

ción que esto tiene para la etiología del síndrome de Sjögren y la sintomatología y patogenia de la intoxicación por amanita phalloides.

BIBLIOGRAFIA

- J. C. DE OYA y J. M. SEGOVIA.—Rev. Clin. Esp., 42, 231, 1951.
M. FERNÁNDEZ y FERNÁNDEZ y G. MARAÑÓN.—Bol. Inst. Patol. Méd., 7, 6, 1952.

- MARTÍNEZ DÍAZ.—Bol. Inst. Patol. Méd., 8, 114, 1953.
J. CALVO MELENDRO.—Rev. Clin. Esp., 17, 211, 1945.
J. CALVO MELENDRO.—Rev. Clin. Esp., 27, 203, 1947.
J. CALVO MELENDRO.—Rev. Clin. Esp., 28, 254, 1948.
A. TOURAINE.—Presse Méd., 405, 1950.
REYMOND, WILD, FREI y BERAUD.—Schweiz. Med. Wschr., 84, 391, 1954.
J. SURÓS.—Med. Clin., 23, 128, 1954.
DUJARRIC DE LA RIVIERE.—Le poison des amanites mortelles, París, 1933.
JEAN VERNE.—Comp. Rend. Soc. Biol., 143, 668, 1949.
MANZANARES GONZÁLEZ.—Rev. Clin. Esp., 47, 365, 1952.

REVISIONES TERAPEUTICAS

TRATAMIENTO DE LAS ESTRECHECES ESOFAGICAS POR CAUSTICOS

C. MORENO GONZÁLEZ-BUENO.

Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Provincial de Madrid.

Profesor: GONZÁLEZ-BUENO.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas.

Director: Profesor JIMÉNEZ DÍAZ.

Las estrecheces esofágicas producidas por la ingestión de cáusticos siguen constituyendo un gran problema no solamente desde el punto de vista social, sino del de su tratamiento, para el que todavía reina gran controversia en lo que respecta a la pauta terapéutica a seguir.

Las estrecheces benignas del esófago lo son más de nombre que de resultados. Así, podemos ver que los porcentajes de mortalidad global, no inmediata, oscila entre cifras dispares, pero todas ellas elevadas. HOLINGER y JOHNSTON dan una cifra del 3,1 por 100, STUMBOFF del 27 por 100, HUNG del 36,6 por 100 y HARDIN del 11 por 100.

Otro aspecto interesante con miras al tratamiento es el conocimiento de que no toda ingestión de cáusticos se sigue de estrechez. En los casos de FINNERTY se desarrolló en el 70 por 100, en el 68 por 100 de los de HOLINGER y JOHNSTON, en el 56 por 100 en los de HARDIN y en el 50 por 100 en los casos de FATTI, MARCHAND y CRAWSHAW.

Las estrecheces, como es lógico, se presentan más frecuentemente en los sitios donde el esófago anatómicamente es más estrecho, encontrándose la máxima frecuencia: 1.º En el tercio medio, al cruzar el bronquio izquierdo. 2.º En el tercio superior, a la altura del cricofaríngeo; y 3.º En su porción más distal o hiatal. La estenosis pilórica es muy rara por la ingestión de alcalinos, debido a la neutralización que éstos sufren en la cavidad gástrica por el ácido clorhídrico del mismo, siendo numerosas cuando la ingestión es de sustancias ácidas.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Me parece imprescindible el conocimiento, aunque sea de un modo somero, de los cambios histopatológicos que sufre la pared esofágica sometida a los cáusticos, porque un tratamiento bien dirigido

debe estar en todo momento en relación con la alteración anatomopatológica por la que en ese momento se encuentra el esófago.

Las primeras horas se caracterizan por la destrucción completa del epitelio con reacción edematosa y congestiva de toda la pared. A las cuarenta y ocho horas existe gran inflamación con trombosis de los vasos de la submucosa, que da lugar a áreas locales de gangrena y necrosis. Después de las cuarenta y ocho horas es frecuente la invasión bacteriana. La reepitelización es lenta, no siendo todavía completa antes de la sexta semana, no sin que la retracción fibrosa y, por lo tanto, la estrechez sea aparente antes de los catorce días.

Naturalmente, que la aparición y presencia de todas estas fases está en dependencia íntima de la naturaleza y tiempo de contacto del cáustico ingerido.

Tratamiento inmediato.—En la fase aguda actuaremos del siguiente modo: Primeramente haremos ingerir un líquido que sea débilmente neutralizante con relación al cáustico ingerido; por ejemplo, si éste es alcalino, vinagre diluido; en caso de que fuese ácido, una solución muy débil de óxido de magnesio, debiendo proscribirse en estos casos el bicarbonato sódico, pues el CO₂ que se desprende puede precipitar una perforación. La administración de los líquidos neutralizantes se dará en forma oral, con objeto que en su paso hacia el estómago se pongan en contacto con las paredes esofágicas. Para STUMBOFF, las soluciones neutralizantes tienen efecto siempre que no se empleen pasadas cuatro horas de la bebida del cáustico. Insistimos, por la importancia que en la práctica puede tener, que las soluciones neutralizantes deben ser sumamente débiles, pues en caso contrario no haremos más que agravar el cuadro, añadiendo a la quemadura producida otra nueva de signo químico opuesto.

