

NOTAS SOBRE EL DIAGNOSTICO DE LOS PADECIMIENTOS ESTENOSANTES DEL ESOFAGO *

RICARDO TAPIA AGUÑA

Académico de número

Contrariamente a lo que es de suponerse, uno de los problemas más serios en clínica es el diagnóstico de los padecimientos estenosantes del esófago, cualquiera que sea su etiología.

La situación del órgano, su constitución y morfología explican que las estenosis den lugar a síntomas semejantes y en no pocas ocasiones tardíos. El ejemplo más lamentable es el que se refiere al cáncer. Con frecuencia son observados casos que han sido confundidos o bien, examinados tardíamente.

La radiología y la endoscopia han hecho posible el diagnóstico diferencial más o menos preciso; pero tanto una como la otra deben estar asociadas entre sí y con la clínica y el laboratorio. En la actualidad, puede también considerarse como otro medio de diagnóstico la toracotomía externa cuando han sido previamente agotados los recursos habituales. Sin embargo, para llegar a ello, tratándose del esófago, es porque el caso ha sido excepcionalmente difícil o porque los resultados de los exámenes, especialmente los histopatológicos no han dejado satisfecho al clínico o al endoscopista.

Examen clínico. El hábitus exterior del enfermo puede revelar hasta qué grado está sufriendo o bien el tiempo aproximado de la iniciación del padecimiento. No es lo mismo ver a un enfermo que ha llegado por su pie, con facies que no demuestra sufrimiento ni agotamiento físico, que verlo en una camilla o en los brazos de la madre adoptando su cuerpo una posición determinada, con facies mostrando angustia, dolor, hambre, desesperación, adelgazamiento, astenia u otros signos que pueden ser indicación de infección grave.

El interrogatorio, ya sea directo o indirecto es de suma importancia. Hay que conocer los antecedentes patológicos y el tiempo que lleva de estar

* Trabajo reglamentario leído en la sesión del 25 de marzo de 1953.

enfermo el paciente, precisar, hasta donde sea posible, los detalles de la iniciación del padecimiento, e investigar y analizar los síntomas más comunes y que son los siguientes: dolor, disfagia, hemorragia, sensación de opresión retroesternal, sensación de cuerpo extraño, babeo, regurgitaciones ácidas o alimenticias, fiebre, adelgazamiento, astenia y algunos otros de carácter respiratorio tales como disnea, tos y hemoptisis.

Deben analizarse someramente estos síntomas.

El dolor puede ser espontáneo o provocado durante la deglución por el paso de los alimentos o de la saliva. Cuando se trata de dolor espontáneo, su localización depende del sitio de la lesión; si es en el cuello, se acompaña comúnmente de empastamiento o tumefacción exterior; si es en la región torácica, el dolor rara vez se presenta solo y tiene caracteres de algia y angor con irradiaciones hacia el esternón y la columna vertebral. Cuando la lesión que produce el dolor está a la altura del hiatus o el cardias, los caracteres de este síntoma son completamente distintos; la sensibilidad es mayor sobre la región epigástrica, y se exagera con los movimientos respiratorios o la palpación del abdomen.

En la *disfagia* que no se acompaña de dolor, el paciente se queja de que no le es posible comer por imposibilidad física, pues lo deglutido se detiene a cierta altura, que, aunque sea baja, casi siempre la localiza en la región inferior del cuello. El grado de disfagia es variable y depende de cuán acentuada sea la estenosis. En un principio el paciente quedará imposibilitado para deglutir los sólidos; pero en cambio podrá tomar líquidos hasta el momento en que la estenosis se convierta en oclusión completa.

La *hemorragia* puede ser también variable; pero en general no es abundante y se presenta con los caracteres de hematemesis o melena.

La *sensación de opresión retroesternal* y de cuerpo extraño es característica de la retención.

El *babeo* se presenta cuando existe un estado inflamatorio de tal importancia que, además de la dificultad de deglución de la propia saliva, hay hipersecreción de la faringe y del esófago, y sialorrea.

