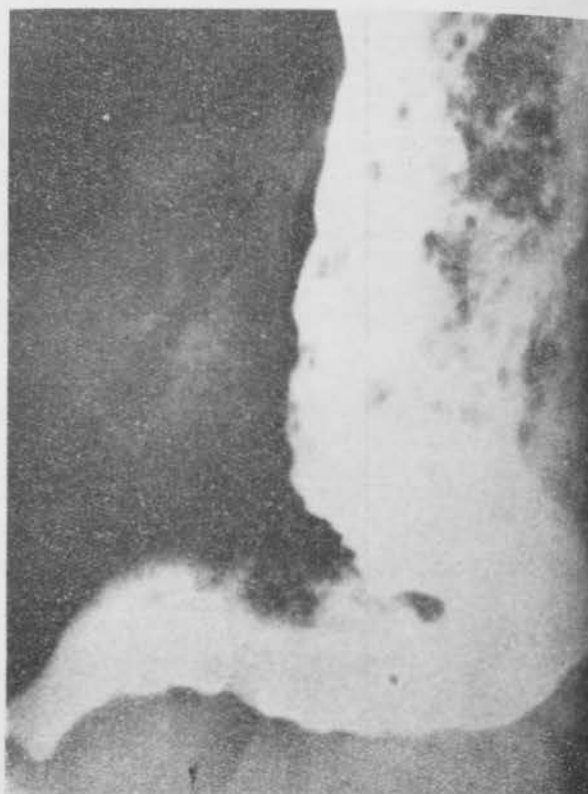


Fig. 2.—Gran dilatación esofágica. Megoesófago.

gen endoscópica, como la que aparece reflejada en la figura 3. A esta imagen se la llama habitualmente cardias, siendo así que no es más que el comienzo de la porción diafragmática del esófago. En dicha imagen se ve el esófago cerrado o ligeramente entreabierto y la mucosa de la pared esofágica fruncida en pliegues radiales. Para



Fig. 4.—Imagen endoscópica en la dilatación idiopática del esófago.

llegar al cardias anatómico —que está perfectamente definido esofagoscópicamente por la zona donde la mucosa esofágica se transforma rápidamente en mucosa gástrica— es necesario atra-

vesar la porción diafragmática y la porción abdominal. (La mucosa esofágica tiene una coloración rosa pálido, en cambio, la mucosa gástrica la tiene rojo intenso.)

Por tanto, para nosotros no existe más cardias que el anatómico. Y en cuanto al que habitualmente se denomina cardias, debería llamarse estrechez diafragmática, con lo cual se evitarían confusiones de localización y el que las esofagoscopias sean incompletas por conformarse con llegar al hiatus en vez de llegar hasta el cardias y estómago.

Nosotros creemos que la estenosis, en los casos de dilatación idiopática, no se realiza exclusivamente al nivel del hiatus o a nivel del cardias, sino que abarca todo el esófago cardiodiafragmático. Esta creencia nuestra viene confirmada por dos razones: una, de índole anatómica, y otra, quirúrgica.

Efectivamente, la constitución anatómica del esófago terminal, por lo que se refiere a su sistema muscular, nos demuestra que es aquí donde el esófago tiene, además de sus capas longitudinal y circular de fibras musculares lisas, un refuerzo de fibras musculares estriadas procedentes de los pilares derecho e izquierdo del diafragma, que se entrecruzan y penetran, según ROUGET, en su cara anterior formando unas asas que constituyen un verdadero esfínter, que, por su propio tono, mantiene cerrada la luz esofágica y, por tanto, el esófago a nivel del hiatus diafragmático que, por otra parte, está estrechado fisiológicamente a este nivel por tener que atravesar el hiatus diafragmático.

Para JIMÉNEZ DÍAZ el esfínter inferior del esófago sería un complejo esfintérico y abarcaría esófago diafragmático, abdominal y cardias anatómico.

Los buenos resultados obtenidos en dos tipos de intervenciones: cardiectomía extramucosa, de HELLER, y la dilatación forzada del esófago por medio del aparato de STARK, suministran otro argumento quirúrgico que nos confirma que la estenosis abarca toda la zona cardiodiafragmática, y la existencia del extenso complejo esfintérico.