La fase aguda requiere también el tratamiento del estado general en su triple aspecto de shock, deshidratación e infección. Debiendo vigilarse atentamente la respiración, pues no es infrecuente que haya que practicar una traqueotomía de urgencia por edema o quemaduras cerca o en la misma laringe.

A partir de este momento es cuando el tratamiento a seguir no es unánime. Para muchos se debe dejar el esófago en total reposo, durante varios días, al cabo de los cuales se hace tragar al enfer-

mo un hilo. Haciéndole una esofagoscopia a la segunda semana, que aclarará si existe o no estrechez y, en consecuencia, comenzar con las dilataciones por vía oral o retrógradas a través de una gastrostomía previamente practicada, o por el contrario abandonar todo tratamiento. Un punto de controversia entre los partidarios del tratamiento tardío o conservador de los primeros días es el de la conveniencia o no de dejar el tubo de Levine en el estómago después del lavado gástrico. HOLINGER, JOHNSTON y FINERTY son contrarios a dejar colocado el tubo por el peligro de perforación, aumentar el trauma y estimular el crecimiento del tejido de granulación. STOTHERS, HANKEL y HARDIN lo dejan "in situ", utilizándole para mantener la nutrición e hidratación del enfermo, y si al cuarto o quinto día el enfermo puede deglutir una dieta semiblanda, es retirado y pasado un hilo, que se mantiene hasta que practicada la esofagoscopia tengamos idea del estado de permeabilidad del esófago.

Frente a los partidarios de la dilatación tardía están los seguidores del método de Salzer de dilatación precoz. JOHANNESSEN, en 1899, ya propone el sondeo precoz antes de que la estrechez se forme. SALZER estandariza el método, publicando en 1934 180 casos con un 90 por 100 de buenos resultados. Consiste en la introducción por vía oral de sondas dilatadoras de mercurio, precozmente, como remedio profiláctico de la estrechez. Ha tenido muchos seguidores: MARTIN y ARENA, CROWE, KERNODLE, etcétera.

Para FINNERTY, la dilatación precoz es de poca utilidad, habiendo tenido cuatro casos de estrechez que estaban siguiendo la pauta de SALZER. HARDIN piensa que si en un 44 por 100 de sus enfermos no se desarrolló estrechez, cree que tener sometidos a estos enfermos a seis meses de dilataciones profilácticas no es muy ortodoxo. BOSHER, BURFORD y ACKERMAN deducen de sus trabajos experimentales que tanto las dilataciones como la práctica de la esofagoscopia deben estar rigurosamente contraindicadas por lo menos antes de la primera semana, en la que la fase inflamatoria y necrótica es más acentuada. Los trabajos experimentales de KREY demuestran que la formación de las estrecheces comienza hacia el quinceavo día, que es cuando empieza la retracción del tejido fibroso.

Nos inclinamos por la siguiente pauta terapéutica: En las primeras horas, combatir las alteraciones del estado general, lavados gástricos, dejando en posición por lo menos un hilo, y si nos es posible una sonda lo más gruesa posible. A través de la misma podemos alimentar convenientemente a estos enfermos, retirándola entre la segunda y tercera semana, fecha en que practicamos una esofagoscopia que nos pone en conocimiento del estado del esófago y, por tanto, de la necesidad de comenzar las dilataciones, o por el contrario abandonar todo tratamiento en los casos en que no se haya producido estrechez.

En cuanto al uso de ACTH y cortisona en este primer período, ofrece los siguientes aspectos: dosis grandes administradas precozmente evitan la formación de la estrechez, pero duplican las cifras de mortalidad por infección (ROSENBERG). Administrándola a dosis pequeñas y pasada la primera semana, no evita la estrechez (SMITH). Es por eso por lo que creemos es de poca utilidad en esta fase el uso de los esteroides, aunque su empleo puede tener utilidad en fases más tardías como coadyuvantes de las dilataciones progresivas.

Cuando los enfermos nos llegan en la fase crónica, es decir, con la estenosis perfectamente establecida, se nos plantea el problema del tratamiento a seguir, conservador o quirúrgico.

Dilataciones.—Creemos que antes de someter a un enfermo a una intervención quirúrgica debemos haber intentado antes la corrección de la estrechez por medio de las dilataciones, teniendo presente que muchas de las llamadas estrecheces sin esperanza sometidas a dilataciones anterógradas se resuelven en gran número de casos al cambiarlas por las dilataciones retrógradas a través de una gastrostomía practicada. Los enfermos encaminados a la consecución de la resolución de una estrechez por los métodos de sondeo, se ven recompensados ante los procedentes formidables que requiere la cirugía reparadora, procederes que si se siguen de curación nunca lo son tan completas, por lo menos desde un punto de vista general, como las conseguidas con los métodos incruentos.

