

RÉSUMÉ

Dans 12 cas de kyste hydatidique l'auteur emploie son traitement conservateur avec un gran succès. Il s'agit de l'injection de solutions huileuses de thymol dans de l'huile iodée. On expose la technique suivie ainsi que les résultats aussi bien cliniques que radiographiques. On n'observe jamais de phénomènes toxiques.

NECESIDAD DE UN DIAGNOSTICO PRECOZ DE LAS NEOPLASIAS ESOFAGICAS, DADAS LAS ACTUALES POSIBILIDADES DE SU TRATAMIENTO QUIRURGICO (*)

A. RUIZ MARTÍNEZ (**)

Vigo.

Hace ya muchos años el Dr. FAURE atravesó el Atlántico para ir a Baltimore, donde dió una conferencia sobre la cirugía del cáncer del esófago. Allí dijo poco más o menos: "No puedo ni debo ocultar a ustedes que la extirpación de un tumor del esófago es una operación temible, heroica y de extrema gravedad. Todos los enfermos que operé han muerto. No obstante, cada vez que se me presente un enfermo con un cáncer de esófago lo operaré. Si lograra salvarle la vida, esto justificaría todas las muertes operatorias."

Desde entonces hasta ahora mucho se ha trabajado para lograr que ese conducto músculo-membranoso que esconde sus veinticinco centímetros de trayecto en el mediastino posterior y en íntima relación con órganos de vital importancia, pudiese ser abordado y con él todos los paquetes ganglionares cuyo control es indispensable en todo intento quirúrgico que deba asegurarse algunas posibilidades de éxito.

No cayó, por lo tanto, en el vacío aquella advertencia del gran cirujano latino, siendo precisamente sus colegas norteamericanos quienes año tras año han ido mejorando las técnicas, para muy recientemente lograr dar cumplida respuesta al que con toda lealtad habló de sus fracasos, pero sentó la firme consigna de seguir adelante.

Se ha llegado hace poco tiempo a establecer métodos perfectamente reglados que permitieron convertir esa "tierra de nadie", donde se escondía el esófago torácico, en amplio campo quirúrgico que permite la extirpación de la tumoración, y lo que es más importante todavía,

el control de los ganglios que caen dentro de la esfera expansiva de la misma.

Creemos que las necesidades del tratamiento quirúrgico de las lesiones tuberculosas pulmonares con sus amplias toracoplastias, posibles merced al poderoso auxilio de nuevos métodos anestésicos y al estudio y prevención del shock que estas largas intervenciones provocan, es lo que ha abierto el camino a la solución quirúrgica de las afecciones del esófago, facilitando el tratamiento de las formaciones diverticulares, de las estrecheces por cáusticos o de la extirpación de cualquier cuerpo extraño que por circunstancias de enclavamiento no sea recuperable por método endoscópico, y si desgraciadamente nuestro enfermo es un estenosado por neoplasia esofágica estamos ya ahora en condiciones de prolongar su supervivencia y quizás alejar la posibilidad de una recidiva.

Cuando logramos nuestra formación universitaria habíamos llegado a la conclusión de que a pesar de los intentos de FAURE y TUFFIER, de París; de WENDEL, de Magdeburgo, pasando por MEYER, de New-York; ACH y UNGER, de Berlín y Munich, respectivamente, todo lo que se hacía para abordar convenientemente el esófago no caía dentro de las posibilidades de un éxito que valiera la pena intentarlo; todos los enfermos que veíamos portadores de estos procesos malignos que estrechaban su esófago, sólo podíamos ofrecerles dos cosas: "morfina y mentiras". Llegamos al ejercicio profesional, veíamos todos los meses uno o dos estenosados de esófago, que atormentados por sus dificultades de deglución, llegaban a la muerte por inanición, sin que la cirugía pudiese ofrecerles más solución que la gastrostomía paliativa, que cirujano y enfermo rechazaban.

Por fin, a mediados de 1945 leímos varios trabajos en relación con los efectuados por GARLOK y SWEET, cirujanos americanos que abrían con su nueva técnica amplias posibilidades para la práctica perfectamente reglada de la esofagogastrostomía transtorácica, que había de sustituir a la operación de TOREK, evitando la fistula esofágica o gastrostomía, que obliga a llevar al enfermo una vida sumamente desgraciada. Allí se demostraba que la reconstrucción intratorácica del esófago tenía múltiples ventajas: cumpliendo la doble finalidad de prolongar la vida, llevándose la tumoración; estableciendo la permeabilidad del conducto, dejando al enfermo completamente normal, y sólo con las posibilidades de que la neoplasia pudiera recidivar. El método era radical y atrevido, permitiendo abordar el esófago terminal y el tercio medio (el esófago presenta todavía una región inaccesible, la situada por encima del arco aórtico y por detrás de la fosa suprasternal); mediante este proceder se consigue un perfecto control (lo que no ocurría en la operación de TOREK) de los dos importantes grupos de ganglios regionales, los supradiafragmáticos paracardíacos y los que siguen el trayecto de la coronaria estomáquica, que junta-

(*) Comunicación presentada a la Academia Médico-Quirúrgica de Vigo el 23 de febrero de 1949.