Ambas intervenciones tienen la misma finalidad: ruptura de todas las fibras musculares que constituyen el complejo esfintérico cardiodiafragmático. Para que ambas intervenciones den buenos resultados es necesario que la ruptura de las fibras musculares se haga en una extensión aproximada de 10 centímetros; es decir, desde el cardias anatómico hasta el comienzo de la porción diafragmática. Si la ruptura es poco extensa los resultados no son buenos. Esta afirmación está demostrada por varios autores, entre ellos, GONZÁLEZ BUENO. Del mismo modo piensan CODAS, THOMPSON, ZUBIAURRE y ZERBONI, quienes se apoyan en los datos obtenidos por la exploración radiológica. Estos autores afirman que en la dilatación idiopática del esófago está afectado todo el complejo esfintérico inferior.

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO.

El profesor JIMÉNEZ DÍAZ interesó por el año 1942 a mi maestro en la especialidad otorrinolaringológica, doctor ALONSO FERRER (q. e. d.), en un tratamiento eficaz que resolviera definitivamente el problema de estos enfermos, prácticamente abandonados a su suerte. Estos no disponían más que de tratamientos a base de antiespasmódicos y dilataciones progresivas con sondas que a nada conducían, y sí a situaciones angustiosas de desnutrición y deshidratación.

El doctor ALONSO FERRER, con la maestría que le caracterizaba, empezó a usar la dilatación forzada del cardias (nada o apenas conocida en España) con resultados verdaderamente extraordinarios. Para ello utilizó el cardiodilatador de Stark y dilatadores hidroestáticos. Estos últimos fueron rápidamente abandonados por obtener con ellos peores resultados, decidiéndose por el cardiodilatador de Stark, que consta, fundamentalmente, de un vástago de acero de cierta flexibilidad, en una de cuyas extremidades lleva un dispositivo de varillas que puede abrirse o cerrarse, a voluntad, mediante un mango colocado en la extremidad opuesta. Para su más fácil introducción en el esófago lleva colocado en la punta un terminal de goma relleno de mercurio, con lo que se evitan traumatismos en la mucosa esofágica al ser introducido.

La técnica empleada por el doctor ALONSO FERRER era la siguiente: esofagoscopia preliminar para la comprobación del diagnóstico. Seguidamente, y bajo control radioscópico, introducía el cardiodilatador de manera que el centro del mecanismo dilatador quedase situado en el hiatus diafragmático; es decir, entre el hemidiafragma derecho e izquierdo, cosa fácil de controlar radiológicamente. Una vez el aparato en la posición adecuada, realizaba la apertura brusca del mecanismo dilatador y, por tanto, la dilatación de las fibras musculares del complejo esfintérico inferior. Practicada la dilatación, retiraba el aparato, previamente cerrado, maniobra fácil de realizar, pues la parte dilatadora va protegida por un manguito de goma que impide se cojan pellizcos en la mucosa esofágica al cerrar el mecanismo.

A medida que el número de casos aumentaba, se presentaron algunos con gran dilatación del esófago —megaesófago— en los que no era posible hacer la dilatación incluso bajo control radioscópico. La causa radicaba en que el terminal de goma del cardiodilatador no tomaba el camino del hiatus, debido a la existencia de un gran fondo de saco esofágico, introduciéndose en éste y, al llegar a la pared de dicho fondo, se incurvaba sobre sí mismo y no tomaba el camino adecuado.

Para solucionar este problema, JIMÉNEZ DÍAZ y ALONSO adaptaron al cardiodilatador la técnica del hilo conductor —empleada para las dilataciones esofágicas mediante bujías u olivas en los casos de estenosis cáusticas— y, así, transfor-

maron el Stark corriente en Stark conducido. Con ello obtuvieron una de las mejores estadísticas mundiales.

La técnica es así: se hace tragar al enfermo un hilo de seda de varios metros de longitud que, generalmente llega al intestino delgado a los dos o tres días y ancla en las asas intestinales, con lo cual se tiene un punto de apoyo para mantener tirante el hilo y, al mismo tiempo, se cuenta con un guía seguro para conducir el aparato al sitio adecuado. El terminal de goma, en esta técnica, está perforado por la punta y por un costado. El hilo se pasa por ambos, quedando enhebrado, de modo que tomará forzosamente la dirección de dicho hilo. Estos casos, con fondo de saco, quedaron inmediatamente resueltos.

