

REVISION DE 314 CASOS DE PADECIMIENTOS DEL ESOFAGO *

PEDRO RAMOS
Académico de número

MATERIAL Y MÉTODO DE ESTUDIO

La serie revisada comprende 314 casos de padecimiento esofágico y se circunscribe al período 1945 - 1953. Procede, en parte, de la clientela particular y en gran mayoría, de enfermos atendidos en el Pabellón 24, Servicio de Gastroenterología del Hospital General a cargo del doctor Abraham Ayala González. La mayor parte de las endoscopias y de las intervenciones quirúrgicas aquí mencionadas fueron practicadas por él. Los enfermos proceden de la ciudad de México y de todas las regiones de la República, pues es bien sabido que aún hoy cumple este Hospital con la función de concentración para la que fué fundado.

El método de estudio, norma en ese Servicio, comprende exámenes clínico, radiológico y endoscópico sucesivos practicados precisamente en el orden enumerado. Sólo después se emitió diagnóstico. En caso de las neoplasias se reafirmó o corrigió el resultado de la biopsia o de la intervención.

Los hechos anteriores ameritan consideraciones analíticas e información adicional de cada grupo y sugieren reflexiones en relación con la investigación diagnóstica y la resolución terapéutica.

El hecho más aparente lo constituye el número francamente mayor de las neoplasias en comparación con los otros padecimientos. Dentro de este primer grupo, el sexo masculino proporciona un contingente sensiblemente triple. La localización más frecuente fué la del tercio inferior y los hombres casi cinco veces más numerosos; en el tercio superior el número es menor pero, por el contrario, las mujeres dominan. La duración media de los síntomas fué de cuatro a seis meses, aunque en un caso hubo datos un año antes y en dos tan sólo durante dos meses.

* Trabajo de ingreso a la Academia, leído el día 28 de octubre de 1953.

Habían fistulizado al aparato respiratorio una neoplasia del tercio inferior, cuatro del medio y tres del superior, o sean siete en total. Hubo disfonía en 13 casos, en tres del tercio medio probablemente por invasión ganglionar que envolvió al recurrente, en cuatro del extremo superior y en cuatro faríngeas por invasión de las cuerdas y en dos primitivamente laríngeas. Se fistulizaron al aparato respiratorio: una neoplasia del tercio inferior, cuatro del medio y tres del superior, o sean, siete en total. Hubo melena en una del tercio medio y hematemesis y emisión de sangre roja por el recto respectivamente, en dos del fórnix. En todas las del extremo superior y de la faringe, existió dolor irradiado al cuello, muy frecuentemente a ambas regiones parotídeas. En un caso el primer síntoma había sido neuralgias hemifaciales, en otro el dolor irradiaba a la nuca y en otro a los globos oculares.

La cifra real de defunciones es con seguridad mayor a la consignada. Solamente se tuvo información directa en 18. Quince murieron en caquexia. De los otros tres, uno falleció pocas horas después de una yeyunostomía practicada para preparar la resección, otro por hemorragia copiosa y el tercero por asfixia. En el segundo caso la localización alta, las hemorragias pequeñas repetidas durante dos o tres días y la terminación fulminante sugieren perforación a aorta raramente citada en la literatura. No se pudo hacer autopsia.

La variedad histológica más frecuente fué el adenocarcinoma; pero un miosarcoma, y en especial un linfosarcoma, se mostraron especialmente invasores. En el último, la toracotomía mostró una lesión irreseccable que fué tratada por terapia con mejoría aparente, súbitamente invadió el aparato respiratorio y mató al sujeto por asfixia.

Se incluyeron en este grupo, además de los tumores estrictamente esofágicos, 14 neoplasias del fórnix por invasión al cardias, 12 hombres y dos mujeres y dos pangástricas, un hombre y una mujer, cuatro neoplasias primitivas de faringe, tres hombres y una mujer y tres neoplasias laríngeas con invasión al esófago, una de ellas recidivante de laringectomía. A todas las une un carácter común: la disfagia, que en esta serie se encuentra en todos los casos y que fué el dato que también en todas despertó la sospecha diagnóstica. El hecho es más de tomarse en cuenta en las gástricas, puesto que incluso en aquellas dos que habían invadido todo el estómago fué el primer síntoma y su aparición había sido reciente. La disfagia fué irregular y en algunos casos mediaron varias semanas entre la primera presentación y su establecimiento definitivo. En un caso del grupo de cuerpos extraños, después de extraer un hueso pequeño de fruta aparecieron datos de neoplasia incipiente que habían favorecido la de-

tención. El trastorno motor que ameritó la endoscopia permitió hacer el diagnóstico ideal en este tipo de padecimientos.

