

NOTAS CLÍNICAS

COLOPLASTIA REPARADORA EN UNA ESTENOSIS ABSOLUTA DEL ESOFAGO (*)

P. G. DUARTE, A. RUIZ MARTÍNEZ
y M. FERNÁNDEZ FERMOZO.

En noviembre de 1954 describió el doctor GONZÁLEZ DUARTE, en una de las conferencias magistrales pronunciadas con motivo del año jubilar de la Academia Médico-Quirúrgica de Vigo¹, la técnica de aquellos actos quirúrgicos encaminados a restablecer la deglución, calificados de audaces en el campo de la Medicina, ya que vísceras situadas en el abdomen son trasladadas al tórax, remediando así el penoso estado a que llegan estos pacientes.

Señaló el doctor DUARTE a este propósito: "Que ya nos es posible entrar en la cavidad torácica con seguridad, y sobre todo con tranquilidad espiritual", y así es en efecto. El breve relato clínico de la penosa historia de una enfermita tratada en nuestro Servicio desde los diecinueve meses hasta la edad de cinco años, constituye el preámbulo de la exposición que el doctor FERNÁNDEZ FERMOZO, residente y adjunto de Cirugía del Gran Hospital de la Beneficencia General del Estado, y colaborador del doctor DUARTE, jefe del Servicio de Cirugía, les va a hacer de la intervención realizada, como feliz epílogo del éxito quirúrgico alcanzado, que puede ser considerado como continuidad y demostración práctica de lo que en aquella conferencia magistral se teorizó acerca de las posibilidades con que cuenta un individuo joven, suficientemente preparado, portador de una víscera bien vascularizada para poder restablecer la deglución a través del órgano afectado.

La complicada y penosa historia que vamos a referir es la consecuencia trágica de no fijar normas preventivas para poner fuera de acción, como señalamos en nuestra primera comunicación², al agresivo determinante del mal, la lejía de sosa, en la mayoría de los casos expedida comercialmente sin las más elementales normas de precaución. Debemos insistir además en la necesidad de comenzar las dilataciones precozmente, aunque el enfermo después del tratamiento local de las lesiones iniciales no sienta la menor molestia, ya que en ese período se está fraguando la fibrosis retráctil y postcicatricial, que lleva de camino a lo inevitable cual es la fatal gastrostomía.

El relato del acto quirúrgico con su preoperatorio, y las tres intervenciones realizadas en una

enfermita de cinco años, mal nutrida, con las estructuras minimales propias de su edad, ha creado en nosotros ese estado de satisfacción que proporciona el salvar la vida de un paciente condenado a una muerte cierta, restableciendo la deglución de una manera tan brillante, unido al interés científico de seguir su marcha clínica, pues hemos de considerar que la desfuncionalización del órgano para crear la ectopia visceral no lleva consigo el hecho de cambiar su inervación; de ahí nuestro interés en estar atentos a observar cómo va a comportarse el colon acomodado dentro del tórax ante los estímulos emocionales tan acusados por esta víscera, encargada ahora, por el malabarismo quirúrgico efectuado, de remediar la estenosis absoluta del esófago de aquella enfermita, cuya historia clínica comienza así:

Serafina Varela Maceira, de diecinueve meses.
Historia número 17.423/54. 3 de agosto de 1954.

Es enviada por el médico puericultor doctor REQUEJO CAMBESES, que interesa: "Sondaje progresivo que pueda restaurar el paso de alimentos".

Hace veinticinco días que en un descuido de la madre había ingerido sosa, para hacer lejía, a gran concentración; vive en un medio rural, alejado de centros de asistencia, siendo tratada de urgencia con soluciones ácidas y desinfectantes bucales. Ceden las lesiones de lengua, boca y úvula, y traga bien hasta el 3 de agosto y semana precedente, fecha en que se atraganta, tose y se angustia.

EXAMEN CLÍNICO.