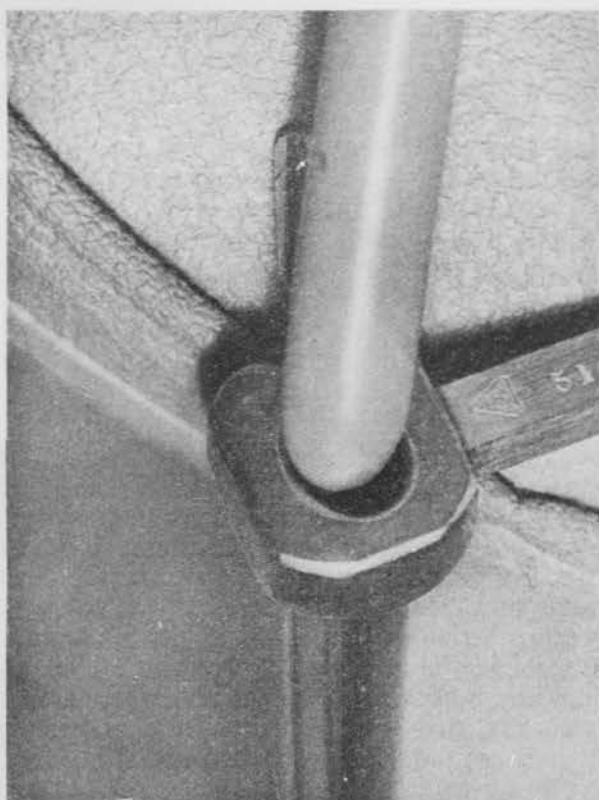


Fig. 5.—El terminal de goma habitual no cabe por la luz del esofagoscopio de $51 \times 9 \times 12$.

Nuestra experiencia personal ha sido la misma; pero había casos en los que el hilo no pasaba al estómago, y otros, en los que se hacían madejas con nudos que impedían el resbalamiento necesario del terminal de goma sobre el hilo. Por otra parte, era necesario esperar dos o más días para que el hilo fuese tragado y anclase en el intestino. Tratando de buscar la solución a estos problemas, y para poder hacer la dilatación en todos los casos de gran dilatación esofágica y, al mismo tiempo, de una manera rápida y segura, hemos llegado a la siguiente técnica:

Se practica esofagoscopia preliminar, llegando hasta el estómago y, una vez comprobado el diagnóstico de achalasia, no damos por terminada la esofagoscopia, sino que tomamos la distancia a que está situado el hiatus diafragmático—cosa que resulta fácil si se coloca la extre-

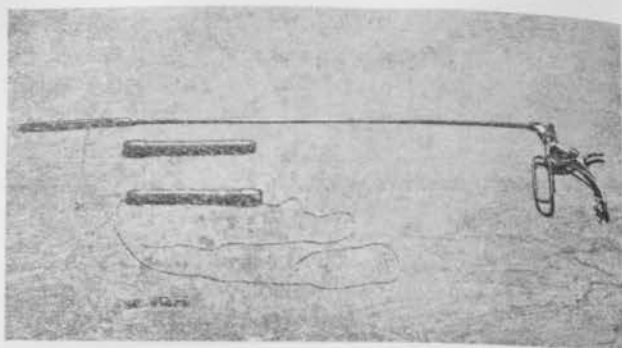


Fig. 6.—Aparato Stark original y sus modificaciones.

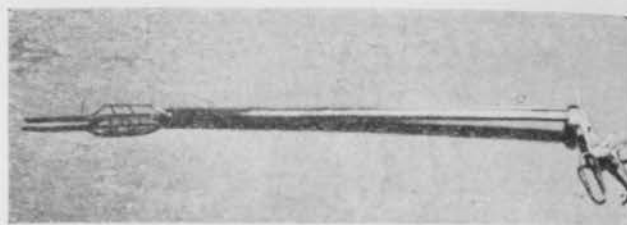


Fig. 7.—Cardiodilatador introducido en el esofagoscopio y abierto el mecanismo dilatador. Puede verse cómo la parte dilatante queda al ras de la extremidad distal del esofagoscopio.

dad distal del esofagoscopio en el comienzo de la porción diafragmática— y, tomando la medida de la parte de esofagoscopio que queda fuera de la boca, es decir, desde la arcada dentaria superior a la extremidad proximal del mismo.

