

ANOMALIA DEL ESOFAGO

POR EL DR. MANUEL S. IGLESIAS

LAS anomalías del esófago, son tan excesivamente raras, — según los autores de la limitada literatura médica, que como médico de provincia, he podido tener a mi disposición, para consultar este caso, — que me ha parecido pertinente aprovecharlo, para cubrir mi turno de lectura, ante esta docta Academia; porque creo que cuando se presentan casos, como el que voy a tratar, a la observación del médico, no deben dejarse pasar desapercibidos, sino darlos a conocer, cuando la oportunidad se presente, con el objeto de que sean aprovechados por personas más competentes que el mismo observador, así como el de aumentar el caudal de conocimientos de la colectividad médica. Sirva pues, este pequeño preámbulo, de excusa, al poco interés científico, que pudiera tener para algunas de las personas que tienen la amabilidad de escucharme, el siguiente caso clínico:

La niña B. G. e Y, de tres años de edad, ha padecido desde que nació, y sigue padeciendo en la actualidad, y con más o menos frecuencia, vómitos alimenticios acompañados de mucosidades estomacales, que sobrevienen a los cuatro, o cinco minutos después de haber ingerido sus alimentos, sin que presente ningún otro trastorno o perturbación, de sus funciones vitales; y probablemente debido a dichos vómitos, se encuentra descreída, flaquita y algo pálida, pesando 12 kilos y doscientos gramos, con una talla de 0,90, todo lo cual parece indicar, que su nutrición es defectuosa e incompleta.

Sus antecedentes patológicos por parte de sus progenitores, pueden considerarse como negativos; puesto que el padre, aunque de complexión delgada, ha disfrutado de buena salud, salvo unas crisis dolorosas en el epigastrio, que le sobrevenían de cuando en cuando, antes de casarse, que se hicieron más frecuentes dos años después del nacimiento de su hijo, diagnosticándosele entonces y comprobándolo después, por la operación correspondiente, que padecía de úlcera duodenal, la que indirectamente l

causó la muerte, aunque una pneumonía fuese la causa intercurrente de ella, a los 22 días de operado; y por lo que se refiere a la madre, ha gozado de una salud inmejorable, sin ningún antecedente patológico.

Los antecedentes patológicos de la niña son los siguientes: A los cuatro o cinco días de nacida, sobrevino el primer acceso de basca, sin que la mamá pueda precisar con exactitud, el tiempo que había transcurrido de la mamada correspondiente anterior; y atribuyéndola a las mucosidades de origen bronquial (flemas,) que se observan frecuentemente en los niños recién nacidos; caracterizándose este acceso con síntomas o signos de asfixia: pues se le suspendió momentáneamente la respiración, adquiriendo su carita un color violáceo bastante obscuro, lo que pasó con bastante rapidez, recuperando su estado normal al poco tiempo, todo lo cual aconteció durante las horas de la noche. Estos accesos se repitieron de una manera irregular, y con más o menos frecuencia durante el período de la lactancia, presentándose largas temporadas en que no se observaban; pero como no obstante su relativa poca frecuencia, no dejaban de sobrevenir, la mamá y los familiares de la niña creían que eran las mucosidades bronquiales, (flemas,) de los niños recién nacidos; aunque les extrañaba la persistencia, no obstante que la niña avanzaba en edad, con un estado de salud por lo demás, completamente floreciente. A pregunta especial hecha a la mamá contestó que la niña se tardaba mucho en mamar, sin que ella pudiera explicarse si ello era debido a que la niña tuviera dificultad para tragar, de lo que ni se dió cuenta, ni pensó en ello, atribuyéndolo más bien a escasez de su leche, lo que tampoco pudo apreciar, por ser primeriza.

Cuando la destetó, alimentándola con leche de vaca, la mamá observó que algunas veces y preferentemente de noche, sin que pueda precisar con exactitud las etapas de tiempo, sobrevenían las bascas con las que devolvía la leche sin digerir; y que estos vómitos se acentuaron cuando empezó a darle alimentos de mayor consistencia, como la sopa hecha con pan o papa, molidos, notándose que eran provocados cuando ingería fragmentos de pan o de papa, más o menos voluminosos; y ello inmediatamente después de tragarlos; pero esta intolerancia estomacal, llamémosla así, se exacerbó, cuando con la secuela del tiempo le dieron alimentos sólidos, como arroz y pedacitos de pan, los que sobrevienen a los tres o cuatro minutos de haber sido ingeridos.