Vamos a resumir de un modo muy breve, y por supuesto no completo, los distintos procederes de dilatación que podemos emplear:

1.º Dilatación por vía oral o anterógrada.—El paso de las sondas lo podemos efectuar: a) A ciegas, lo que resulta demasiado peligroso, o bien con una sonda blanda de mercurio, en cuyo caso fracasaremos si la estrechez está bien establecida. b) Sondeo controlado por la endoscopia, con lo que se consiguen buenos resultados aunque tenga el inconveniente de que en los niños haya que efectuarlo bajo anestesia. c) Paso de sondas canuladas a través de un hilo previamente tragado. d) Paso de una madeja de hilos anudados sobre un hilo previamente tragado y fijo al exterior: esta práctica necesita la coexistencia de una gastrostomía. Este es el método usado en nuestros enfermos, primeramente pasando el hilo con una serie de nudos u olivas, luego varios hilos simultáneamente y por último sondas. e) El sondeo efectuado a ciegas por el propio enfermo cuando ya se han llegado a pasar sondas de elevado calibre. Este proceder también es seguido en nuestros enfermos, lo que les facilita, no tener que acudir a la Clínica, teniendo que pasarse todos los años, una vez corregida la estrechez, un par de veces las sondas al año con objeto de que no se les vuelva a reproducir.

2.º Dilatación retrógrada.—Tiene el inconveniente de necesitar la práctica de una gastrostomía; pero la ventaja de que muchas de las estrecheces que no ceden por vía anterógrada, las correspondientes al grado IV b de Fatti y Marchand, se pueden resolver al efectuarlas por este camino, y esto en atención a que el paso de la sonda es más fácil desde abajo, por la especial configuración morfológica que las reacciones estenosantes producen en el esófago.

Aunque el proceder fué empleado por EHRLICH en 1897, la difusión del método se debe a TUCKER. Se comienza a pasar las sondas tres semanas después de efectuada la gastrostomía, anudándolas al extremo del hilo que asoma por la misma. Se efectúan sesiones diarias, con sondas progresivas, sin que en ningún caso en una misma sesión se introduzcan más de tres sondas.

Complicaciones de la dilatación.—Aun en manos muy especializadas, no es infrecuente la presentación de las mismas, sobre todo cuando se intenta forzar el paso de estrecheces de grado avanzado. Dejando a un lado la disfagia que se puede intensificar los días siguientes al sondeo, y que nos in-

dica la producción de un edema reactivo a una dilatación exagerada, enumeraré exclusivamente las de presentación más frecuente: Mediastinitis, que en la experiencia de HARDIN puede conducir a un absceso cerebral por vía de los vasos vertebrales. Falsa vía. Perforación en la pleura, que suele curar simplemente con drenaje torácico, gastrostomía y antibióticos. Hemorragia debida a dilatación

que sea del tipo de la Stamm, o si se efectúa según la técnica de tunelización de Witzel, se hará con el orificio gástrico interno en posición elevada con respecto al externo del túnel.

En la actualidad, el proceder tiene un riesgo casi nulo, no teniendo valor las cifras tan altas de mortalidad (10 a 25 por 100) que se daban antes de la introducción de los antibióticos. La simple práctica

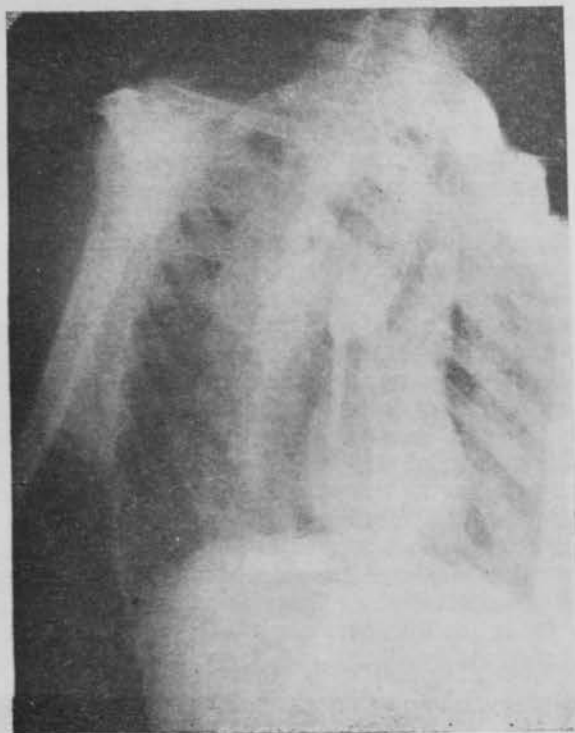


Fig. 1.—Caso 1. Radiografía preoperatoria.

excesiva o indicando la existencia de ulceración esofágica. El temor a la aparición de una de estas complicaciones no justifica el no intentar las dilataciones, pues con los medios que tenemos en la actualidad su aparición reviste solamente relativa importancia.