Una vez tomada esta referencia se introduce el esofagoscopio en el estómago, maniobra fácil de realizar en todos los casos. (El esofagoscopio empleado es lo suficientemente largo para poder llegar al estómago y con la suficiente luz para que pueda ser atravesado fácilmente por el aparato dilatador. Como el terminal de goma que habitualmente lleva el dilatador tiene un calibre muy grande, lo hemos sustituido por un terminal de menor calibre. La longitud del esofagoscopio también está calculada para que la parte dilatante del aparato quede a ras del orificio distal del esofagoscopio.)

Una vez el esofagoscopio dentro del estómago,

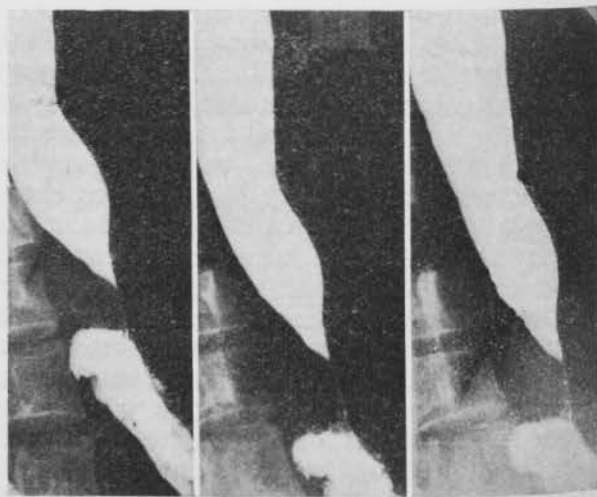


Fig. 8.—Dilatación idiopática antes del tratamiento.

y tomada la referencia antedicha, se introduce el Stark a través del esofagoscopio hasta el máximo. En este momento, retiramos conjuntamente, como si fuese una sola pieza, esofagoscopio y aparato hasta que la parte de esofagoscopio que queda fuera de la boca —desde la arcada dentaria superior— sea la misma que la que previamente hemos tomado. En este instante, la parte proximal del mecanismo dilatador estará exactamente en el hiatus. Para que la parte central del mecanismo dilatador quede exactamente en el hiatus —como en la técnica bajo control radioscópico— se retira todo el conjunto cinco centímetros, pues la longitud total del mecanismo dilatador es de 10 centímetros. En este momento, se realiza la dilatación forzada como en la técnica habitual y, terminada ésta, se retira esofagoscopio y dilatador, plegado previamente.

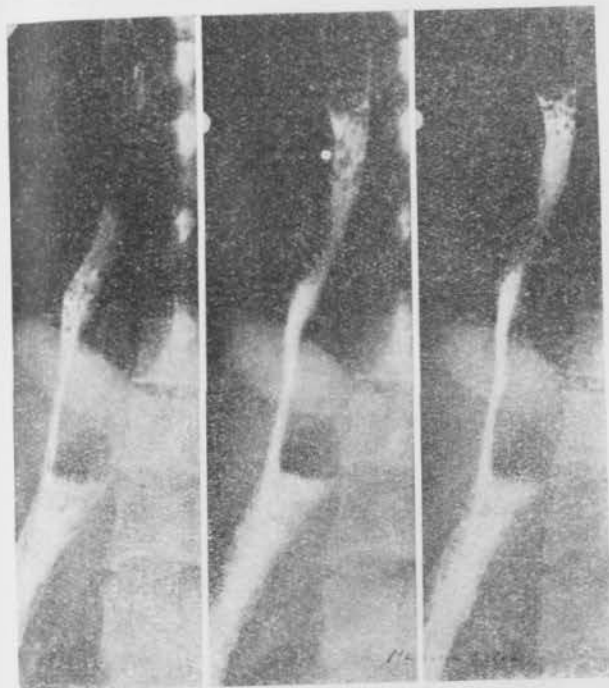


Fig. 9.—El mismo caso de la figura 8 después de la dilatación forzada a través del esofagoscopio.