La mayor parte de los casos llegaron muy tarde a la mesa operatoria, en general cuando la oportunidad de operación radical había pasado. De 51 operaciones practicadas, solamente tres fueron resecciones. Muchos llegaron al caso de ameritar gastrostomía de urgencia, 10 toracotomías y seis laparotomías terminaron también en gastrostomía al comprobarse que el tumor era irresecable. El avance de las lesiones gástricas obligó a practicar dos yeyunostomías. Otra se llevó a cabo para preparar resección. En cambio, los intentos radicales en las tres resecciones mencionadas tuvieron éxito; tres enfermas viven, no hay datos de recidiva y una de ellas se encuentra en el segundo tiempo de esofagoplastia pretorácica.

En los años anteriores la única intervención practicada era la gastrostomía, empleada para disminuir los efectos de la desnutrición, pero sin atacar la lesión. En la actualidad, los intentos quirúrgicos han podido ser dirigidos a la resección radical debido a la concurrencia feliz de adelantos técnicos en todos los terrenos que pueden contribuir al éxito operatorio. Los resultados en esta serie prueban que ese tipo de intervención constituye la única oportunidad.

Para llegar a ella debe concederse a la disfagia el valor que tiene y practicar un examen completo aunque el síntoma haya sido moderado o esporádico. Una vez planteada la investigación diagnóstica debe proseguirse con el examen radiológico, que en esta serie representó el auxiliar más útil, tanto por sus enseñanzas como por la facilidad de su práctica. Es menos fácil la de la endoscopia que debe también hacerse siempre y que proporciona datos de mucho valor. De hecho, permitió en esta serie el único diagnóstico que pueda calificarse de oportuno.

Por el contrario, los resultados de las biopsias fueron desorientadores en cinco casos. En tres se informó de papiloma, en uno de lesión precancerosa y en otro tuberculosis. La evolución del padecimiento en los cinco y la intervención en tres corrigieron aquellos resultados y afirmaron la lesión maligna. No es posible ni conveniente tratar de establecer una escala de valores entre los medios de diagnóstico; deben emplearse todos y lo más rápidamente posible, el criterio clínico bien aplicado debe orientarse, a mi manera de ver, a lograr la debida concordancia entre todos los datos, pero también a no posponer en el caso dudoso una exploración quirúrgica que constituye el mejor recurso. Los resultados de esta serie nos autorizan a pensar que los que tuvieron oportunidad de una cirugía radical fueron los de mejores pronóstico. En los otros casos éste era sombrío por lo avanzado de las lesiones y sus complicaciones. Varios de ellos recibieron bene-

ficio con la terapia, a la cual se confiaron los casos más desventajosos o sean los irrecesables, los avanzados y además los de faringe y tercio superior. Sus resultados no fueron definitivos.

Un caso amerita consideración aparte. Sus caracteres radiológicos eran de amplia neoplasia infiltrante, pero el aspecto esofagoscópico era poco demostrativo; esto, unido a otros datos clínicos hizo pensar en infiltración por sífilis. El tratamiento específico logró mejoría clínica y el enfermo pudo ser dado de alta.

El segundo grupo en orden decreciente de frecuencia lo constituyen los enfermos de megaesófago, denominación que se ha adoptado de preferencia a la de cardioespasmo empleada antes.

Se encontraron 49. Aquí, en contraste con las neoplasias, las mujeres son casi el triple de los hombres y aunque es padecimiento de la edad media de la vida, se encontraron cifras extremas de 16 y 82 años. En un caso la influencia sobre el estado general había sido de poca consideración y la sintomatología había durado 30 años.