Fístula gástrica o intestinal.—Está indicada su práctica en aquellos casos en los que con las dilataciones anterógradas solamente obtenemos resultados mediocres o en los enfermos que nos llegan en una fase crónica de urgencia. Asimismo tienen indicación formal los casos en que surge una complicación durante la dilatación oral y es necesario mantener el esófago unos días en reposo. Por último, en aquellos niños de poca cooperación, incapaces de pasarse sondas ellos mismos y que deben estar sometidos a un tratamiento largo.

Practicamos sistemáticamente gastrostomía, pues la encontramos las siguientes ventajas sobre la yeyunostomía: la facilidad de las dilataciones retrógradas a través de esta vía, su mejor tolerancia y mayor facilidad en la corrección de los trastornos que pueda originar (diarreas, etc.), siendo mínimos los perjuicios que produce en el caso de que haya que decidirse por una intervención quirúrgica del tipo de la esofagogastrostomía.

Debe reunir una serie de condiciones que hagan la introducción y extracción del tubo de gastrostomía sencilla, que sea amplia para poder utilizar una alimentación variada, y con objeto de que las dilataciones retrógradas no tengan inconvenientes,

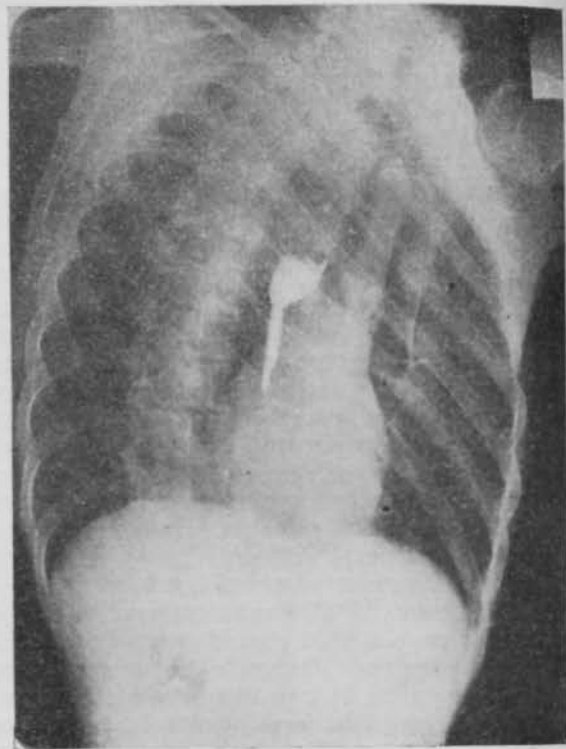


Fig. 2.—Caso 1. Radiografía preoperatoria.

de una gastrostomía produce en muchos enfermos una mejoría notable de su disfagia, probablemente consecuencia de un mayor reposo esofágico.

Tratamiento quirúrgico.—No hace muchos años eran muy escasos los enfermos de este tipo que eran sometidos a una intervención quirúrgica; sin embargo, actualmente los grandes avances técnicos, así como de los medios paraquirúrgicos, han hecho que las indicaciones requeridas para la práctica quirúrgica sean muy distintas de unos a otros cirujanos. Así, vemos que hay un gran número de ellos, que podríamos llamar intervencionistas a ultranza, como WEEB, LEAHY, etc., para los que toda estrechez esofágica establecida es un problema quirúrgico y la creación en estos casos de una gastrostomía sólo perseguiría el mejoramiento del estado biológico del enfermo como paso previo al período quirúrgico.

Nosotros más bien nos encontramos con PUESTOW, GILLESBY, etc., en el lado de los conservadores, y preferimos agotar todas las medidas, no tan radicales, antes de someter a estos enfermos a intervenciones quirúrgicas de gran envergadura y todavía de mortalidad alta. Por otra parte, muchos casos de los denominados de "estrechez sin esperanza" pueden ser solucionados por intervenciones quirúrgicas mínimas, como han sido los casos nuestros que más adelante comentaremos, y los publicados recientemente por HARDIN, en los que empleó la técnica de BARRETO, consistente en la introducción de dos esofagoscopios, uno por vía oral y el

otro por vía retrógrada, y bajo visión directa, por una toracotomía practicada, pasa una aguja larga de Barreto de un esofagoscopio a otro permeabili-

quirúrgico, vamos a revisar muy por encima los distintos procedimientos a los que podemos acudir:

1.º Creación de un esófago externo o extrato-

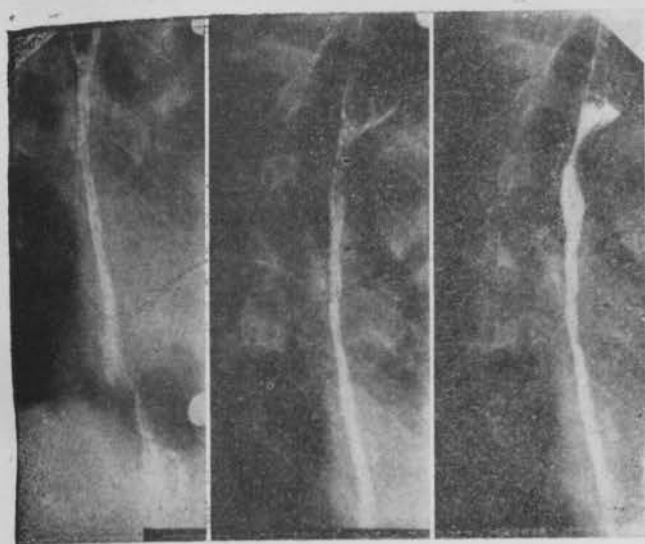


Fig. 3.—Caso 1. Radiografías postoperatorias.

zando la estrechez, continuando el tratamiento con dilataciones.