Las *regurgitaciones ácidas* son producidas por la hipersecreción gástrica y por alteraciones funcionales. Favorecen la inflamación del esófago.

El *vómito* y las *regurgitaciones alimenticias* son provocados, el primero por excitación refleja de las musculaturas gástrica y peri-abdominal y la segunda por retención alimenticia al nivel de la estenosis del esófago, o bien, en un divertículo del mismo. La retención prolongada puede traer como consecuencia la putrefacción de los alimentos.

La *fiebre*, el *adelgazamiento* y la *astenia* son manifestaciones de la infec-

ción y del estado de inanición del paciente, debido a la imposibilidad de aprovechar los alimentos necesarios para la economía.

En los padecimientos estenosantes del esófago es posible que aparezcan diversos síntomas de carácter respiratorio; los principales son: la tos, la expectoración anormal, el dolor de tipo neumónico, la disnea y, más rara vez, hemoptisis. Estos síntomas se presentan especialmente en los niños y son debidos a la aspiración de las secreciones y de los alimentos regurgitados o vomitados.

De mucha utilidad para el diagnóstico es el examen de la boca, la faringe y la laringe. Por este examen pueden apreciarse diversas lesiones tales como quemaduras, sialorrea y aun la regurgitación alimenticia. En la quemadura por cáusticos, si es reciente, se encontrará la mucosa de estos órganos con ulceraciones múltiples, difusas y coalescentes. Si es antigua, es posible observar fibrosis y deformaciones cicatrizales.

Por ningún motivo debe pasarse por alto el examen del cuello, tanto en su parte estática como en su parte dinámica. En ocasiones el esófago es palpable.

Por el examen clínico del tórax se podrá complementar el diagnóstico o aclarar ciertos datos etiológicos, pero de ninguna manera tendrá el valor que tienen las exploraciones radiológica y endoscópica del esófago. Sin embargo, clínicamente es factible el diagnóstico de una lesión de la pleura, pulmón, grandes vasos o de la caja torácica, lo que servirá como orientación cuando coexiste una estenosis esofágica.

Considero necesario practicar un examen clínico del abdomen, particularmente la región epigástrica, pues por medio de este examen podrán saberse las condiciones del estómago y su contenido antes y después de la ingestión de líquidos o alimentos. Esto, obviamente, tiene importancia por lo que se refiere a la detención de estos últimos en el esófago.

Examen radiológico. El examen radiológico en el diagnóstico de los padecimientos estenosantes del esófago es fundamental, pues si el estudio se limitara a la parte clínica, podría saberse si existe o no estenosis y en ocasiones conocer indirectamente la causa de la misma; pero no podría saberse con certeza el tipo de estenosis, ni el sitio, ni otras características, lo cual depararía el diagnóstico insuficiente.

Si se supone una estenosis alta, habrá que practicar radiografías del cuello.

Aunque una radiografía simple, previa, de tórax puede ser muy útil, creo que de una manera general todo examen radiológico del esófago debe iniciarse por la fluoroscopia. Dicha fluoroscopia es necesario hacerla en las

posiciones pósteroanterior y oblicuas, y comprende el examen de la caja torácica y su contenido, tanto en estado estático como en estado dinámico. Las condiciones del pulmón, los grandes vasos, la pared torácica y el diafragma deberán ser estudiadas cuidadosamente. En seguida se estudiará el esófago por fluoroscopia haciendo ingerir al paciente sustancias radioopacas. Las sustancias más empleadas son las baritadas, sin perjuicio de que en condiciones especiales se empleen yoduros o bien sales de torio, las cuales he usado en recién nacidos bajo la forma de dióxido de torio (umbrathor).

Las mezclas a base de bario son empleadas en proporciones débiles y fuertes. Las primeras deben ser preferidas cuando la estenosis es avanzada y las segundas cuando se desea un mayor contraste. No soy partidario del empleo de estas sustancias incluidas en cápsulas de gelatina u otro material desintegrante, pues la retención de ellas en el sitio de las estenosis acentúa de inmediato la disfagia.