Se reseñan dos de los primeros casos operados en España de esófago-gastrectomía por vía transdiafragmática.

(**) Este trabajo, puesto en inglés, ha sido enviado al Award Contest de 1951 de la National Gastroenterological Association Norteamericana.

mente con los que rodean el segmento torácico inferior del esófago son los que se encuentran invadidos por las metástasis tumorales. El esófago era sustituido por el propio estómago, llevado al tórax, provocando una verdadera ectopía visceral.

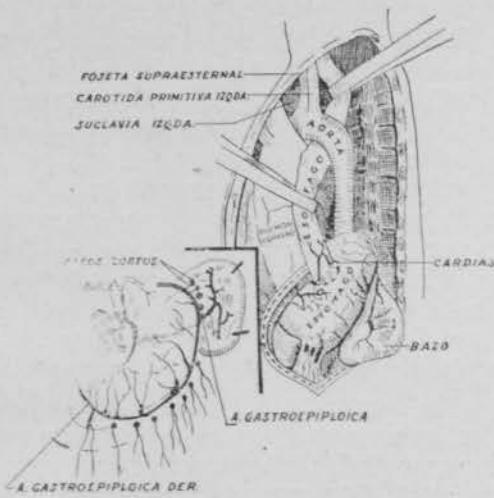


Fig. 1.—Disección necesaria para la esofagostomía y anastomosis esofagogastrica alta por encima del arco aórtico. Movilización completa del esófago hasta la cúpula del tórax. Movilización completa del estómago conservando únicamente las arterias pilórica y gastro-hepática derecha. Los puntos negros indican los vasos que deben ser seccionados.

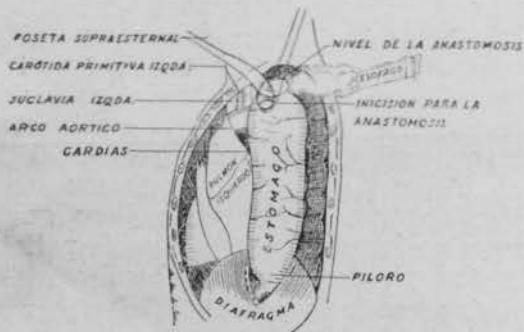


Fig. 2.—Escindido el diafragma, se pasa el estómago a su través, para sustituir el esófago resecado con su tumo-ración.

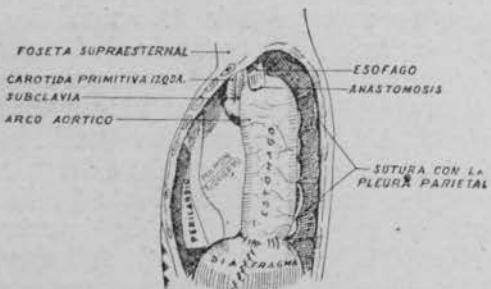


Fig. 3.—Operación terminada anastomosis esofagogastrica, quedando fijo el estómago por puntos separados a pleura parietal.

(Dibujos tomados del trabajo original de R. SWEET. Comunicación a la American Surgical Association.)

Percibimos que esta operación era cruenta, larga, laboriosa y arriesgada. Sin embargo, más de treinta enfermos habían sido beneficiados por este método. La mortalidad post-operatoria inmediata no era prohibitiva; el enfermo había de ser convenientemente preparado, y métodos

anestésicos con aparatos de hipertensión habían de ser utilizados.

A fines de este mismo año recibimos la visita del Dr. BENGOCHEA, que especializado en cirugía torácica deseaba realizar intervenciones de esa índole, contando al efecto con equipo de anestesia adecuado para ello. Así nació nuestro propósito de hacer operar al primer paciente portador de una neoplasia de esófago, que por sus condiciones fuese caso adecuado para ello.

El dia 11 de febrero de 1946 vino a nuestra consulta un enfermo, que nos dice que tiene gran dificultad para tragiar, hasta el punto de que no pasa ya ni los líquidos; que su dolencia había comenzado hacia tres meses. Se trata de un marinero robusto, de sesenta y cuatro años, tipo longilineo, bien constituido, y cuyos antecedentes morbosos se concretaban a haber sido traqueotomizado de urgencia por un edema agudo de glotis y haber padecido una meningitis meningocócica; ningún antecedente de ingestión de cáusticos refería el enfermo, y su salud había sido siempre buena, salvo los antecedentes reseñados.

En estas condiciones pasamos a explorarle radiológicamente, apreciándose detención del bario que perdura a nivel del cardias para pasar lentamente al estómago. Las paredes del esófago son perfectamente visibles, sin quebraduras, hasta la misma linea del cardias; el esófago ha empezado a dilatarse, y los vómitos que el enfermo refiere no son de contenido gástrico, sino de restos alimenticios alojados en la ya amplia dilatación esofágica.

El cateterismo con sonda blanda resulta imposible, no logrando traspasar el cardias. A expensas del bario, que lentamente logró penetrar en el estómago, efectuamos una exploración en decúbito supino, que nos permite comprobar una falla e irregularidad del fornic gastrico, que enjuiciamos de origen neoplásico, siendo esta neoformación la que oblitera el esófago.