Está desnutrida, pesa escasamente 9 kilos, no hay lesiones aparentes en boca y es muy rebelde, haciéndose penosa la exploración radiológica; sin embargo, conseguimos tránsito, visualizando paso estrechado. Pasamos la sonda número 13 de la fila de Charrière, y sucesivas hasta la número 19, utilizando cortisona e irrigaciones forzadas, según método descrito en nuestra comunicación de 11 de enero de 1955. El 28 de agosto conseguimos una permeabilidad aceptable (*), siendo tratada progresivamente en asistencia ambulatoria hasta pasar sin dificultad la número 21. El día 23, tras laboriosas maniobras, dificultadas por la rebeldía de la pequeña, logramos radiografías bien demostrativas (doctor DURÁN, figura 1). Sigue tratándose en forma discontinua, porque comienza a tragar bien y los familiares creen resuelto el problema. Comienza el invierno, las dificultades de desplazamiento son grandes, vive a más de 40 kilómetros de la ciudad, y debe ser transportada por caminos rurales de montaña (una hora de camino hacia la vía principal de comunicación).

En estas condiciones aconsejamos hospitalización, siéndonos enviada para continuar el tratamiento de dilataciones progresivas, que reanudamos el 5 de noviembre, comprobando que durante el par de meses que abandonó el tratamiento el esófago se ha estrechado: refiere la madre que ha pasado momentos difíciles que cedieron al expulsar pus en un vómito (?).

Continuamos tratamiento hasta el 28 de febrero de 1955, fecha en que habíamos logrado una permeabilidad

(*) Comunicación a las II Jornadas Médicas Galáico Portuguesas. Vigo, 1-VIII-58.

(*) Véanse datos referentes a esta enferma publicados en esta Revista número 6, 31-XII-55, pág. 400.

aceptable; que permita a la enferma alimentarse; "de todas formas, informamos que el tratamiento dilatador deberá seguirse durante un año más".

Se cree nuevamente resuelto el problema, no volviendo a ver a la enferma hasta el 27 de septiembre de 1956, fecha en que llega en gran estado de inanición.

Desnutrición absoluta, edemas de hambre, que reclaman hospitalización inmediata, que realizamos en nuestro Servicio del H. M. de Vigo, y gastrostomía de urgencia.

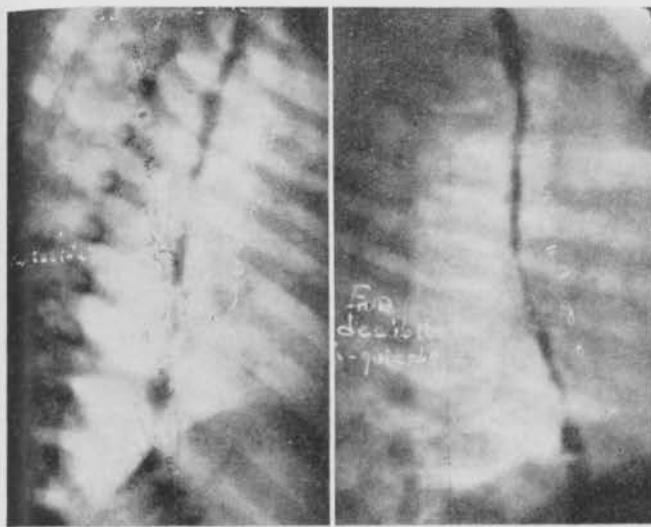


Fig. 1.—Serafina Varela. Historia núm. 17.423-1954. Permeabilidad lograda a los veinte días del tratamiento con dilataciones progresivas. (Radg. doctor DURÁN, 23 agosto 1954.)

cia (doctor TRONCOSO ROZAS), que permitió hidratar y reanimar aquella enfermita, que entonces contaba veinticinco meses, con alimentación y medicación adecuada a través de la fistula, y sobre todo la atención y cuidado del personal subalterno y monjas encargadas del Pabellón de Pediatría, a las cuales debemos rendir un homenaje de gratitud, ya que han sido las principales colaboradoras en aquella penosa misión.