En los niños recién nacidos o en los pacientes con mal estado general o con padecimientos nerviosos centrales, es más conveniente el empleo del torio por su inocuidad casi completa y en estos casos es probable que se requiera el auxilio de sondas huecas y blandas para su introducción en la faringe o el esófago, con el cuidado debido y tomando en cuenta previamente cualquier posible contraindicación.

No creo que sea recomendable emplear sustancias radioopacas en esófagos que se supone que hayan sido recientemente traumatizados, cualquiera que sea la causa de este traumatismo, pues he podido observar que cuando tal cosa se ha hecho, los síntomas se exarcebaban y hasta llegan a presentarse cuadros de una complicación grave. Inclusive, en ocasiones, es preciso retirar por aspiración la sustancia opaca, si ésta ha sido regurgitada, como suele acontecer en niños muy pequeños o muy debilitados o en enfermos semiinconscientes. Hay que evitar a todo trance el paso de ellas a las vías respiratorias.

Las placas radiográficas deben imprimirse en las posiciones de pie y decúbito dorsal, con la mesa colocada horizontalmente o en la posición de Trendelenburg en aspiración forzada. El decúbito ventral no debe ser descartado del todo en los casos de estenosis esofágicas, pues esta posición ayuda para esclarecer la presencia de trayectos anormales.

El contraste que se obtiene mediante la hiperpresión aérea en la maniobra de Valsalva, puede ser de utilidad en ciertos casos, especialmente para el estudio del esófago cervical.

La interpretación que se dé al estudio radiológico debe ser de acuerdo con la clínica y de ninguna manera aisladamente. A pesar de eso, todo

diagnóstico a base exclusivamente de estos dos útiles medios de exploración, debe tomarse con reservas mientras no se recurra al examen endoscópico, el cual será el que lo confirme o lo rectifique.

Endoscopia. La *esofagoscopia directa* puede ejecutarse, ya sea por la vía oral, o bien por la vía retrógrada cuando exista previamente una fístula de gastrostomía. Cabe aquí hacer algunas consideraciones sobre cuando no debe ejecutarse, tanto por las condiciones generales del enfermo como por las condiciones especiales del esófago. En los casos en que se sospeche una quemadura muy reciente de éste o un traumatismo, accidental o instrumental, es preferible dejar en reposo el órgano hasta el momento en que se considere que ha creado suficiente tejido de defensa para que la introducción del esofagoscopio resulte inocua.

En el caso de quemaduras, creo aconsejable hacer pasar al enfermo hasta el estómago un hilo de seda o nylon de color oscuro y mantenerlo fijo por la nariz, para evitar de esta manera la atresia. Este mismo hilo puede servir más tarde de guía en la introducción del instrumento. Me parece suficiente la espera de dos semanas, y se debe hacer en ese lapso el tratamiento indicado según el tipo del cáustico ingerido.

Cuando ha habido traumatismo del esófago provocado por cuerpos extraños y no existe complicación pleural o mediastínica, es suficiente esperar dos o tres días. Lo mismo puede decirse cuando el traumatismo ha sido instrumental. Estos plazos no deben ser considerados como absolutos; pero sus variaciones son escasas, dado que el criterio del esofagólogo es el que prevalece.

El empleo de bujías con objeto de explorar las condiciones o la extensión de la estenosis, debe hacerse siempre con el control del esofagoscopio y manipulando la sonda con cuidado y delicadeza.

Desde el punto de vista del *diagnóstico diferencial* las estenosis del esófago pueden clasificarse como sigue:

1º, motivadas por compresión extrínseca; 2º, motivadas por cuerpos extraños; 3º, por trastornos funcionales, y 4º, por lesiones orgánicas del esófago.