Uno totalmente asintomático se descubrió por examen casual. Es interesante porque a una hija de la enferma, incluida también en esta serie, se le había diagnosticado y tratado con éxito años antes con dilataciones forzadas. Esto hace pensar en la etiología congénita y hereditaria invocada hace años y hoy casi olvidada, así como también en la verdad de la teoría que afirma que por cualquier causa pueda tenerse la dilatación ya preformada y entrar bruscamente a la conciencia la sintomatología a causa de la modificación del umbral de sensibilidad que puede provocar un conflicto psíquico. En esta serie, en efecto, en la gran mayoría la iniciación fué brusca y había coincidido con un trauma de esa naturaleza.

Debe practicarse esofagoscopia para comprobar el diagnóstico porque en ocasiones el aspecto radiográfico en las neoplasias puede simular el megaesófago. En esta serie la endoscopia fué seguida de accidentes infecciosos que no pudieron ser dominados en dos casos y murieron; en uno, la necropsia mostró infección general de mediastino y derrame pútrido en cavidad pleural izquierda. Sin embargo, es indispensable hacerla porque se puede desconocer una neoplasia que puede ser reseccable.

El tratamiento usado en México es el de la dilatación forzada. Se iniciaron las primeras en 1927 con el aparato de dilatación hidrostática de Plummer; después, hacia 1943 ó 1944, se empleó el de Mosher de dilatación con aire que representó un positivo adelanto por ser menos traumatizante y más manejable. Permite hacer toda la maniobra bajo la pantalla fluoroscópica con lo que se logra vigilar la magnitud de la dilatación. Desde 1948 se emplea en casi todos los casos el de Tucker, más

tolerable aún, y sólo en pocos casos el de Mosher. El de Plummer ha sido ya abandonado.

Además se recomiendan como coadyuvantes el subnitrato de bismuto local para combatir la esofagitis y, recientemente, nitritos y novocaína local, sin que pueda emitirse aún opinión definitiva en la actualidad sobre estos dos agentes. La cura postural debe acompañar todo tratamiento. En esta serie solamente en un caso no fué posible hacer sondeo para dilatación súbita; en él se han empleado los recursos médicos, pero en todos los demás cedieron al tratamiento.

Se emplean también los sondeos simples espaciados y nunca se ha procedido a seguir, por estimarlo peligroso, el procedimiento inglés de entregar al enfermo las sondas de mercurio para su uso antes de cada alimento. Además y a pesar de la incredulidad general respecto a que el megaesófago regrese, se ha encontrado con frecuencia una imagen de aspecto ondulado peculiar a muchos casos que presentan mejoría clínica. En otro caso, probablemente incipiente, después de dos sondeos se logró una imagen esofágica completamente normal. Respecto a la posibilidad de tratamiento quirúrgico los resultados logrados en el Servicio autorizan a pensar que solamente los casos que hubieran cursado por varias sesiones de dilatación forzada deben operarse.

La intervención que debe escogerse es la de Haller como menos mutilante y que da satisfacción para recuperar el tránsito esofágico; las diferentes anastomosis esófago-gástricas, la plastia de Wendel, provocan frecuentemente esofagitis péptica y la intervención de Wangensteen es, además de altamente mutilante, no precisamente fisiológica en todos sus aspectos.

Siempre debe buscarse la posible asociación del megaesófago con otras acalasia; uno de los casos presentaba datos radiográficos de acalasia esofágica y duodenal simultáneas. La mayor parte presentaba aerocolia y uno con datos clínicos y comprobación radiográfica de megacolon murió por síndrome oclusivo. La autopsia demostró megaesófago y megacolon.

El tercer grupo comprende 46 estenosis cicatrizales, una por sífilis laríngea que causó retracción esofágica y 45 consecutivos a ingestión de cáustico. Estas estenosis han sido siempre de tratamiento difícil por la multiplicidad de problemas que presentan, no tan sólo por la enfermedad, sino también por los peligros de su terapéutica. En este subgrupo los niños fueron casi la tercera parte y el número de hombres y mujeres prácticamente igual. El cáustico se tomó en solución en todos los casos a excepción de dos (en uno sosa en escamas, en otro potasa en granos), y el más frecuente fué la sosa. La mayor parte fueron como accidentés, sin embargo, probablemente el número de intentos suicidas fué mayor que los ocho

confesados. Una jovencita formaba parte de un grupo víctima de un atentado por rivalidades escolares, en uno se ingirió en estado de ebriedad, en otro durante un síndrome febril. La quemadura fué esofágica en 42 casos, esofágica y gástrica en dos y esofágica y laríngea en uno. La sintomatología revistió la fisonomía habitual en tres períodos; la duración media del primero fué de una semana y la iniciación del tercero alrededor de la cuarta. En un caso se expulsó molde esofágico como de 8 cm. de largo diez días después de la quemadura.