La esofagoscopia (doctor SALGADO URTIAGA) permitió evidenciar un paso tan filiforme que sólo a duras penas logramos pasar una sonda de uréter, con la cual tratábamos de instalar el hilo continuo a través de la fistula gástrica, y olivas progresivas para efectuar dilataciones que permitieran restablecer la permeabilidad esofágica perdida.

La visión esofagoscópica nos dió idea de la firmeza del proceso fibroretráctil, confirmándonos la suposición que habíamos formado acerca de que aquel esófago estaba totalmente perdido, y que sólo una operación reparadora a expensas de una plastia visceral podría cuando el estado de nutrición y edad de la enfermita lo permitiera, resolver la penosa situación.

Encaminamos nuestros esfuerzos desde aquellas fechas hasta octubre de 1957, es decir, cuatro años más tarde, y cuando la nena contaba cinco años, a colocarla en situación de resistir la intervención, que hubo de efectuarse en tres tiempos, y cuyo relato clínico van a escuchar ustedes a continuación:

Serafina Varela Maceira, de cinco años de edad. Ingresa el 16 de octubre de 1957 (Planta 7.^a, Pabellón B, cama 14). Gran Hospital de Beneficencia General del Estado.

Han transcurrido tres años y medio después de haberse producido quemaduras esofágicas por ingestión de lejía de sosa.

Se alimenta con sonda colocada en fistula de gastrostomía. No puede tragar nada y presenta un regular estado de nutrición. Se trata según normas del Servicio de Plasmoterapia y Rehidratación Infantil hasta el 3 de diciembre, que pasa al Servicio de Cirugía para ser intervenida.

Por exploración radiográfica y esofagoscopia se com-

prueba estenosis alta de esófago en hipofaringe y estenosis total a lo largo del tubo esofágico.

Se plantea, pues, una intervención quirúrgica a base de crear un neoesófago que deberá restaurar su deglución.

Se ha empleado para restablecer la deglución un órgano digestivo (estómago, yeyuno, colon derecho o colon transverso), efectuando plastias cutáneas, llegándose a hacer sustituciones mediante sustancias plásticas (polietileno, ivalón), pero desgraciadamente los resultados no han sido satisfactorios debido a las estenosis y necrosis que se producían en las zonas de anastomosis.

Desde BIRCHER (1894) hasta la fecha, han sido practicados todos estos métodos de sustitución para remediar estrecheces congénitas, estenosis por ingestiones cáusticas, neoplasias malignas, etc.

Estas esofagoplastias han sido practicadas por vía anteroráctica, algunas veces colocando el asa u órgano digestivo en un túnel fraguado ante la piel y el tejido celular subcutáneo (plastias de Lexer, Roux, Kelling, Vuillet, Roith, Yudin, Kirsner, etc., por no citar otros).

La vía anteroráctica va cediendo paso a las plastias retroesternales, colocando el asa que ha de realizar la sustitución en un túnel practicado en el mediastino anterior (entre el esternón, pleura mediastínica y tejido pericárdico u ombligo torácico), acortándose por este proceder el camino hasta el cabo esofágico en relación con la vía anteroráctica.

En esta niña se ha elegido para la creación del neoesófago el colon derecho (plastia de Roith, 1924). Su circulación arterial en forma de arcada, irrigada por la poderosa arteria que significa la cólica media, permite una reparación plástica del esófago.

A ROITH se debe la primera técnica anteroráctica para utilizar el colon derecho en la formación de un neoesófago, habiéndose utilizado en esos últimos tiempos las plastias retroesternales, y éste es el proceder que hemos utilizado nosotros, pero con una ligera variante: la esternotomía media, al objeto de una mejor colocación del asa en el mediastino anterior.