Estimamos de indicación quirúrgica formal los siguientes casos:

1.º Ulceración persistente. 2.º Respuesta muy pobre a las dilataciones. 3.º Estrecheces impermeables. 4.º Las estrecheces de muy escasa longitud y situadas en la porción más caudal del esófago, que pueden quedar definitivamente resueltas con la práctica de una cardioplastia, intervención que por otra parte conlleva muy escaso riesgo.

Una vez sentada la indicación quirúrgica, y teniendo en cuenta que la técnica a emplear ha de establecerse en gran número de casos durante el acto

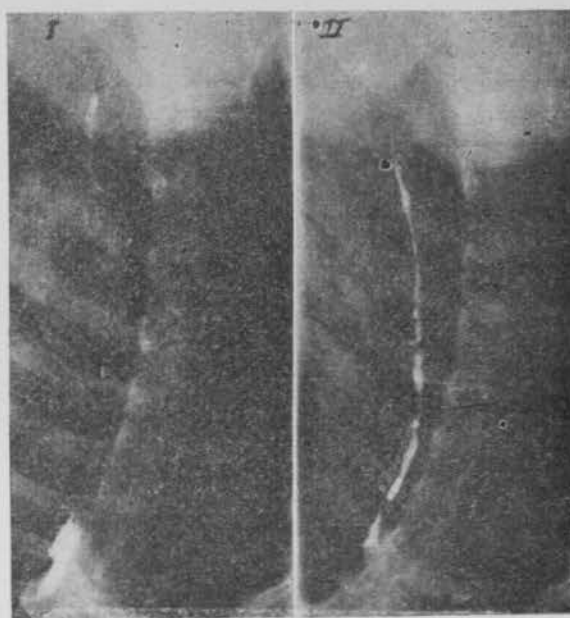


Fig. 5.—Caso 2. Radiografía preoperatoria.

rácico, por tubo cutáneo o por un segmento intestinal preesternal.

- 2.º Resección y anastomosis término-terminal.
 - 3.º Esofagoplastias.
 - 4.º Creación de un nuevo esófago interno o intratorácico a expensas de estómago o intestino.
 - 5.º Técnica de Barreto.
 - 6.º Técnica seguida en nuestros últimos casos.
- En la actualidad son muy pocos los cirujanos que siguen practicando las técnicas de fabricación de un esófago externo, en cualquiera de sus variantes, tipo Bircher, Yudin, etc. La necesidad de efectuarlas en varios tiempos, la inseguridad en la consecución

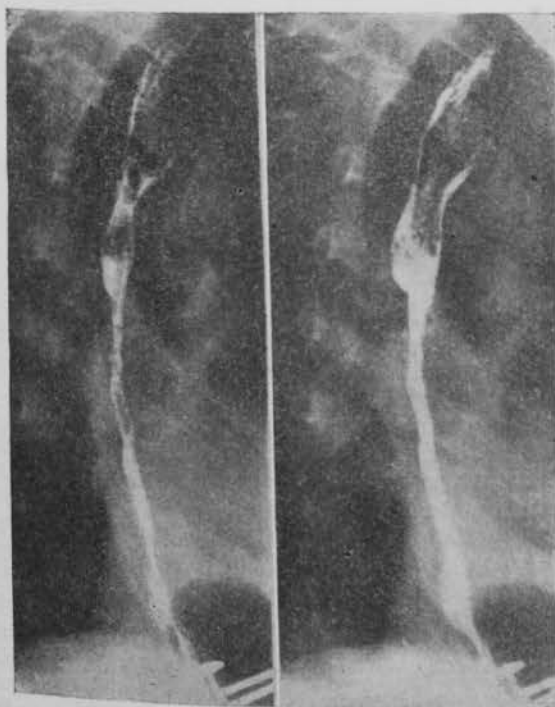


Fig. 4.—Caso 1. Radiografía postoperatoria.