El proceso normal de reparación, por desgracia en estos casos, trae consigo el peligro de estenosis por retracción. Las estenosis se localizaron, como es habitual, a nivel de los estrechamientos fisiológicos. El sitio más frecuente fué a nivel de la bifurcación de la tráquea, en la boca del esófago y en la vecindad del diafragma. Fueron frecuentes las lesiones de tercio medio simultáneamente con las de los extremos. En términos generales la terapéutica consiste en la conservación del conducto. Como la restitutio ad integrum es prácticamente imposible, lo real es lograr un conducto que cumpla con la función mecánica de conducción aun cuando la histología deje mucho que desear. El problema se agrava mucho cuando es necesario crear un conducto para restablecer la continuidad, sea fuera de la parrilla costal y bajo la piel, esófagoplastia pretorácica o bien tras el esternón, esófagoplastia retroesternal.

En ningún caso de esta serie se han empleado dilataciones inmediatas con sonda de Faucher que se coloca con la intención de moldear sobre ella el tubo cicatrizal. El método es peligroso.* En cambio, para lograr buenos resultados, deben iniciarse las dilataciones orales con sondas de seda y goma antes de que se presente el período de estenosis. Hasta los últimos años era éste prácticamente el único procedimiento empleado, manejado con discreción e iniciado a tiempo es muy útil, puede ser el único recurso en los niños. En particular fué notable el éxito en tres. Puede pensarse que el proceso de crecimiento general favorece la ampliación y mejora el pronóstico. Se emplearon en varios casos dilataciones esofagoscópicas con sondas de Jackson fijas primero y desprendibles después.

Pero lo que ha mejorado el panorama de estos tratamientos es sin duda la práctica de mantener el trayecto esofágico por medio de una seda que debe hacerse ingerir lo más precozmente posible. Cuando la seda ha podido llegar al estómago macera y reblandece la cicatriz, la saliva pasa y la deglución y alimentación se facilitan. El procedimiento se empleó en

* En un hospital de esta ciudad se encontró a la necropsia la sonda colocada en la cavidad pleural izquierda.

el extranjero principalmente para extraerla por la gastrostomía y practicar dilataciones retrógradas con el instrumental de Tucker. En esta serie se ha seguido en 19 casos, es decir, en uno más de los que necesitaron gastrostomía.

A excepción de estos cuatro casos de estenosis infranqueable que plantean problemas de plastia y llegaron extemporáneamente al tratamiento, 41 tuvieron resolución favorable, en 19 la seda a intestino evitó la gastrostomía, en otros seis más la trenza a permanencia complementó el tratamiento con dilataciones. El procedimiento mejora el pronóstico y pone la terapéutica de estos padecimientos al alcance de todo médico. La sola contraindicación son las anastomosis en estómago. En esta serie, en una estenosis pilórica sin estrechez del esófago, fué practicada gastroenteroanastomosis y en otro con lesión gástrica y esofágica, hubo necesidad de gastroenteroanastomosis y gastrostomía.

Dos casos de estenosis infranqueable consultaron después de 10 y 12 años del accidente. Las dos habían tomado el cáustico a los tres años y las dos sufrían precario desarrollo físico. Otros dos adultos habían abandonado el tratamiento. Una de las niñas fué operada fuera de la nación y murió; fué el único caso fatal. En los otros tres queda por resolver el problema de la continuidad. A excepción de estos cuatro que llegaron extemporáneamente, 41 fueron resueltos favorablemente y en gran parte con el procedimiento sencillo de las dilataciones continuas con trenza de hilos de seda que mejora el pronóstico porque pone al alcance del médico general un recurso sencillo, pero de resultados halagadores.