Como se ve, el método es rápido y seguro; capaz de realizarse en todos los casos, aun en los que tienen gran bolsa esofágica; no hay necesidad de esperar a la deglución del hilo; es realizado al mismo tiempo que la esofagoscopia preliminar diagnóstica, y de una exactitud matemática en su colocación adecuada.

Por último, añadiremos que la estadística de los 57 casos de "achalasia" así tratados es francamente buena: 100 por 100 de curaciones definitivas; sin haber tenido complicaciones postoperatorias ni un solo caso de éxitus.

RESUMEN.

Se describe una modificación a la técnica de dilatación endoscópica forzada de ALONSO para los casos de achalasia o dilatación idiopática del esófago. Consiste, en esencia, en medir matemá-

ticamente con el esofagoscopio la distancia a la que hay que colocar el cardiodilatador de Stark, que de esta forma queda siempre dentro del hiatus diafragmático. Los 57 casos tratados con esta técnica han dado un 100 por 100 de curaciones definitivas.

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO FERRER.—Rev. Clin. Esp., 6, 431; 1942.
ALISAVATOS.—Journ. Chir., 6-7, 464; 1954.
AMUCHASTEGUI.—Megaesófago y su tratamiento. Enfermedades esófago-gastro-duodenales. Buenos Aires, pag. 247; 1941.
CODAS, THOMPSON, ZUBIAURRE y ZERRONI.—Estudio radiológico del esófago. Montevideo, 1949.
CHEVALIER JACKSON.—Les maladies de l'oesophage monographies oto-rhino-laryngologique internationales. Paris, 1952.
FITZGIBB N.—Journ. Am. Med. Ass., 7, 453; 1950.
JIMENEZ DIAZ.—Lecciones de Patología Med. ca. Tomo V, 1948.
JOHNSTEN, TWENTE y JACKSON.—Surgery, 2, 196; 1951.
KLEIN.—Rev. Gastroenterol., 11, 861; 1952.
MICHAUD y LATREILLE.—Arch. des Mal. de l'App. Dig., 3, 300; 1955.
MERLE SCOTT y EMERSON.—Rev. Gastroenterol., 4, 257; 1951.
NÚÑEZ, ROSALES y RODRIGUEZ.—Rev. Cubana Gastroenterol., 4, 283; 1953.
OLSEN, HOLMAN y ANDERSEN.—Amer. Clin., 7, 443; 1953.
PINOS.—Anales Hosp. Sta. Cruz y San Pablo, 4, 373; 1953.
SEÑORANS.—Patología del Esófago. Buenos Aires, 1943.
TERRACOL.—Les Maladies de L'Oesophage. Paris, 1933.
WANGENSTEEM.—Anal. des Cirug. Buenos Aires, 9, 1,419; 1951.

SUMMARY

A modification of Alonso's method for mechanical endoscopic dilatation in cases of achalasia or idiopathic dilatation of the oesophagus is described. Briefly, it consists in measuring accurately, by means of the oesophagoscope, the distance at which Stark's cardiodilator should be placed. Thus, the cardiodilator always remains inside the oesophageal hiatus. In cases treated by this technique, 100 % of definitive cures were attained.

ZUSAMMENFASSUNG

Für die Fälle von Achalasia oder idiopathischer Erweiterung der Speiseröhre wird eine Abänderung der Technik von Alonso zur gewaltsamen, endoskopischen Erweiterung beschrieben. Grundsätzlich besteht diese in der mathematischen Bemessung, mittels Oesophagoskop, der Distanz in welcher der Stark'sche Kardiodilatator angelegt werden soll. Dieser bleibt dann immer innerhalb des Zwerchfellschlitzes. Die 57 mit dieser Technik behandelten Fälle ergaben 100 Prozent endgültiger Genesung.

RÉSUMÉ

Description d'une modification à la technique de dilatation endoscopique forcée de Alonso, pour les cas d'achalasia ou dilatation idiopathique de l'oesophage. Cette modification tient essentiellement à mesurer mathématiquement par l'oesophagoscope, la distance à laquelle on doit placer le cardiodilatateur de Stark qui, de cette façon reste toujours dans le hiatus diaphragmatique. Les 57 cas traités avec cette technique donnèrent le 100 % de guérisons définitives.