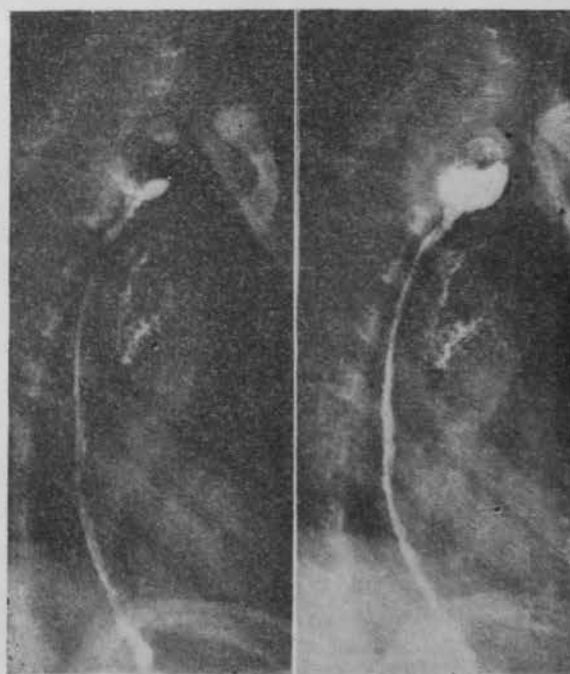


Fig. 6.—Caso 2. Radiografía postoperatoria. Evolución más lenta que el anterior.

ción de la plastia, muchas veces con fallo después de haber efectuado ya un par de tiempos, así como las molestias postoperatorias permanentes en los casos de éxito, son las razones que van haciendo vieja esta cirugía.

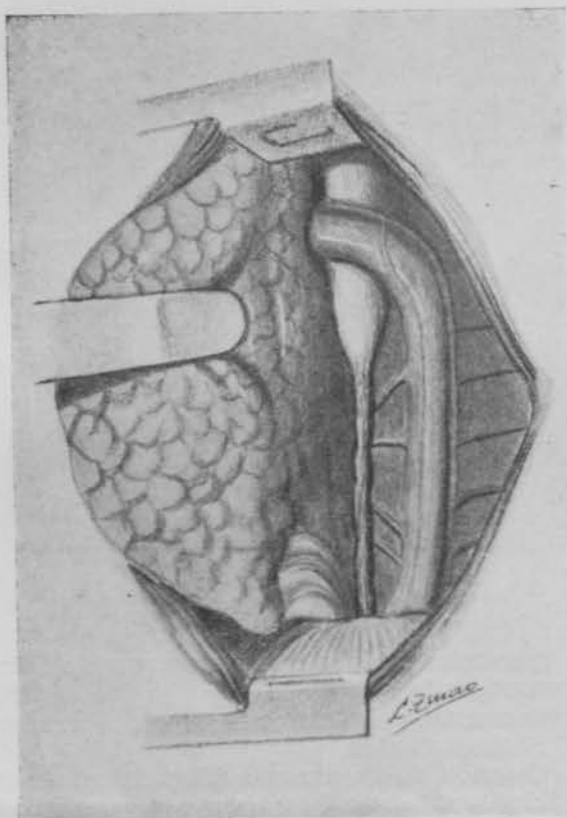


Fig. 7.—Dibujo mostrando el esófago estenosado.

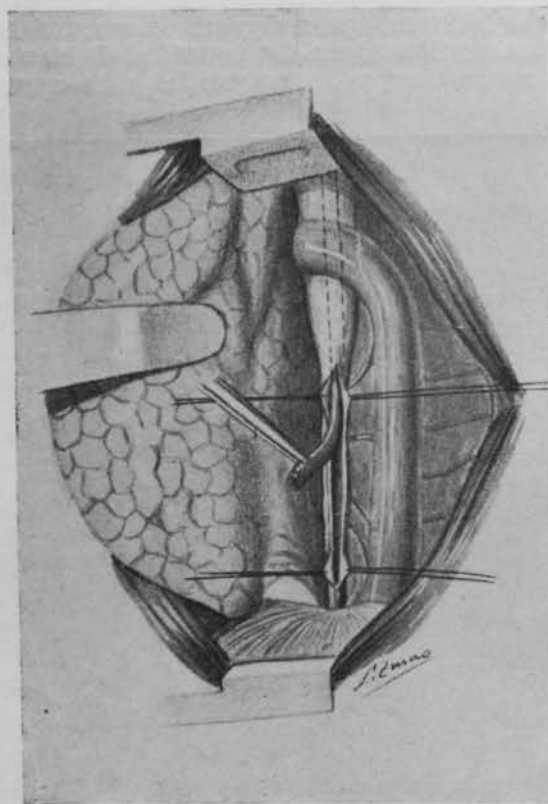


Fig. 8.—Abertura esofágica hasta la exteriorización de la sonda.

Resección y anastomosis término-terminal, sin duda alguna el proceder más fisiológico, solamente se puede emplear en las estrecheces cuya longitud no rebasa los 5 cm., lo que raramente ocurre. Son los casos en los que también se puede intentar las esofagoplastias.