Se encontraron 40 casos que ameritaron investigación para buscar o extraer cuerpos extraños. Más de la mitad, 24, eran niños, los menores de dos años y en todos, a excepción de uno, el cuerpo extraño se detuvo a nivel de la horquilla del esternón. A todos se les pudo extraer; la mayor parte fueron monedas; en un caso dos monedas de un centavo juntas. En dos casos se descubrió el cuerpo extraño a los cinco y nueve meses de tos coqueluchoide y con la extracción curó el síntoma. De los 16 adultos, el mayor era de 74 años. En 10 la revisión endoscópica fué negativa. De los otros seis, en cuatro se trataba de carne detenida, en tres ocasiones cerca del cardias, y en una en divertículo medioesofágico.

En los adultos se ve favorecida por la mala masticación, la embriaguez, las escoliosis (en un caso había una muy pronunciada), y las estenosis. En las cicatrizales fueron frecuentes, pero no se incluyen en este grupo; mayor interés revisten las neoplásicas, porque la disfagia ocasional del principio puede a veces traer un accidente de esta índole. Ya se ha consignado arriba que se descubrió una neoplasia incipiente después de ex-

traer un hueso pequeño de fruta. El hecho de 10 remisiones infructuosas en adultos ilustra la importancia de la permanencia de las impresiones psíquicas en este tipo de enfermos.

Se encontraron trastornos neurológicos en cinco ancianos entre 66 y 73 años, con ataque de la inervación de la musculatura faríngea por lesión bulbar. La sintomatología más corta fué de cuatro meses, y tres años la de mayor duración. La causa en todos fueron trastornos neurológicos causados por esclerosis vascular; los datos variaron según el grado de invasión del encéfalo; en dos había disfonía. Las infecciones del aparato respiratorio fueron casi constantes. Todos murieron por el avance del padecimiento principal del sistema nervioso, del cual las manifestaciones esofágicas fueron sólo una parte.

Se encontraron siete divertículos, la mayoría mediotorácicos, la mayor parte en ancianos. La tos ocupó el lugar preferente de la sintomatología; cuatro habían sido examinados del aparato respiratorio de una manera completa y no se había encontrado explicación a la tos. En un divertículo faríngeo la técnica de suspensión a la parte superior del esternocleidomastoideo no tuvo éxito, la bolsa descendió y aumentó de nuevo de tamaño.

Los grupos V, VI y X, esofagitis, las hernias hiatales y padecimientos congénitos, tienen algunos puntos de contacto. Se encontraron 24 casos de esofagitis, y la mayoría en hombres. Un caso en el que se había iniciado la sintomatología a los 77 años; cinco habían ameritado gastrostomía; 20 hernias del hiato, principalmente en hombres, uno a los 63 años, y cuatro esófagos costos de origen congénito, dos con gastrostomía.

Me parece poderlos reunir, pero amerita explicación el empleo que se da a la palabra esofagitis. En efecto, el concepto ha cambiado; anteriormente servía tan sólo para designar el período inflamatorio agudo consecutivo a la ingestión de cáustico, y aunque se reconocía la existencia de otros procesos inflamatorios, no se tenía verdadera orientación en el diagnóstico.

En las placas de rayos X se encontraban, en algunas ocasiones, imágenes de estenosis generalmente a la parte media del tórax, con dilatación supraestructural, que por la endoscopia se encontraban más abajo de lo que se suponía y que eran, o bien muy resistentes, o bien laxas y fácilmente dilatables, se pensaba en estenosis por ingestión de un cáustico que no había provocado sintomatología. El adelanto de la radiología, tanto en personal como en equipo, hizo posible, junto con el empleo de la posición de decúbito primero y en Trendelenburg después, que la parte inferior estaba formada por estómago y no por esófago como anteriormente se creía. El concepto

cambió entonces y se pudo saber que la estenosis se encontraba en la unión esofagogástrica de topografía anormal.

Se invocó la siguiente secuencia: esofagitis por insuficiencia del hiato que expone a la quemadura por el ácido gástrico y retracción consecutiva con estenosis fibrosa que puede acompañarse de dilatación pre-estenótica o sin ella. Concebido en esta forma, las hernias hiatales son circunstancia predisponente para la producción de esofagitis. Además de los exámenes en posición de decúbito y de Trendelenburg, se hacen en la actualidad de una nueva posición, que consiste en hacer flexión del tórax sobre el abdomen en ángulo recto para simular el estado mejor en que se produce la hernia y desplazar las sombras que estorban la visión.