Para que un neoesófago sea eficaz deben reunirse ciertas condiciones: longitud suficiente, buena musculatura

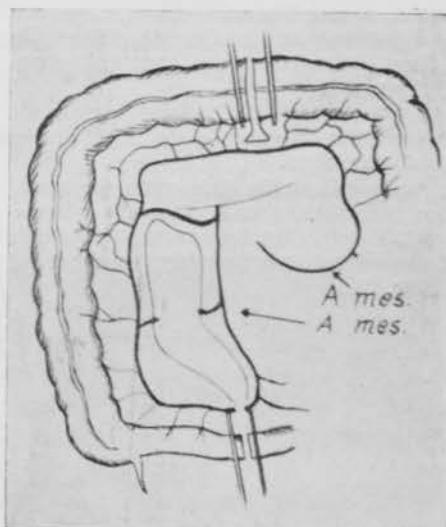


Fig. 2.—Segmento intestinal que se desfuncionalizó y utilizó para realizar la coloplastia en esta enferma. (Operación, 3 de diciembre de 1957.)

y eficiente contractilidad del asa, que permita la progresión del bolo alimenticio evitando la estasis; que posea una escasa absorción y resistencia del asa transplantada a la acción de los jugos digestivos. Tales condiciones las reúne el intestino grueso (colon derecho), ya que su meso largo le permite el desplazamiento a la región torácica, sus movimientos peristálticos eficaces empujan activamente el bolo alimenticio y, por otra parte, su resistencia a los ácidos evita la úlcera péptica que suele producirse

en el yeyuno, así como su menor absorción que cualquier asa delgado le convierte en asa ideal para la sustitución que se pretende realizar.

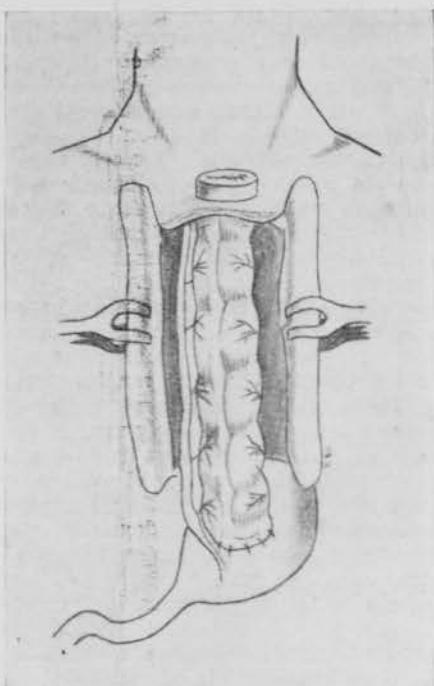


Fig. 3.—Representación esquemática de la esternotomía media practicada y asa del colon que va a sustituir al esófago. (Operación, 3 de diciembre de 1957.)

INTERVENCIONES OPERATORIAS EFECTUADAS Y MÉTODO SEGUIDO.

3 de diciembre de 1957. Primera intervención:

Cirujano, doctor GONZÁLEZ DUARTE.

Ayudantes: Doctores FERNÁNDEZ FERMOZO y CONEJERO.

Anestesista, doctor VELA.

Anestesia general con intubación. Inducción con pentotal. Oxígeno. Curarización y mantenimiento con protóxido y oxígeno.

Tiempos operatorios: 1.º Incisión abdominal desde la base de la apéndice xifoides hasta tres traveses de dedo por debajo del ombligo.

2.º Desfuncionalización del colon derecho. Se libera desde el ileo terminal hasta 4 cm. de la válvula ileocecal, hasta la mitad del colon transverso, liberándole de sus relaciones con el retroperitoneo y seccionándole sus adherencias (fig. 2).

Liberación de los vasos ileocecoapendicular y de la cólica derecha, por encima de la arcada marginal, previo clampaje de los mismos. La circulación del colon queda asegurada por la arcada marginal derecha e irrigada por la cólica media. Durante unos minutos se comprobará la coloración del intestino a trasplantar, observando la buena pulsación de las arterias.

Sección del asa a nivel del ángulo ileocólico y cerca de la mitad del colon transverso, más allá de la entrada de la cólica media.

La mejor garantía para preservarse de la necrosis por isquemia es comprobar que saltan pequeños chorros de sangre de las arterias de los dos cabos, lo cual indica una suficiente irrigación del asa desfuncionalizada.

Ligadura final de los vasos ileocecoapendicular y cólica derecha por encima de la arcada marginal, seccionando el meso correspondiente.