La creación de un nuevo esófago interno a expensas de una viscera abdominal (estómago, yeyuno, colon) son las intervenciones a que modernamente se tiende, y dentro de estas visceras nos inclinamos por hacer la anastomosis a expensas del estómago. No produce molestias por compresión dentro del tórax y normalmente su longitud es suficiente para llevarlo a las porciones esofágicas más altas. Sólo recurrimos al yeyuno, ileon o colon, en los casos en que el estómago por algún motivo no se puede emplear, teniendo la desventaja estas anastomosis a

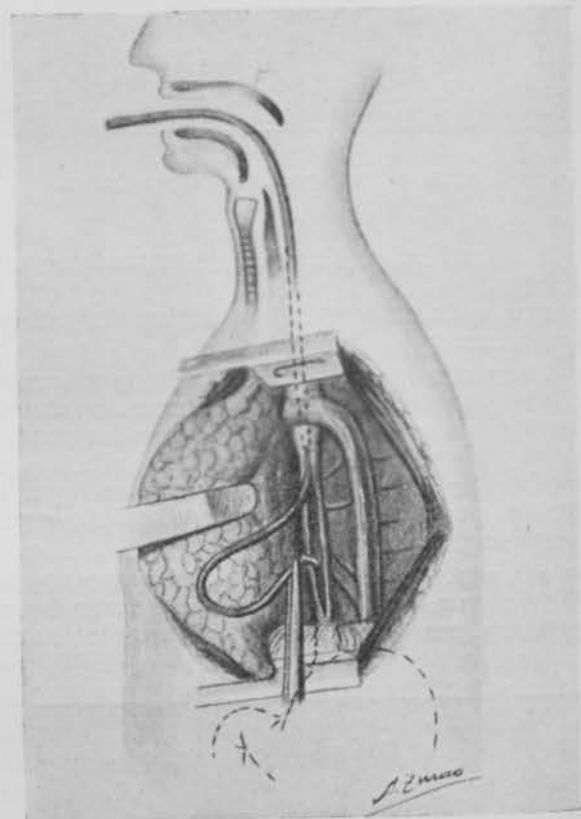


Fig. 9.—Pasando la sonda a estómago.

expensas de asas intestinales que en ocasiones es muy difícil garantizar la irrigación de la porción que se hace torácica.

Dentro de la práctica de la esofagogastrostomía hay quienes se inclinan a verificar la anastomosis sin resear el esófago estenosado, cuya resección evidentemente aumenta el riesgo quirúrgico por la intensa reacción periesofágica que suele existir. Nosotros, a pesar de esto, somos partidarios de su exéresis en atención a la posibilidad de degeneración maligna de esta porción, ya observada en algunos casos, a la dificultad de dilatar la anastomosis si se produce estenosis, así como a la esofagitis por retención que puede aparecer en el segmento no extirpado, complicaciones que se presentaron en siete ocasiones en una serie de 20 de SANTY, MICHAUD y MAYER. Nos parece buena técnica la seguida por LIRA, quien reseca la porción estenosada, pero en ocasiones deja un pequeño segmento "in

situ" cuando su enucleación ofrece excesivas dificultades.

Nuestra técnica.—En realidad, es el origen de nuestro trabajo, pues debido a la misma hemos revisado la literatura al objeto de comprobar si estaba o no descrita. Nuestra revisión ha sido negativa en este sentido, por lo que la consideramos ori-

tomía se deshace cuando tenemos seguridad de una permeabilidad permanente del esófago, lo que viene a acontecer a los dos o tres meses de la intervención.

Nos parece de gran interés esta nueva solución quirúrgica, que si bien no se podrá aplicar a todos los casos, aquellos en los que su práctica sea factible

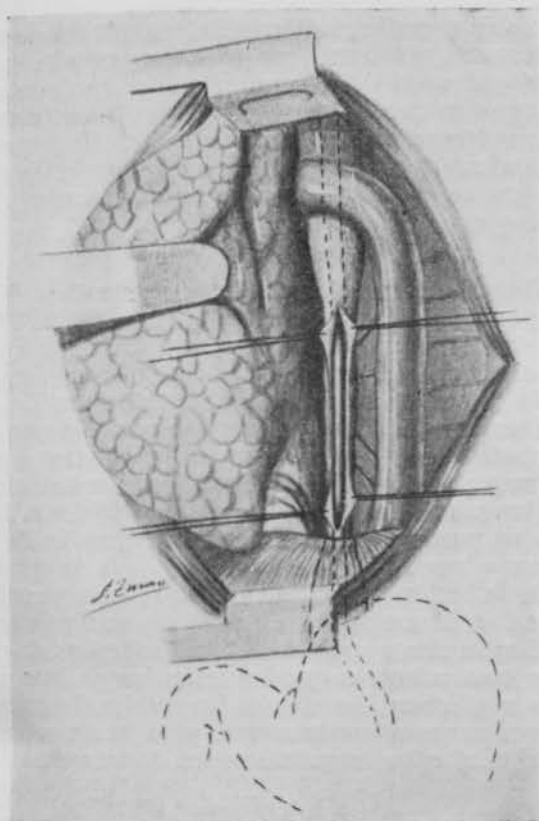


Fig. 1.—Sonda en posición a lo largo de la luz esofágica.