La incontinencia del hiato diafragmático se manifiesta por agruras, regurgitaciones, vómitos frecuentes y sin esfuerzo que se facilitan por el decúbito, la inclinación, la obesidad y el embarazo. Una gran cantidad de hechos han venido a demostrar en los últimos años la importancia de la sintomatología de la unión esofagogástrica y, además de los datos arriba mencionados que se consideraban como reflejos de padecimiento de otras partes del tubo digestivo, se ha insistido en la frecuencia de molestias precordiales que hasta últimamente eran atribuidas tan sólo a padecimientos circulatorios. En esta serie fueron frecuentes en el megaesófago, pero mucho más en las esofagitis y en las hernias; en cuatro se presentaron insistentemente, y en uno los datos de colapso fueron muy serios. Se hicieron repetidas investigaciones electrocardiográficas con resultado negativo y, en cambio, la imagen de hernia gástrica intratorácica fué indudable, además con divertículos transitorios que atestiguan la intensidad del trastorno motor.

Esta variación del concepto y el perfeccionamiento de la técnica radiológica hicieron posible que estos casos anteriormente ignorados fueran más frecuentemente diagnosticados, pues antes de 1940 en general sólo se hablaba de las grandes hernias que generalmente tenían un antecedente traumático, como en dos casos de este grupo. Debo agregar que en un principio y cuando se encontraron los primeros casos se pensó tan sólo en la etiología congénita. En esta serie se han considerado como tales cinco casos, en uno por observarse en un niño de corta edad y en tres por tener historia de padecimiento esofágico desde los primeros años de la vida y en un hombre de 43 años por estar unido a una gran falta de desarrollo embriológico del diafragma.

De lo anterior se puede concluir que deben hacerse esfuerzos para la resolución del problema de la hernia hiatal, lo que se logra habitualmente con tratamiento médico que consiste en modificar el factor gástrico y evitar que el jugo gástrico ascienda al estómago intratorácico, a enflaque-

cer al obeso, etc. En esta serie tan sólo en tres ocasiones se recurrió al tratamiento quirúrgico, que consistió en fijación de la zona yuxtacardiaca al hiato del diafragma. Cuando, además, hay anillo fibroso y retracción, la resolución del problema de la esofagitis y de su secuela esófago corto adquirido, impone, además, la modificación de condiciones estáticas y entraña problemas más difíciles de resolver quizá que el problema ulceroso gastroduodenal, de por sí ya bastante complicado, porque debe hacer anastomosis en tejidos ya dañados o bien suprimir el estómago para evitar al esófago nueva lesión por repetir las mismas causas solamente que a mayor altura. En tres casos se hizo gastrostomía y los tres mejoraron. Ocurre pensar en un posible papel doble en esta intervención: primero, alimentar al sujeto y dejar en reposo el trayecto esofágico, y segundo, fijar la pared anterior del estómago a la pared abdominal, evitar el deslizamiento hacia arriba. Las estenosis, en general blandas, se han tratado por dilatación, pero se ha visto progresivamente endurecer uno de estos casos ocurrido en una persona de edad avanzada.

Un caso de úlcera péptica debe entrar en el mismo cuadro de consideraciones; la imagen radiográfica permitió hace cinco años su diagnóstico y mejoró con tratamiento antiulceroso. Una reactivación reciente del proceso ha permitido comprobar que la lesión permanece en el mismo sitio. Me parece que este caso no invalida la teoría de la retracción, puesto que son procesos diferentes; en uno, el proceso es general; en el segundo, que es local, probablemente causó inflamación periesofágica que fijó el extremo inferior en esa zona.

Neurosis: Se incluyen en este grupo 15 casos; varios habían sido catalogados como síndrome de Plummer Vinson, pero la historia y condiciones clínicas autorizan el diagnóstico solamente en cinco casos. La denominación se acepta por ser en estos momentos la más popular, aun cuando es evidente que no tiene una justificación completa y su descripción, siempre muy intencionada, ha variado con el tiempo. Por edad, climaterio, anemia, disfagia, ausencia de datos patológicos a la radiografía y a la fluoroscopia, estos cinco casos son bastante sugestivos. Todos fueron curados, hace ya años y creo que se puede pensar que en México es un padecimiento raro y que no hay en esta serie argumento en favor de que sea un antecedente de neoplasia, ni en las neoplasias faríngeas se encontró tampoco como antecedente alejado alguna sintomatología sugestiva de este síndrome. Se incluyó en las neurosis porque en cambio tiene ese gran denominador común con los otros y tuvieron prácticamente el mismo tratamiento.