El enfermo tenía tinte muy anémico; estaba intensamente deshidratado. Su cifra de glóbulos rojos era de tres millones cuatrocientos treinta mil, y la velocidad de sedimentación daba un índice de Katz de veintisiete.

No había ganglios palpables; la visión radioscópica del tórax tampoco acusaba signos sospechosos de metástasis pulmonar.

En estas condiciones propusimos al Dr. BENGOCHEA

Paciente diagnosticado de cáncer de esófago terminal, propagado de estómago (Dr. RUIZ MARTÍNEZ). Intervención propuesta: Esófago-gastrostomía por vía transtorácica.

Preoperatorio: Una semana antes, tres transfusiones directas de trescientos gramos de sangre. Intervención: El 16 de marzo de 1946. Determinación de proteínas plasmáticas: Seis gramos. Hematócrito: 43. Tensión arterial: 90/60.

Se inyectan antes de la intervención un cuarto miligramo de ouabaina y una ampolla de Simpatol, pásándosele 500 gramos de suero glucosado en vena. Al comenzar la intervención la tensión estaba en 105 de máxima y 70 de mínima.

Operación: Catéter en la vena tibial anterior para venoclisis durante la operación.

Anestesia en circuito cerrado con éter oxígeno. Incisión sobre toda la novena costilla, desde el cuello hasta el cartílago. Pleura libre; sección de ligamento triangular. Inspección de la vena pulmonar inferior izquierda y de la aorta; liberación del segmento esofágico a ese nivel; apertura del diafragma. Inspección a nivel del pequeño epiplón y de la cara posterior del estómago; en virtud de las adherencias se extirpa el bazo. Se libera el esófago abdominal. Se extirpa el pequeño epiplón con sus ganglios. Se liga la coronaria estomáquica. Se dejan las gastroepiploicas unidas al estómago para mantener el riego sanguíneo de éste.

Este tiempo fué tan laborioso, que hacia pensar que si las dificultades se incrementaban era oportuno ce-

rrar. Por fin el estómago fué liberado a nivel del cardias, así como el esófago abdominal. Un clamp colocado sobre el estómago permitió resear la mayor parte de este órgano, y con él toda la curvatura menor. El estómago fué suturado en tres capas, quedando en forma de un tubo, nutrido por las gastroepiploicas y pilórica. Se extirparon todos los ganglios visibles.

El tubo estomacal fué llevado al tórax; el diafragma fué suturado cuidadosamente en su perímetro y



Fig. 4.—Tratábase de un adenocarcinoma de epitelio cilíndrico (Dr. VARELA GIL).

después en su brecha antero-posterior. Lo que se ha efectuado hasta aquí ha sido bien soportado gracias al equipo de transfusión y al método seguido, inyectando unas veces suero fisiológico glucosado, otras plasma y otras sangre, de acuerdo con lo indicado por el método de la caída de la gota, las tablas de SCUDER y las cifras de tensión arterial. Las dificultades fueron en este caso grandes para nosotros, y hasta aquí se consumieron dos horas de tiempo. Anotar que hasta ahora la técnica no ha permitido ninguna contaminación intra-abdominal.

El esófago fué liberado bastante hacia arriba, cerca del cayado, con el propósito de resecarlo más. Dos ganglios fueron extirpados.

Cara posterior.—Puntos separados de seda seromuscosa. Sección del esófago por debajo del clamp, notase una arteria intramural que sangra. Introducción de una torunda dentro de la luz esofágica (pues no se había intubado el esófago) después de haber aspirado el contenido del esófago. Incisión transversal del estómago. Unión esófago-estómago con puntos separados, cogiendo toda la pared del esófago y del estómago.

Cara anterior.—Se continúa esta sutura de la totalidad de las capas, haciendo puntos sueltos que invaginen ambos bordes. Se continúa a punto suelto la sutura gastroserosa y musculara del esófago. Se dieron unos seis puntos del estómago al periostio y partes blandas adyacentes. Se lavó la pleura con suero y se cerró, dejando una sonda de Nelaton, que fué conectada a un sistema de aspiración tipo Wagensteen.

Terminada la operación.—Al darle la vuelta, el enfermo acusa una caída de tensión: Máxima, 80. Mínima, 60. Se le inyectan 300 gramos de sangre total, otro cuarto de miligramo de ouabaina y se le pone en Trendelenburg. Se recupera inmediatamente.

A los diez días el paciente abandonó la clínica, y se le alimentaba los primeros cinco días con una sonda.

El examen anatomo-patológico de la pieza dice: "Doctor VARELA GIL. Neoformación de epitelio cilíndrico. Adenocarcinoma.

"Las células neoplásicas son muy atípicas. En las preparaciones se ha incluido una zona que corresponde a la última porción del esófago."

A los quince días tenía alguna fiebre; se le administró azul de metileno por la boca, y una punción pleural a nivel de la zona de anastomosis demostró un líquido teñido de azul. Se puso una sonda Nelaton. La perforación se efectuó en pleura tabicada (el resto de la cavidad pleural antes libre ya se había sifisado).