1º Los padecimientos que dan lugar a una estenosis por compresión extrínseca pueden tener su localización en el cuello o en el tórax. En el primer caso son los siguientes: tumores de la faringe, de la laringe y de la tráquea; adenopatías o tumores de los ganglios cervicales; tumores o deformaciones de la columna vertebral cervical; inflamaciones difusas del cuello y, por último, tumores de la glándula tiroides y aneurismas de los vasos del cuello. Mediante el examen clínico, aun sin necesidad de estudios

radiológico y endoscópico, es posible aclarar el diagnóstico. La fluoroscopia no proporciona datos de mucha utilidad; en cambio, el estudio radiográfico de la columna sí es útil. La esofagoscopia directa es generalmente mal tolerada; pero deberá emplearse si los datos de la clínica se consideran insuficientes.

En el tórax, los padecimientos más comunes que dan este tipo de estenosis son los de orden vascular y cardíaco (aneurismas, dilataciones), las adenopatías, los tumores del mediastino y las deformaciones congénitas o adquiridas de la columna vertebral. En estos casos, no sólo es de utilidad el examen clínico, sino también muy especialmente el estudio radiológico. La esofagoscopia directa debe emplearse con algunas reservas; pues, aunque no he tenido la triste experiencia, sí he sabido de roturas de grandes aneurismas de la aorta en el momento de su ejecución.

2º Los cuerpos extraños pueden dar lugar a estenosis, ya sea por obstrucción mecánica motivada por su permanencia en el tubo esofágico o bien por lesiones provocadas por el paso de ellos. En el primer caso, hay que tomar en cuenta el accidente inicial y la evolución posterior. Si dicho cuerpo es radioopaco, el diagnóstico quedará comprobado mediante el examen radiológico. Cuando no es radioopaco, conviene emplear sustancias de contraste, siguiendo los lineamientos anteriormente señalados. La esofagoscopia será la que, en última instancia, confirme el diagnóstico.

Como es posible que un cuerpo extraño se movilice de un momento a otro, tendrá que ser tomado en cuenta esto inmediatamente antes y a veces también durante el examen endoscópico.

3º Los trastornos funcionales del esófago pueden apreciarse desde el primero o los primeros días del nacimiento, o bien aparecer en cualquier otro momento de la vida. El diagnóstico es relativamente sencillo y se confirma por los datos obtenidos de los exámenes radiológico y esofagoscópico. Cuando se trata de padecimientos adquiridos, hay que tomar en consideración las manifestaciones patológicas del sistema y el psiquismo del enfermo.

4º Las lesiones orgánicas estenosantes del esófago son también congénitas o adquiridas. Entre las primeras se encuentra: el esófago corto, las bridas, las faltas de epitelización y las fibrosis provocadas por lesiones congénitas de los órganos adyacentes. No incluyo las atresias porque no me parecen motivo de este trabajo.

El más común de estos padecimientos es el esófago corto, el cual es sólo hasta hace poco bien conocido. Radiológicamente, el esófago corto pudiera prestarse a confusión con el estómago herniado, pero si se hacen observaciones cuidadosas, se notará que en el primero no existe una gran dilata-

ción preestenótica y que el esófago se encuentra en su posición normal, sin desplazamiento, carece de acodamientos que radiológicamente dan imágenes de fisura y que la sombra gástrica tiene densidad uniforme, tanto en una posición supra como infra diafrágica.

Por otro lado, la esofagoscopia demuestra que, en el supuesto sitio correspondiente al cardias, la estenosis es franqueable la mayoría de las veces y el aspecto de la mucosa sufre un cambio brusco, pero sin pliegues como cuando se trata de hernia gástrica.

Para confirmar el diagnóstico del esófago corto, puede haber necesidad de recurrir al examen de una biopsia.