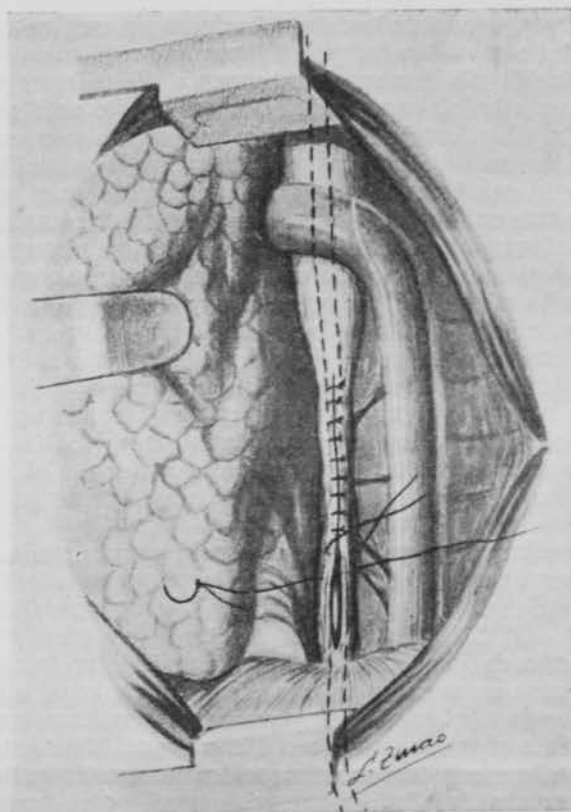


Fig. 11.—Rodeando la sonda con las paredes laterales y anterior del esófago.

ginal de GONZÁLEZ-BUENO, quien la ha practicado en tres enfermos, uno hace dos años, que hace un régimen alimenticio totalmente normal, y los otros dos este invierno. Su evolución hacia la curación definitiva, en ya pocos meses, se deduce de las radiografías pre y postoperatorias (figs. 1 a 6).

En esencia, la técnica consiste en practicar una toracotomía, derecha o izquierda, según la extensión y altura de la estenosis. Apertura de la pleura mediastínica a nivel del segmento estrechado, incisión del esófago en sentido de su eje mayor, prolongando la incisión en sentido craneal y cardial, hasta el momento en que por la extremidad superior de la incisión se exterioriza una sonda introducida por vía oral y por la apertura inferior se hace patente la luz esofágica. A continuación, sirviendo de guía y lecho las paredes posterior y laterales fibrosas en que está convertido esta zona de esófago, se introduce la sonda hasta el estómago, terminando el acto quirúrgico envolviendo la sonda con la pared anterior del esófago, con lo que su luz queda reducida en la porción estenosada al calibre de la sonda pasada (figs. 7 a 11).

En el postoperatorio inmediato estos enfermos se alimentan por su gastrostomía, y del 12 al 14 día se retira la sonda, comenzando las dilataciones y empezando a ingerir una dieta blanda. La gastros-

se verán recompensados de su relativo largo tratamiento postoperatorio con el riesgo casi mínimo de la intervención.

BIBLIOGRAFIA

- BICKHAM-CALLANDER.—Surgery of the alimentary tract, 1, 32, 1955.
FATTI, F. R. C. S., MARCHAND, CH. M. y CRAWSHAW, M. D.—Surg., Gyn. a. Obst., 102, 2, 1956.
HARDIN, Jr.—Amer. J. Surg., 91, 5, 1956.
LIRA, E.—Cirugía del cáncer y otras enfermedades del esófago. Santiago de Chile, 1956.
MAYNARD, A., ROTHAM, M. y NACLERIO, E.—A. M. A., Arch. Surg., 73, 1, 1956.
MAC LEAN, L. L. y WANGENSTEEN, O.—Surg. Gyn. a. Obst., 103, 1, 1956.
RUIZ MARTÍNEZ.—Rev. Clín. Esp., 59, 6, 1955.
EMERSON, E. B.—A. M. A., Arch. Surg., 71, 6, 1955.
CARVER Jr., W. C. SEALY y DURHAM.—Journ. Am. Med. Ass., 160, 17, 1956.
MORENO GONZÁLEZ-BUENO.—Tratamiento quirúrgico de las estenosis esofágicas por cáusticos. Comunicación al VIII Congreso Español de Patología Digestiva y de la Nutrición. Granada, 1957.
FINNERTY, J. J.—S. Clin. North Amer., 353, 1954.
BURFORD, T. H., WEBB, W. R. y ACKERMAN, L.—Ann. Surg., 138, 453, 1953.
ROSENBERG, N., KUNDERMAN, P. J., VROMAN, L. y MOULTEN, S. E.—Arch. Surg., 66, 1953.
HOLINGER, P. H. y JOHNSTON, K. C.—S. Clin. North Amer., 31, 135, 1951.
HUNG, W. C., HUANG, S. H. y LAI, C. L.—Arch. Otolaryn., 57, 283, 1953.
STOTHERS, H. H.—Arch. Otolaryn., 56, 262, 1952.
PUSTOW, C. B. y GILLESBY, W. J.—S. Clin. North Amer., 1955.