Un mes más tarde la fistula continuaba, aunque no impedia que la alimentación se efectuase por una sonda esofágica. Se reintervino y se observó que la línea de sutura a nivel de la esofagogastrostomía estaba intacta. La perforación tuvo lugar en la parte del tubo gástrico situada por encima de la anastomosis.

En esta segunda intervención se extirparon los esfínteres; se dejó la herida abierta, porque la zona era limitada, y poco tiempo después se hizo una cirugía reparadora, que a las setenta y dos horas parecía coronarse con el éxito. Cuando el paciente se sacó la sonda intraesofágica, empezó a tomar agua y comer, apareciendo de nuevo todos los vendajes mojados de líquido.

Para llenar la brecha, el enfermo tenía un molde de sustancia plástica, que le facilitaba la comida. Sus molestias no eran grandes (tratábese de un viejo pescador). Se propuso una nueva tentativa de reparación, a lo que el paciente se opuso.

Pues bien, este enfermo vivió dos años y ocho meses, y murió por una aparente neumopatía aguda, des-



Fig. 5.—Pieza resecada. Fórnix gástrico y esófago terminal.

pués de unos intentos en el mar para salvar su red de pescador. Como no se hizo autopsia, no puede saberse la causa responsable de esa muerte rápida.

El segundo enfermo que juzgamos susceptible de beneficiarse por un tratamiento quirúrgico de esta índole fué una mujer joven, de cuarenta y dos años, que llegó a nuestra consulta el 11-V-1948. Encontrábamos esta enferma en completo estado de inanición, debido a que hacia cuatro días que no podía ingerir alimento alguno, incluso líquidos.

Ella había sido diagnosticada en marzo del mismo año de "estenosis de la última porción del esófago con adherencias al fondo de saco de Heller por proceso

neoinformativo"; seguía una terapéutica sintomática, y estaba condenada a una muerte próxima.

La exploración radiológica acusó paso normal a través de todo el esófago hasta el cardias, en donde el bario se detenía durante largo rato, sin que se lograra ver pasar la menor cantidad al estómago; supusimos que a los fenómenos estenósicos se sumaba el encavamiento de algún cuerpo extraño, y practicamos un cateterismo, que completamos con aspiración mediante trompa de Wurtz, retirando la sonda pequeña particuladas semisólidas de alimentos ingeridos, que indudablemente habían completado la estenosis. Lograda la permeabilidad esofágica, conseguimos suficiente cantidad de bario contraste para poder explorar el estómago, sacando la consecuencia de que se trataba de una estenosis de cardias por neoformación del fórnix gástrico que obliteraba la entrada del estómago casi por completo. La tumoración no era muy amplia, apreciándose flexibles el resto del cuerpo gástrico. No había ganglios y la visión torácica era normal; juzgamos esta enferma susceptible de ser intervenida, y a este propósito la enviamos al Dr. DUARTE, de Madrid, quien la intervino a fines de ese mismo de mayo.

Diagnóstico clínico.—Estenosis cardioesofágica por neoformación del fórnix gástrico (Dr. RUIZ MARTÍNEZ, Vigo).

Los datos de la esofagoscopia (Dr. TAPIA) dicen: "A 39 cm. de la arcada dentaria se encuentra una tumoración en coliflor, muy sangrante, que entorpece la visión; dada la naturaleza de la estrechez, no se pudo seguir." Proteínas totales, 6 g. Urea, 0,35. Tiempo de coagulación, 4,58. Sangría, 2. Protrombina, 78. Hematies, 4.000.000. Leucocitos, 8.300. Electrocardiograma, normal. Pulso, 80.

Operación.—El 1 de junio de 1948, anestesia éter, con intubación traqueal. Se transfunden durante la intervención 600 c. c. de sangre, más 600 de suero fisiológico; se inyecta Kombetin y Efedrina.

Método operatorio.—El de Sweet. Toracotomía izquierda (novena costilla). Liberación del esófago, apertura del diafragma. Resección de tercio inferior del esófago y un tercio de estómago. Sutura del muñón gástrico, esofagogastrostomía terminolateral. Sutura del diafragma dejando espacio para el paso al tórax del estómago, fijación de la zona suturada a pleura mediastínica y diafragma. Cierre del tórax, dejando penicilina y tubo para aspiración durante dos días. Alta por curación, el 5 de julio.

El diagnóstico histopatológico de la tumoración resecada (Dr. ALONSO) dice: "Epiteloma espinocelular de glóbulos epidérmicos."

El 27 de julio de 1948 vemos la enferma, que traga perfectamente y ha engordado dos kilos, no refiere molestia alguna. El 23 de agosto volvimos a verla: había engordado cinco kilos más y seguía sin referir molestias.

El 22 de octubre de este mismo año la enferma viene alarmada, porque tiene dificultades para tragar; la exploramos nuevamente, encontrándonos con que el bario pasa con dificultad a nivel de la anastomosis esofagogastrica; no tiene dolores a la deglución; pero ha perdido el apetito, aunque no ha adelgazado; de todas formas hacemos reservas acerca de que una recidiva pudiera estarse iniciando. Afortunadamente tratábamos de fenómenos inflamatorios provocados por ingestión inadecuada de alimentos, puesto que la última observación que le hemos efectuado es de fecha 7 de febrero de 1949, y acusa buen estado general, habiendo cedido los fenómenos antes descritos.