En algunos casos y especialmente cuando los alimentos eran líquidos, como la leche, eran devueltos a los ocho o diez minutos, sin pasar más allá de este tiempo, porque una vez transcurrido, sin que se presentaran los vómitos, permanecían los alimentos en el tubo digestivo para la función biológica respectiva; los que en épocas pretéritas no se presentaban con demasiada frecuencia, pues transcurrían varios días sin que se observaran;

pero a últimas fechas y a medida que ha ido avanzando el tiempo, se han observado todos los días y en algunos de ellos, estos se han presentado con tanta frecuencia que ni la leche, ni ningún otro alimento ha permanecido en el estómago, más allá de dos a tres minutos.

Excepcionalmente ha sucedido, que tomando su leche por cucharaditas al empezar a tomarlas, se haya iniciado la regurgitación o basca, prolongándose por algún tiempo, que se ha persistido en dársela y después de haberle dado como media taza, este fenómeno se ha suspendido, conservando en el estómago el resto de la taza, y aún, alguna cantidad mayor, sin devolverla.

Cuando acababa de cumplir los dos años de edad, padeció una diarrea de carácter disenteriforme, que le duró como dos meses, no obstante el tratamiento establecido, de la que sanó sin dejar huella de ninguna clase; y durante el resto de su vida, alguno que otro catarrito naso-laríngeo-bronquial, sin importancia mayor.

El análisis de su orina no reveló modificación de ninguna especie, encontrándose en su estado normal; y el de las mucosidades arrojadas por los vómitos, solamente demostró una pequeña cantidad anormal de ácidos láctico y butírico, sin ninguna otra modificación.

El estudio radiográfico y radioscópico hecho por mi estimado amigo y apreciable compañero, el señor doctor Carlos Rodríguez Mendoza, puso de manifiesto:

Inmediatamente después de la ingestión de una papilla opaca de Sulfato de Bario, y en posición supina, se tomó la radiografía número 1, en la que puede observarse el estómago en su posición, tamaño, — en relación con la edad de la niña, — forma, etc., enteramente normales; pero en el tórax, inmediatamente delante de la sombra cardíaca, obsérvese detenida una porción del Sulfato de Bario, afectando una forma irregularmente piriforme, de cuyo vértice inferior se desprende un hilillo delgado, de la substancia opaca, que en forma sinuosa va a terminar en el estómago.

La radiografía número 2, tomada colocando a la niña de pie, y en posición lateral, muestra al estómago semilleno, llamando la atención la presencia de una sombra parecida a un nicho de Haudek, pero que, ni por su situación rara en este punto, ni por su aspecto, puede dar lugar a conclusión alguna. En esta posición el esófago se ve distendido por aire en su porción superior, dibujándose sus paredes por la substancia opaca que las barniza; y hacia su parte media se observa la bolsa llena con el Sulfato de Bario, afectando una forma cónica de vértice inferior y del que se desprende una porción filamentosas, que se continúa hasta el estómago.

El estudio de estas radiografías, hace sospechar que se trata de una dilatación sacciforme, arriba de un estrechamiento del esófago.

Para reafirmar este diagnóstico, se procedió a practicar una radioscopía de frente, dando por cucharaditas y bajo el control fluoroscópico, una comida opaca, observándose que llena el esófago, y a la altura del tercer espacio intercostal se introduce a la bolsa mencionada, dilatándola hasta llenarla, en la que se detiene poco tiempo, al cabo del cual, parte de su contenido es arrojado al exterior por regurgitación y otra parte pasa al estómago por el trayecto sinuoso y por el esófago. Haciendo esta misma observación en posición lateral de la enfermita, se percibe un desarrollo mayor de la bolsa hacia su porción delantera.