3.º Se practica la anastomosis del ileo terminal al transverso.

4.º Se extirpa la apéndice xifoides, prolongando la incisión hasta arriba, en la línea media torácica, hasta la horquilla esternal.

5.º Se practica un túnel, fraguándolo entre el peritoneo del esternón y el tejido celular mediastínico.

6.º Se efectúa la anastomosis del asa distal del colon con la cara anterior del estómago.

7.º Se practica una esternotomía media, colocando el asa cólica desfuncionalizada en el canal torácico, formando a través de la herida esternal, cerrando ambos labios de esta herida con puntos de alambre, dejando el extremo proximal ileocólico abocado en la piel de la fosa supraesternal (fig. 3).

14 de enero de 1958. Segunda intervención:

Cirujano, doctor GONZÁLEZ DUARTE.

Ayudantes: Doctores FERNÁNDEZ FERMOZO y CONEJERO.

Anestesista, doctor VELA.

Anestesia general con intubación. Inducción con pentotal. Oxígeno. Curarización y mantenimiento con protóxido y oxígeno.

1.º Se libera el esófago cervical, efectuando la incisión que sigue el borde anterior del esternocleidomastoideo hasta la fosa supraesternal.

Esta liberación del tramo esofágico cervical es penosa; existen adherencias de perioesofagitis que llegan hasta la tráquea, siendo preciso seccionarlas, así como practicar algunas suturas en la misma tráquea. Se continúa la liberación del esófago, con sección del mismo, hasta encontrar una zona permeable en su dirección craneal; esta permeabilidad se encuentra muy alta en la hipofaringe.

Se aboca este tramo esofágico cervical liberado a la piel, suturando en fondo de saco el extremo distal, que se abandona en el interior de la herida operatoria (figuras 4 y 5).

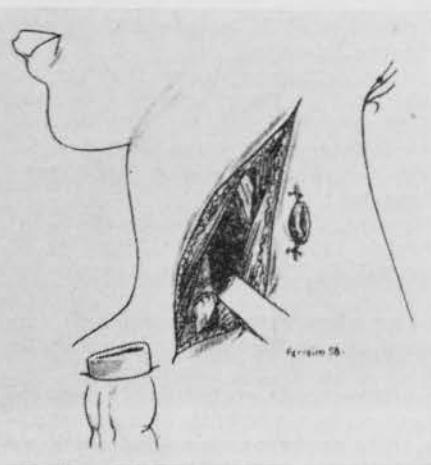
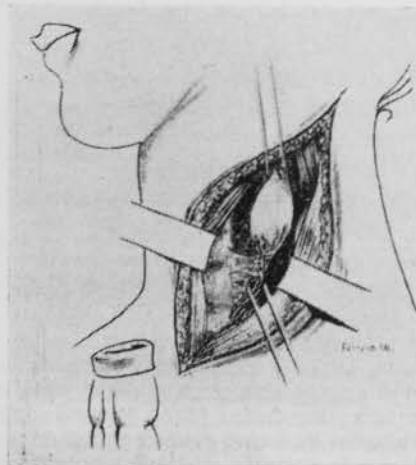


Fig. 4.

Fig. 4-5.—Representación esquemática de la incisión efectuada con indicación de las suturas de los cabos esofágicos y superior del colon a la piel. (Operación, 14 de enero de 1958.)

Fig. 5.

12 de mayo de 1958. Tercera intervención:

1.º Liberación del extremo cólico que se había suturado en la operación realizada en diciembre, en la fosa supraesternal, suturándolo boca a boca con el cabo del esófago cervical, abocado a la piel en la intervención precedente a ésta, con lo cual se restablece la continui-

tablezca por completo la deglución pueda procederse al cierre de la fistula estomacal por que antes se alimentaba, y que se mantiene abierta hasta asegurar un perfecto tránsito por el neoesófago, hecho a expensas del asa cólica desfuncionalizada (figs. 6, 7 y 8).

CONSIDERACIONES.