Se refieren estos dos casos que acabamos de citar a las primeras intervenciones efectuadas en España por el método de SWEET entre la intervención del Dr. BENGOCHEA, marzo de 1946 y la del Dr. DUARTE, en mayo del 48. Hemos encontrado reseñados los casos operados por el Dr. SOLER ROIG, de Barcelona presentados al Congreso de Patología Digestiva de Zaragoza en 1947; en él se refiere otro caso operado por

su ayudante, el Dr. ARQUÉ; la reseña de ellos nos hace pensar en la posibilidad actual de remediar la inevitable muerte por estenosis y metástasis en otros órganos de nuestros enfermos, dando pie a esta comunicación. (Los casos que presentamos a la consideración de esta Academia se refieren a neoplasias del esófago terminal; pero las estadísticas norteamericanas señalan completas recuperaciones de enfermos portadores de amplias tumoraciones que invadían el esófago medio e inferior.) Estos dos casos hubieron de ser resueltos con la habilidad quirúrgica que significa el hecho de que así como en las tumoraciones que invaden las otras porciones esofágicas se dispone de un estómago sano que deberá sustituir el esófago resecado, aquí la porción de esófago que se resecó hubo de ser sustituida por un estómago mutilado por la resección necesaria para llevarse ampliamente la tumoración que invadía su cara superior.

No cabe duda que a los que ejercitamos la parte médica de la especialidad, y es a quien nos está encomendada la misión específica del diagnóstico, se nos plantea actualmente la necesidad de sentarlo lo más precozmente posible para entregar al cirujano los enfermos a tiempo, y sobre todo señalar de una manera clara que un enfermo portador de una tumoración de esta índole no es el paciente de antes, al que tristemente desviábamos de nuestra consulta con morfina, espasmolíticos y piadosas mentiras.

De propio intento al reseñar las historias de estos dos casos no nos referimos a los signos de comienzo de la lesión, para hacerlo ahora de una manera conjunta; en uno y otro caso ésta se manifestó de manera imprecisa.

El enfermo del Dr. BENGOCHEA hacía tres meses que refería cansancio y malestar no definido en sus digestiones; pero no inapetencia ni dolor, llamándole la atención a sus familiares que palidecía y adelgazaba. El había recurrido al internista que le había tratado cuando sufrió su grave afección meníngea, quien le exploró detenidamente, buscando indudablemente una base orgánica para el cuadro que el enfermo refería, sin que en la exploración se hubiesen efectuado hallazgos para sentar indicaciones de otra índole que la medicación sintomática empleada con el paciente. Sólo tres meses más tarde comenzó la dificultad de deglución, que hizo orientar la exploración en forma ya más precisa.

La enferma operada por el Dr. DUARTE manifiesta su dolencia en forma todavía más imprecisa: un año antes de la fecha en que fué diagnosticada, refiere tal polimorfismo sintomático, que después de hacer diversas medicaciones a tenor de distintos diagnósticos establecidos, se piensa en manifestaciones neurológicas, toda vez que ella hacía coincidir el cardioespasmo y vómitos con que debutó su dolencia con una crisis sentimental padecida por motivos familiares. Desechada esta hipó-

tesis después del conveniente estudio neurológico tomaron cuerpo y realidad los signos clásicos de la obstrucción del cardias, siendo la enferma convenientemente diagnosticada; aunque calificado el caso de inoperable, dada la concepción que hasta hace poco se tenía de las posibilidades quirúrgicas de estos enfermos.

No es de extrañar tal variedad de signos clínicos para poder sentar en ambos casos un diagnóstico precoz de la lesión, toda vez que no hemos de olvidar que ella residía en esa zona vaga e imprecisa del fórnix gástrico denominada zona silenciosa del estómago, y que une a esa condición la de ocultarse, como si quisiera escapar a toda posible palpación debajo del reborde costal.

El lograr en uno de estos casos una supervivencia de dos años y ocho meses y restituir a la vida activa familiar a una pobre mujer de cuarenta y dos años a cuya custodia están encomendados cinco hijos es ya algo. Insisti-

función dentro de la cavidad del tórax. Por lo que respecta a nuestra enferma, podemos decir que salvo el episodio que antes referimos,

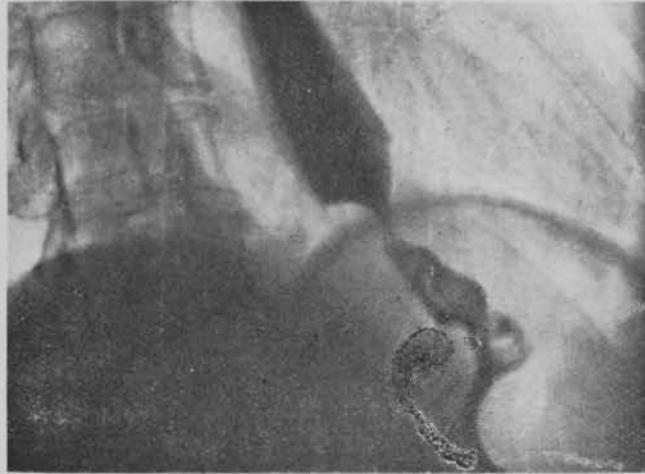


Fig. 6.—El proceso tumoral propagado de estómago invade el esófago. (Radiografía Dr. DURÁN, 12-mayo 1948.)

mos, pues, en sentar de una manera clara y definida que el antiguo fatalismo ante enfermos portadores de neoplasias de esófago debe ser sustituido por la posibilidad de prolongarles la vida mediante una intervención quirúrgica.