Se encontraron dos espasmos de los llamados transitorios en el extremo superior del esófago. Tuvimos que corregir lo transitorio porque uno de

ellos llevaba ya 36 horas en afagia y además la fluoroscopia que no permitió observar que el bario no pasaba de la boca y que el tiempo faríngeo era imposible, nos hizo dudar de las descripciones endoscópicas de que la boca del esófago "se encontraría cerrada". En los otros ocho casos se encontró disfagia con diferentes caracteres que a veces se moderaba o empeoraba con circunstancias psíquicas. Las cuatro quintas partes fueron mujeres y aun cuando la mayor parte tuvieron sus principales molestias alrededor de la menopausia, en uno se habían iniciado desde los 21 años y el otro a los 55. En todos, los datos radiográficos y endoscópicos fueron absolutamente normales. En dos casos se tuvo que practicar gastrostomía que ni siquiera fué utilizada en uno, y tan sólo lo fué unos cuantos días en el otro. En todos el tratamiento consistió en pasar sondas, en psicoterapia y además en terapia hormonal y antianémica cuando fué necesario. Especialmente notable fué el efecto del sondeo en los casos de espasmo del extremo superior.

El impulso al estudio de estos problemas comienza hacia 1927 con la creación del Servicio de Gastroenterología en donde se practicaron las primeras esofagoscopias y las primeras dilataciones forzadas para el megaesófago en México.

Desde un principio se proscribieron las maniobras ciegas de sondeo para diagnóstico antes recomendadas, se hizo amplia propaganda en contra y se dió la debida importancia al tratamiento de las estenosis cicatrizales; se hicieron las primeras esofagoplastias pretorácicas y poco a poco la rutina de examen se tornó en doctrina hoy reconocida y practicada en toda la República.

Durante muchos años fué el único lugar especializado para la extracción de cuerpos extraños. En él se han efectuado los intentos cada vez más agresivos de la cirugía en el tratamiento de estas enfermedades y del conjunto de estas observaciones de todos los días se ha formado un cúmulo de opinión cada vez más definida y apoyada por la experiencia.

Cuando hace algunos años llegué al pabellón 24 se me confió el tratamiento con dilataciones de las estenosis cicatrizales y los megaesófagos. En aquel entonces al esófago no se le daba mucha atención porque tal vez su única función, la de conducción, parecía muy modesta. El capítulo destinado a su estudio en los tratados de patología eran siempre muy pequeños y se pensaba que el otorrinolaringólogo debería dedicarse a él de preferencia al gastroenterólogo. Hoy la corriente de opinión ha cambiado, el órgano que ha sido reclamado por el internista y por el cirujano y hasta se reconoce finalmente que encuentran explicación en él algunos síntomas atribuidos antes a otros órganos del aparato digestivo o del circulatorio.

He sido testigo de este cambio de opinión, he presenciado este viraje y muchas de mis horas de trabajo se destinaron a este órgano al fin revalorado. Este fué el motivo que me movió a seleccionar este tema porque al volver a leer esas historias y a recordar a esos enfermos presentía que tendría ante mí el panorama cambiante de medios de estudio y de concepto, así como de esfuerzos infructuosos y fracasos, pero también de intentos constantes para lograr mejores resultados, del que he participado como miembro de un Servicio que ha tenido mucha influencia en la difusión de estos conocimientos y de sus normas de trabajo en la República.