Se insiste en esta comunicación en la necesidad de fijar normas preventivas para poner fuera de acción el agresivo determinante del mal, en la mayoría de los casos la lejía de sosa, de

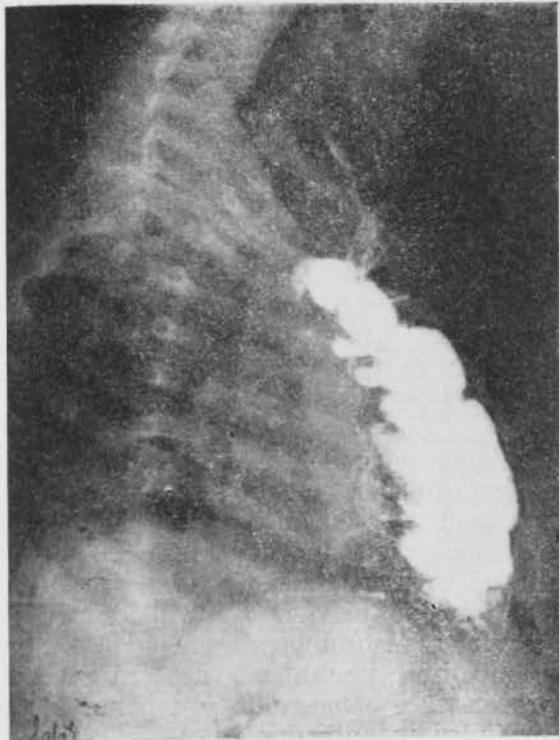


Fig. 6.—Véase el tránsito a través del asa cólica que ha sustituido al esófago. Radiografía obtenida el 22 de julio de 1958, a los tres meses de la última intervención realizada.

dad esófago-colon (fig. 6). La niña comienza a tragarse los veinte días de esta tercera intervención. A las tres semanas se produce una pequeña fistula en el lugar de la anastomosis, quedando pendiente que una vez se res-

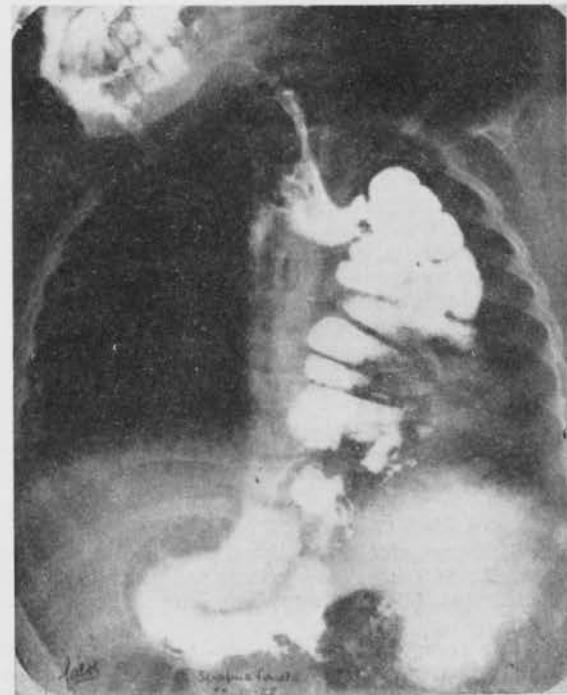


Fig. 7.—La repleción del colon, con contraste mediante sonda, permite ver la intensa contractura del mismo al estimularlo de la ingestión.

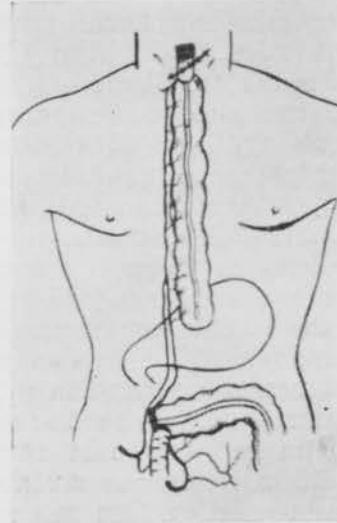


Fig. 8.—Representación esquemática de las anastomosis efectuadas.

uso muy difundido en las casas de familia, y expandida sin las más elementales normas de seguridad.