La interpretación de estos síntomas y de estos signos, inclinan a creer que se trata: o bien de una estrechez congénita de la parte superior del esófago, que ha provocado una dilatación de la parte del esófago inmediatamente arriba de ella; dilatación que por una debilidad muy limitada en una parte de sus paredes hizo que no fuera uniforme en todo su calibre, sino únicamente en el lugar debilitado, y que poco a poco, fuera ampliándose y ensanchándose hasta presentar la forma de saco que tiene en la actualidad. O bien de un esófago doble, en el que, el suplementario, pudiéramos llamarle así, ha ido disminuyendo su espesor o grueso, a medida que va transcurriendo el tiempo, empezando por su parte inferior, la que está en contacto con el estómago y continuando hacia la superior; inclinando a esta segunda interpretación la existencia de la porción filamentosa que se observa entre la bolsa y el estómago.

Una y otra interpretación explican a mi modo de ver los hechos anotados: La lentitud en las mamadas que daba la niña en los primeros meses de su existencia; la rareza de la expulsión de los alimentos en los primeros días de su afección: la frecuencia cada vez más creciente de los vómitos, a medida que avanzaba en edad; vómitos provocados por acción refleja, debido a la irritación que las materias alimenticias causaban y causan en las paredes interiores de la bolsa, preferentemente, cuando por su volumen, (pedacitos de pan y de papa, granitos de arroz, etc., etc.,) se introducían en dicha bolsa al deglutirlos, en lugar de pasar directamente al estómago, cuando en algunas ocasiones (caprichos de la Naturaleza,) dicha bolsa estaba llena y no podía admitir mayor cantidad de alimentos, cesando o calmándose la irritación producida por ellos.

Ultimamente se ha logrado que la niña no vomite la leche ni los líquidos que toma, haciéndole deglutir estos, colocándola en el decúbito dorsal y que los tome a tragos pequeños; siendo muy posible que ello sea debido a que estando colocada la abertura de comunicación del esófago con el saco infundibuliforme en la parte anterior del órgano, los líquidos ingeridos obediendo a las leyes de la pesantez, se encuentran imposibilitados de esca-

parse por dicha abertura del saco y esto explique su paso fácil al estómago sin provocar los vómitos.

En cuanto al tratamiento que debería imponerse en este caso, creo que el más razonable sería el de la abstención absoluta, toda vez que con el procedimiento indicado para darle sus alimentos se ha logrado en el espacio de dos meses que lleva de haberse adoptado este procedimiento su peso ha subido a 14 kilos; máxime, si la segunda interpretación indicada, o sea la preexistencia de un esófago doble fuera la exacta; porque si el esófago suplementario se ha ido adelgazando en su parte inferior, al grado de tener en la actualidad una forma filamentosas; es de suponer que con el crecimiento y desarrollo de la niña, este adelgazamiento continúe prolongándose hacia la parte superior, hasta llegar a hacer desaparecer la bolsa actual, enjutándose hasta convertirse en un simple cordón.

Indudablemente que debiera practicarse un cateterismo del esófago, que a la vez que sirviera para establecer el diagnóstico diferencial y averiguar si se trata de un estrechamiento del órgano; sirviera para emprender el tratamiento adecuado; pero lo creo imposible de practicar porque se trata de una niña, de un carácter bastante inquieto y demasiado sabido es que para poder practicar estos cateterismos se necesita contar con la buena voluntad de la persona a la que se le va a hacer, y en este caso, esto sería absolutamente imposible.

Así mismo podría intentarse una intervención quirúrgica por la parte lateral del cuello para poder llegar a la bolsa y aún extirparla, cosa relativamente fácil, puesto que para ella se emplearía la anestesia completa; pero sería también necesario emplear dicha anestesia para hacer las curaciones sucesivas, dado que se trata de una niña, lo cual no deja de tener sus inconvenientes.

Por estas consideraciones es por las que creo que lo más prudente es la abstención absoluta; pero vigilando constantemente a la enfermita para decidirse a intervenir cuando la indicación sea urgente o apremiante.

Veracruz, noviembre de 1930.

MANUEL S. IGLESIAS.