HAROLD WOKEY, de Toronto, al intervenir en la discusión de la sesión de la American Surgical Association, 2 abril 1946, en que RICHARD SWEET presentó el resultado de feliz término operatorio de veinticuatro de los treinta y dos resecados de esófago durante el año 45, se refirió a dos de sus operados, que supervivían a los tres y ocho años de haber sido intervenidos por el antiguo procedimiento con tubo cutáneo preesternal. Es muy pronto para juzgar, y esperemos que las estadísticas nos digan cuál fué el porvenir de estos veinticuatro que supervivieron a la intervención del cirujano americano; cuál ha sido la capacidad funcional de esas anastomosis intratorácicas, y cuáles son las particularidades de reacción de un estómago al que se obliga a cumplir su



Fig. 7.—Radiografía obtenida a los dos meses de la operación. El tercio inferior del esófago ha sido resecado, el estómago llevado al tórax efectuando una esofagostomía terminolateral. (Radiog. Dr. DURÁN, 26-julio-1948.)

que en un principio enjuiciamos con el prejuicio que nos invade, del fantasma de la recidiva, sigue hasta la fecha perfectamente.

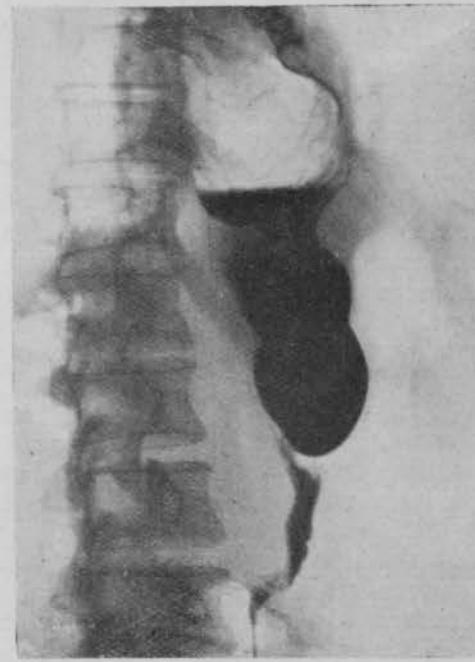


Fig. 8.—El estómago atraído al tórax para efectuar la anastomosis queda extraordinariamente deformado; véase el píloro y duodeno hacia abajo. (Radiog. Dr. DURÁN, 7-2-48.)

Hácese, pues, preciso un diagnóstico perfecto y a tiempo de estas afecciones esofágicas para poder dar cumplimiento al primer postulado de

la lucha contra el cáncer: *Intervención precoz*. ¿Cuáles son las bases fundamentales de este diagnóstico precoz?

La primera reside en este caso, como en todas las manifestaciones del cáncer, en que el enfermo concurra a la consulta del facultativo para que sea explorado; desgraciadamente por lo que se refiere al cáncer de estómago, todos sabemos que cuando un paciente llega a nosotros creyéndose portador de una dolencia que acaba de hacer su aparición, nos encontramos con tumores fuera de los límites de la operabilidad; los únicos tumores que en nuestro ejer-

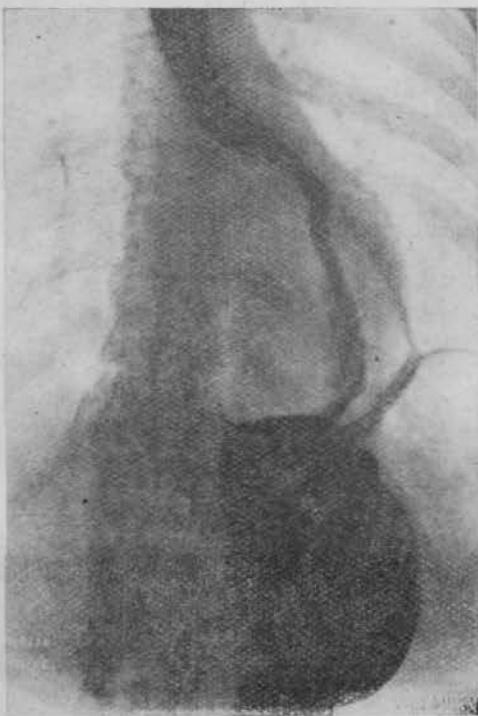


Fig. 9.—Radiografía correspondiente a la enferma operada por el Dr. DUARTE. A los dos años y nueve meses de la intervención, el tránsito esofagogastrico se efectúa perfectamente. La paciente está completamente recuperada, habiendo engordado diez kilos.

cicio profesional logramos diagnosticar de una manera precoz fueron aquellos que dieron signos de alarma muy pronto al enfermo, por asentarse primitivamente en el piloro; debemos, pues, tener en cuenta que por lo que respecta al esófago todo él se comporta como un largo orificio de paso, y por lo tanto todas las manifestaciones subjetivas que dé al paciente han de ser sentidas muy precozmente, cuando la tumoración hace su aparición; estas manifestaciones se refieren a espasmos en la deglución; prestemos atención a estos espasmos y valorémoslos convenientemente, en la seguridad que en ello estará el éxito de un diagnóstico a tiempo de la lesión.