Se expone la necesidad de efectuar dilataciones precoces en todo enfermo que haya ingerido un cáustico, no abandonando la práctica hasta estar seguros de que se ha conseguido una permeabilidad aceptable, y que la tan temible estenosis cicatricial retráctil va a obliterar el

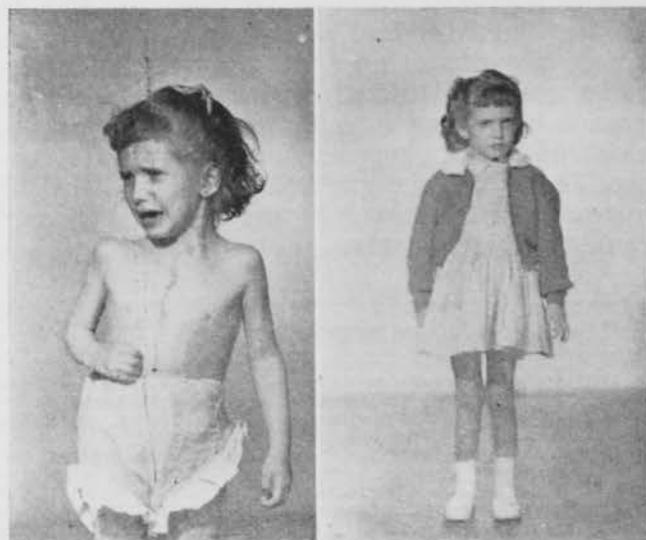


Fig. 9.—Serafina Varela Maceira. Historia núm. 17.423-1954. Véase la cicatriz torácica y estado actual de la enferma a que se hace referencia en la comunicación (agosto, 1958).

paso, dando lugar a actos quirúrgicos de la categoría del que se reseña.

En el orden de la intervención realizada se reseñan los tres tiempos precisos para formar un nuevo esófago en una niña de cinco años y medio.

Se ha utilizado el asa cólica derecha, ya que ella permite un desplazamiento más eficaz (las sustituciones con yeyuno se han desecharado por su escasa longitud e insuficiente riego, así como por la posibilidad de que puedan producirse úlceras pépticas) (HUBLER y FRIEDLANDER¹⁰).

En los niños no debe excluirse el estómago, puesto que en ellos este hecho provoca marcado retraso en el desarrollo (GROS y SWET¹¹). La variante que se ha introducido en el método es practicar esternotomía media, ya que ello trae consigo ciertas ventajas tales como conseguir una buena irrigación del asa transplantada al tórax, ya que permanece con toda su integridad funcional una vez allí colocada.

Las maniobras de pasar el asa por el túnel fraguado entre el esternón y el tejido celular mediastínico lleva consigo muchas veces tracciones violentas sobre la misma y desgarros del meso, roturas de arteriolas y hasta compresión de la arteria cólica media; con todo ello se comprometía seriamente la circulación del asa, lo que dió motivo a que muchos cirujanos abandonaran la práctica. Con esta modificación de practicar esternotomía media (proceder que hemos seguido anteriormente en dos casos al efectuar coloplastia paliativa por neoplasias malignas del esófago) colocamos el asa con toda suavidad, y por su aire, en el lecho labrado en el mediastino y entre ambos hemiesternones, evitando las tracciones y desgarros a que hemos hecho referencia.

Esta esternotomía media nos permite lograr un lecho más amplio al poder practicar disección a cielo abierto, logrando más holgura para el asa intestinal transplantada.

Si bien es cierto que en los niños la respiración es más difícil en los primeros días de la intervención debida a la herida esternal, pudiendo provocarse un síndrome de pulmón húmedo, siendo evitados estos inconvenientes logrando una buena sujeción torácica, y la práctica de una atenta aspiración intraoperatoria de secreciones, proceder que utilizamos en todos los operados de tórax, con lo que evitamos encharcamientos pulmonares.