Los más comunes padecimientos estenosantes adquiridos del esófago son los siguientes: *a*) consecutivos a la ingestión de cáusticos; *b*) tumores; *c*) sífilis y tuberculosis; *d*) divertículos; *e*) leucoplasia; *f*) esofagitis y cicatrices postraumáticas; *g*) esofagitis péptica y hernias del hiatus; y *h*) várices del esófago.

a) Ya he hecho notar la importancia que tienen para el diagnóstico el antecedente de haberse ingerido cáusticos y el examen bucofaríngeo. El examen radiológico excepcionalmente demuestra las dilataciones preestenóticas. La estenosis puede ser única, o múltiple, que afecte a varios sitios en los que aumenta la estrechez. Por esofagoscopia únicamente se observará la porción superior de la estenosis.

b) Los tumores *benignos* que he observado son los pólipos. Para el diagnóstico radiológico de ellos es conveniente observar la sombra esofágica en diversas posiciones, pues una sola de ellas no tendrá el suficiente valor. La esofagoscopia directa y la biopsia son indispensables.

Desde el punto de vista clínico, los tumores *malignos* dan lugar a disfagia, cuya instalación ha sido lenta e insidiosa, rara vez a hematemesis o melena, y sólo cuando están muy avanzados dan lugar a desnutrición y caquexia. La fiebre es verdaderamente excepcional; los síntomas broncopulmonares son menos raros, pero de ninguna manera frecuentes.

A pesar de que en el examen radiológico se toman como precisos ciertos signos, hay que hacer notar que, en la mayoría de los casos, las imágenes son irregulares y en ocasiones confusas. Solamente dos signos pueden tener, en mi concepto, verdadero valor y ellos son los siguientes: la persistencia de la imagen y la rigidez de las regiones del esófago adyacentes al tumor.

La endoscopia, en cambio, puede dar datos positivos aun antes de ser conocido el resultado de la biopsia, porque el aspecto que presenta este padecimiento es característico. Quien ha tenido la oportunidad de ver por

esofagoscopia una neoplasia, difícilmente confunde su imagen con la de otro padecimiento.

La rigidez o fijación de las paredes son fácilmente apreciables y la biopsia da resultados precisos en el 90 por ciento de los casos. Respecto a esta última (la biopsia), sucede lo que en el cáncer de la laringe, que hay que tomarla de varios sitios lo más próximos a la pared y, cuando el resultado de la misma no está de acuerdo con la clínica y la endoscopia, repetirla cuantas veces sea necesario.

Un último problema a considerar desde el punto de vista endoscópico, es el que se refiere a las estenosis posteriores a la esofagectomía. El cirujano podría pensar que se trata de una recaída cuando en realidad se trata de una estenosis fibrosa postoperatoria en el sitio de la anastomosis, lo cual constituye un serio problema por su resistencia a la dilatación.

c) En casos de sífilis he observado esofagoscópicamente ulceraciones, granulomas y fibrosis. Es necesario completar el diagnóstico mediante los exámenes clínico y serológico. Las lesiones tuberculosas dan aspecto de granuloma o tumoración benigna, ocasionan disfagia y ameritan el examen de los pulmones, el esputo y aun la biopsia.

d) Los divertículos congénitos o adquiridos son capaces de ocasionar la estenosis por ulceración o fibrosis del conducto comunicante, o bien por compresión, si el saco es demasiado grande y se encuentra lleno de alimentos. El diagnóstico del divertículo es esencialmente radiológico y es común que se requiera colocar al paciente en diversas posiciones e inclusive emplear diferentes densidades en la comida opaca para lograr su visualización. La utilidad del examen endoscópico es indiscutible.

e) La leucoplasia del esófago da lugar a estenosis y su situación generalmente es en el tercio inferior. La imagen radiológica muestra una estenosis irregular en el sitio de la lesión y de cierta longitud según la extensión de la leucoplasia. La esofagoscopia en el diagnóstico de este padecimiento tiene un papel preponderante y si en algún sitio tiene aspecto de tumor maligno, la biopsia aclara su carácter inflamatorio. Es conveniente practicar las reacciones serológicas.