Pensemos en el cáncer de esófago, teniendo en cuenta que con relación a las demás localizaciones dentro de las afecciones del esófago es con mucho la más frecuente de ellas: el 50 por 100 en la estadística de GUISENZ y el 40 en la de MAC MILLAN; en la nuestra, el 92 por 100 de los enfermos que hemos visto con le-

siones orgánicas del esófago eran neoplasias; sólo el 8 por 100 se referían a estrecheces por cáusticos, divertículos o esofagospasmos. Los argentinos FUENTES y GARCÍA CAPURRO dan cifras más altas todavía: 93,5 por 100 fueron lesiones de origen neoplásico, y solamente el 6,5 por 100 de otra índole.

Queremos insistir con relación al esofagospasmo, que para ir por buen camino que nos lleve al diagnóstico precoz de una tumoración de este órgano debemos admitir que, mientras no se demuestre lo contrario, toda dificultad de deglución o espasmo debe ser considerada como un signo incipiente de neoplasia en comienzo, y que a una anamnesis minuciosa, detenida radioscopía y visión esofágica le está encamendada la labor de desvirtuar nuestra sospecha.

Para no extendernos más vamos a terminar señalando esquemáticamente algunos casos de nuestra casuística, valorados por la realidad de los hechos de la clínica:

Enfermo 557, visto en junio del año 31.

Cuarenta años; desde hace un mes dificultad para deglutir; según expresión gráfica del paciente, se le formaba como un nudo; seguía a esto hipo, que hacia ceder las molestias; radiológicamente pasa bien el bario al comienzo, después se detiene por espasmo; los contornos son normales; proponemos una esofagoscopia, que el enfermo rechaza, y recurre a la opinión de un clínico, que nos lo envía con una nota que dice: "Tiene, en mi opinión, un espasmo esofágico; a juzgar por la radiografía hecha por usted, no se encuentra una imagen que hable en favor de una neo"; aquél enfermo cinco meses más tarde tenía signos inequívocos de estenosis neoplásica del esófago, que el Dr. RODRÍGUEZ VILA comprobó por esofagoscopia, falleciendo de inanición y metástasis dos meses después.

La historia antigua con espasmo que cede pasajeramente con espasmolíticos, no excluye la posibilidad de una neoplasia.

El enfermo 1.807, visto el año 1934, es un caso muy significativo.

Cuarenta y seis años; desde hace seis años ardor y dolor retroesternal; alguna dificultad para tragar, que cedia con alcalinos y un espasmolítico.

Hace cuatro meses traga con mucha más dificultad; algunas veces se detiene el alimento; obligándole con agua pasa, otras lo devuelve. Tiene buen apetito y no adelgaza. Radiológicamente, paso normal hasta tercio medio, donde se detiene el bario persistentemente, pasando muy lentamente; un sello de bismuto perdurará largo tiempo. Como se trataba de una historia antigua, pensamos en una úlcera de esófago, siendo por lo tanto imprescindible una esofagoscopia, que practica el doctor SALGADO, encontrándose a 22 centímetros con una neiformación intraesofágica a nivel de la estrechez aórtica; clínicamente tratábese de una tumoración maligna, y el análisis de la biopsia que obtuvimos lo confirmó.

Los dos casos operados por el Dr. BRENGOECHEA y el Dr. DUARTE en verdad no eran enfermos de esófago más que secundariamente por propagación de una neoplasia de estómago; pero hemos de tener en cuenta que muchas veces pacientes con signos indubiatables de estenosis del cardias lo son por ser portadores de úlceras altas de curvatura menor.

El enfermo 628, visto el año 31, era portador de una úlcera cavitaria de curvatura menor; y sin embargo, su sintomatología predominante era la de un estenoso de cardias.

Por último, el enfermo 9.455, visto el año 43, presentaba una enorme dilatación esofágica; su esófago estaba estenosado en el cardias, pero la causa respon-

sable de esta estenosis era una úlcera del fórnix yuxtaglomerular.

Para terminar, creo que merced a los adelantos de la cirugía torácica podemos hoy ofrecer algo más a nuestros pacientes, y que si la consideración de los casos presentados indujera a alguien a pensar en la posibilidad de operar a algún paciente prolongándole la vida o curando su dolencia, estaría justificado el haberles fatigado con esta comunicación.