BIBLIOGRAFIA

- "Restauración quirúrgica de la deglución", doctor PLÁCIDO G. DUARTE, Conferencia Academia Médico-Quirúrgica de Vigo, 14 noviembre 1954. (Inédita, en el archivo de la Academia).
- "Nuestra experiencia en las quemaduras de esófago por cáracteres", doctor ANTONIO RUIZ MARTÍNEZ, Comunicación a la Academia Médico-Quirúrgica de Vigo, 11-I-55. Publicada en REV. CLIN. ESP., 31-XII-55.
- KIRSNER.—Tratado de técnica operatoria general y especial, tomo IV.
- ROITH.—1924.
- MARTÍN LAGOS.—Rev. Esp. Ap. Dig., 16, 5, 1957.
- NADAL y GUSTANSON.—Arch. Surg., 74, 442, 1957.
- NISSEN.—"Operaciones en el esófago".

- ROBERTSON, R. y R. R. SARJEANT.—J. Thorac. Surg., 20, 689.
- FORTNER y KIEFER.—Cit. GIL VERNET. J. d'Urologie, 63, 7-8, 1957.
- FRIEDLANDER y HUBLER.—Cit. KIRSNER. Tratado de técnica general y especial, tomo IV.
- GROS.—Cirugía infantil, pág. 90.
- ROBINS, M. D. y PATTERSON, R. H.—147, 6, 1958.
- SWET.—J. Thoracic Surg., 20, 705, 1950.
- WRIGHT, S.—Fisiología aplicada, pág. 716.

LA ADENINA EN LA AGRANULOCITOSIS (*)

Descripción de un caso.

J. A. ADRIÓ MATEO y C. CRISTOS DE LA FUENTE.

Decidimos la presentación de este caso por haber empleado en su tratamiento un fármaco de muy reciente aplicación y de cuya operancia no tenemos noticia que nada se haya publicado en España; nos decide también su presentación lo raro del caso, con una agranulocitosis absoluta y un descenso muy pronunciado de la serie linfomonocítica; por último, nos anima el efecto sorprendente conseguido y exponer las particularidades encontradas.

Se trata de un hombre de cuarenta y nueve años, que presentaba como único antecedente personal fiebre tifoidea a los veintinueve años. Profesión, campesino.

Su historia familiar se reduce a un hermano muerto de T. P. y cuatro vivos y sanos.

El enfermo ha tenido once hijos, de los que murieron dos, uno de difteria y el otro no precisa.

Como dato de cierto interés consignaremos que manifiesta que al tomar aspirina nota "una sacudida nerviosa" con temblor, pero sin sensación de fiebre (nunca se puso el termómetro), y que dura próximamente una hora.

El 20-XI-58 le extraen dos piezas dentarias y el consiguiente dolor le obliga a tomar un calmante que le proporcionan, ingiriendo dos comprimidos de no sabe qué (aspirina?), presentándosele seguidamente la "sacudida nerviosa" con gran cefalalgia y trastornos visuales. A los cuatro o cinco días de esto se le presenta fiebre de 39°-40°, aumenta la cefalalgia, gran astenia y también aumentan los trastornos visuales, que describe como una neblina que le impide la visión.

Acude a un neuropsiquiatra (doctor GARCIA DE LA VILLA), quien al no encontrar nada de su especialidad le recomienda hacerse un hemograma completo, lo que descubre su agranulocitosis.

HEMOGRAMA.

Sedimentación, 65, 102. Media de Katz, 70.5. R., 4.540.000. Hemoglobina (Hellige), 90 por 100. Valor globular, 1. B., 84 (ochenta y cuatro). Fórmula leucocitaria: Linfocitos, 95 por 100. Monocitos, 5 por 100. Granulocitos, 0 (!).

Ante una fórmula semejante se le instituye el día 30 del mismo un tratamiento con la ACTH, de la que se da una dosis de 25 mg.; pero el día 1 de diciembre de 1958

(*) Comunicación a la Academia Médico-Quirúrgica de Vigo. Sesión 14-I-1959.