f) La esofagitis y las cicatrices postraumáticas son motivo de una investigación clínica, radiológica y esofagoscópica. Tienen en este caso gran valor el interrogatorio y el examen físico del paciente. La esofagoscopia debe practicarse únicamente cuando el paciente se encuentre fuera de la fase aguda. También, como dije antes, es peligroso el empleo de sustancias radioopacas en esta misma fase aguda.

g) En la esofagitis péptica suelen presentarse ulceraciones y esteno-

sis. Se trata generalmente de enfermos con trastornos gástricos y con reacciones emotivas violentas. La regurgitación ácida es frecuente y puede ser un dato útil para el diagnóstico. En algunos casos, es posible observar en las placas radiográficas la imagen característica de nicho en el sitio de la úlcera péptica y hernias hiatales.

h) Cuando las várices del esófago dan lugar a estenosis debe confirmarse el diagnóstico por medio de la esofagoscopia directa y como complemento, estudiarse la causa de esta lesión en el aparato circulatorio.

Como una consideración final, quisiera asentar que, para que los exámenes radiológico y esofagoscópico tengan un verdadero valor, debe recordarse el factor de error que constituye el no tomar en cuenta el estado de vacuidad del esófago. Un megaesófago puede ser motivo de un error diagnóstico si, antes de o durante la exploración, no se ha removido el alimento adherido a la pared del órgano. Así es como en un enfermo con diagnóstico clínico y radiológico de estenosis esofágica éste resulta falso al practicarse correctamente la esofagoscopia.

RESUMEN

Este trabajo realza la importancia de un estudio completo y cuidadoso en los casos de estenosis esofágica. Para llegar al diagnóstico, se requieren: exámenes clínico, radiográfico y endoscópico cuidadosos, y, en los casos que así lo ameriten, biopsia y aun intervención exploradora.

El diagnóstico rápido es esencial y la dilatación puede ser funesta, particularmente por la posibilidad de cáncer.

SUMMARY

This paper deals with esophageal stenosis and its diagnosis. A complete clinical examination is mandatory and should always be supplemented by X-Ray studies, esophagoscopy, and biopsy or exploratory thoracotomy in selected cases.

The promptness in the diagnosis is essential and its delay may prove fatal in view of the possibility of cancer.

REFERENCIAS

1. Castro Lima, O.; Queros Muniz, A., y Carvalho, L.: Considerações em torno do Tratamento Cirurgico do Megaesofago. Memorias II Congreso Pan-Americano de Oto-Rino-Laringología y Bronco-Esofagología, tomo II, 67, Montevideo, 1950.
2. Holinger, P. H., y Potts, W. J.: Congenital Atresia of the Esophagus. Memorias II Congreso Pan-Americano de O.R.L. y B.E., tomo II, 7, Montevideo, 1950.
3. Holinger, P. H., y Jonhston, K. C.: Congenital Stenosis of the Esophagus. Memorias II Congreso Pan-Americano de O.R.L. y B.E., tomo II, 13, Montevideo, 1950.

4. Jackson, C.: *Bronchoscopy and Esophagoscopy*, Cap. XXX al XXXIV, 317-370. Saunders, Philadelphia and London, 1927.
5. Jackson, C., y Jackson, C. L.: *Otorrinolaringología y Broncoesofagología*, parte VI, 967-1076. UTEHA, México, 1949.
6. Lemaître, F.: *Oto-Rhino-Laryngologie*. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 20800-20855, París, 1951.
7. Queiroz Muniz, A., y Castro Lima, O.: *Aspectos Do Esofago na Tuberculose Pulmonar*. *Memorias II Congreso Pan-Americano de O.R.L. y B.E.*, tomo II, 39, Montevideo, 1950.
8. Tolosa, E. E., y Castillo, J. M.: *Celulitis del espacio prevertebral por cuerpo extraño de vías digestivas superiores*. *Memorias del II Congreso Pan-Americano de O.R.L. y B.E.*, tomo II, 23, Montevideo, 1950.