CASOS PUBLICADOS DE ESOFAGECTOMIA TORACICA EN TENTATIVAS POR CANCER

1898. RUEN.—Operationen aus den Brust Abschnitt der Speiseröhre (Arch. f. Klin. Chir., LVII, págs. 733, 751; in Rev. de Chir., 1898, pág. 972).
1903. J.-L. FABRE (París).—Le deux premiers cas de résection de l'oesophage thoracique pour cancer (Bull. et Mém. de la Soc. fr. Chir. de Paris, 1903, págs. 122, 461, 462, 468, 476, 488; Presse Médicale, 1903-21; Revue de Chirurgie, 1903, XXVII, págs. 401, 970).
- TUFFIER (París).—Les opérations sur l'oesophage dans son trajet intrathoracique (Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1903, XXIX, pág. 467).—Sur la résection de l'oesophage thoracique (Presse Médicale, 1903, XI, pág. 364).
1907. WENDEL (Magdebourg).—Chirurgie de l'oesophage thoracique (Verhandl. d. deutschen gesell. f. Chirurgie, in Zentralblatt für Chirurgie, 1907, XXXI; in Rev. de Chir., 1907, XXXVI, pág. 635).
1909. W. MEYER (New-York).—Exploratory thoracotomy under positive pressure for oesophageal cancer (Annals of Surgery, 1909, L, 3, pág. 642).
1913. ACH (Múnich).—Contribution à la chirurgie de l'oesophage (4 cas) (Munch. Medizin. Wochenschr., 1913, LX, pág. 1115; in Jour. de Chir., 1913, X, pág. 590).
- F. TOREK (New-York).—The first successfull case of resection of the oesophagus for carcinoma (Surg. Gyn. Obst., 1913, XVI-6, p. 614; in Jour. de Chir., 1913, XI, pág. 198).
- F. TOREK.—Résection de l'oesophage pour cancer: discussion (Academy of Medic. of New-York (Sect. Surg.), 1913, pág. 1533); in The Jour. of the Am. Med. Assoc., 1913, LX-20).
- UNCER.—Zur Chirurgie des oesophagus im thorax (Berlin Klin. Wochenschr., 1913, L-45; in Jour. de Chir., 1914, XII, pág. 69).

- X. FISCHER (New-York).—Die durchschneidung der cardia als voroperation zur resektion der speiseröhre bei tiefsitzendem Karzinom (Zentr. f. Chir., 1913, XL-47, pág. 1809; in Jour. de Chir., 1914, XII, pág. 72).
1919. BENGOLEA (Buenos Aires).—Résection de l'oesophage thoracique pour cancer (Surg. Gyn. Obst., 1919, XXIX-4, pág. 413; in Jour. de Chir., 1920, XVI, p. 119).
1925. FRANZ TOREK (New-York).—Resection of the thoracic portion of the oesophagus.
1938. GARLOK (New York).—The surgical treatment of carcinoma of the thoracic oesophagus (3 successful cases) (Surg. Gyn. Obst., 1938, LXVI-2, pág. 534; in Jour. de Chir., 1938, LII, p. 552).
1946. RICCHARD, H., SWET, M. D.—Cáncer del tercio medio del esófago y su tratamiento por resección radical y anastomosis esofagogastrica intratorácica alta. Comunicación a la American Surgical Association, abril, 2, de 1946, reseña 32 casos.

SUMMARY

Two cases of cancer of oesophagus are reported. They were successfully operated on. Early diagnosis may have a decisive influence since the surgical possibilities in such cases are great.

ZUSAMMENFASSUNG

Man stellt 2 Patienten mit Speiseröhrenkrebs vor, die erfolgreich operiert wurden, wobei man darauf besteht, wie wichtig eine Frühdiagnose ist bei den augenblicklichen chirurgischen Behandlungsmethoden.

RÉSUMÉ

On présente deux cas de cancer d'oesophage opérés avec succès. On insiste sur le besoin d'un diagnostic précoce dans ces cas, vues les possibilités chirurgicales qu'ils offrent.

COMUNICACIONES PREVIAS

TRATAMIENTO DEL ASMA INFECCIOSO PERSISTENTE CON AUREOMICINA

R. FROUCHTMAN.

Servicio de Asma y Enfermedades Alérgicas del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Barcelona. Director: R. FROUCHTMAN.

Las formas infecciosas del asma bronquial suelen responder favorablemente al tratamiento sulfamídico y penicilínico. Gran número de enfermos se han beneficiado durante una temporada con estas medicaciones, cualquiera fuera la vía de administración (aerosoles o parenteral).

Sin embargo, existen algunos casos en los cuales estos tratamientos no logran hacer desaparecer la infección bronquial, manteniéndose una sintomatología asmática de intensidad creciente. Se trata, generalmente, de sujetos

con una larga historia de catarros descendentes o de bronquitis crónica, y cuyas frecuentes agudizaciones estacionales, climáticas o a consecuencia de una infección respiratoria aguda de origen vírico o bacteriano determinarían una situación asmática persistente. En estos casos no resulta siempre fácil discriminar si se trata de un asma bacteriano con lesiones secundarias o bien de un asma infeccioso de base orgánica. En su mayoría presentan signos de inflamación bronquial, con tos, expectoración a veces abundante, muco-purulenta y rica flora microbiana, en la que suelen predominar el estreptococo, estafilococo o el neumococo. Por lo general se trata de individuos sometidos repetidas veces a tratamientos con otros agentes anti-microbianos, cuya eficacia ha ido disminuyendo.

En tres enfermos con asma inveterado, fundamentalmente infeccioso y resistentes a la te-