CASUÍSTICA

Se indican en orden decreciente los diagnósticos encontrados:

Neoplasias (una de ellas probablemente sifilítica)	100
Megaesófago	49
Estenosis cicatrizales	46
Cuerpos extraños	40
Esofagitis	23
Hernia hiatal	20
Neurosis (incluye síndrome de Plummer Vinson)	15
Divertículos	7
Padecimientos neurológicos	5
Congénitos	5
Várices	1
Ulcera péptica del esófago	1

TOTAL: 314

I

NEOPLASIAS

Total	100 casos	Edad media	53 años
Hombres	73 casos	Edad mínima	28 años
Mujeres	27 casos	Edad máxima	79 años

LOCALIZACIÓN

	Hombres	Mujeres	Total
Tercio inferior	29	6	35
Tercio medio	18	6	24
Tercio superior	7	11	18
Fórnix	12	2	14
Pangástrico	1	1	2
Post laringectomía	1		1
Cáncer faríngeo primitivo	3	1	4
Cáncer laríngeo con invasión a esófago	2	11	2

TOTAL: 100

Duración media de los síntomas:	Seis meses
Mínima:	Dos meses
Máxima:	Un año
Intervenciones:	51
Defunciones:	18

II MEGAESOFAGO

Total	49 casos.	Edad mínima	16 años.
Hombre	13 casos.	Edad máxima	82 años.
Mujeres	36 casos		
Duración de los síntomas:		Mínima	6 meses.
		Máxima	30 años.
Tratamiento:	Dilataciones forzadas.		

III CICATRIZALES

Por cáustico:

Total	45 años.	Edad mínima	2 años.
Hombres	22 casos.	Edad máxima	46 años.
Mujeres	23 casos.	Menores de 15 años:	13
		Mayores de 15 años:	32

Intento suicida	8	Lesión esofágica	2
Intento criminal	1	Lesión esofágica y gástrica	43
Accidentes	37		

Agente:

Sosa cáustica	13	Gastrotomía	18 casos.
Acido nítrico	6	Gastrotomía y traqueotomía	1 caso.
Acido sulfúrico	2	Gastroenteroanastomosis	2 casos.
Acido clorhídrico	2	Hilo a intestino	19 casos.
Acido acético	1	Trenza a permanencia	24 casos.
Potasa cáustica	1		
Formol	1		
Amoniaco	1		
Se desconoce	18		

Estenosis cicatrizal por proceso de vecindad: 1 caso

IV CUERPOS EXTRAÑOS

Total	40 casos.	Edad mínima	2 años.
Niños	24 casos.	Edad máxima	74 años.
Adultos	16 casos.		

Permanencia habitual: 2 a 3 días.

Mayores: 5 y 9 meses.

Monedas en la mayor parte de los casos.

En 10 casos la revisión fué negativa.

V ESOFAGITIS

Total	24 casos.	Edad mínima	11 años.
Hombres	12 casos.	Edad máxima	77 años.
Mujeres	9 casos.		

Duración máxima de síntomas: 10 años.

Gastrostomía: 5

VI HERNIAS HIATALES

Total	20 casos.	Edad mínima	18 años.
Hombres	15 casos.	Edad máxima	63 años.
Mujeres	5 casos.		

VII NEUROSIS

Total	15 casos.	Edad mínima	21 años.
Hombres	3 casos.	Edad máxima	55 años.
Mujeres	12 casos.		
Gastrostomías	2 casos.		

VIII DIVERTICULOS

Total	7 casos.	Edad mínima	22 años.
Hombres	4 casos.	Edad máxima	80 años.
Mujeres	3 casos.		

Localización:

Faríngeos	2
Mediotorácicos	3
Epifrénico	1

IX PADECIMIENTOS NEUROLÓGICOS

Total	5 casos	Edad mínima	66 años.
Hombres	2 casos.	Edad máxima	73 años.
Mujeres	3 casos		

Duración de la sintomatología:	Mínima	4 meses.
	Máxima	3 años.

X PADECIMIENTOS CONGENITOS

Total	5 casos.	Edad mínima	3 años.
Hombres	5 casos.	Edad máxima	45 años.
Esófago corto		4 casos.	
Esófago corto más aplasia diafragmática izquierda		1 caso.	
Gastrostomía		2 casos.	

XI VARICES ESOFAGICAS

Total 3 casos.

Se consignan tan sólo tres en cirrosis de tipo Laennec. Han sido examinados muchos más en el Servicio de Gastroenterología, pero la mayor parte eran enfermos extraños a él cuya historia no fué posible conocer.

XII ULCERA PEPTICA

RESUMEN

Total 1 caso.
Sexo femenino.

Se han revisado 314 historias de enfermos con padecimientos esofágico y se han hecho consideraciones en cada grupo acerca de algunos de sus caracteres y evolución. No tiene este trabajo por objeto compararse con estadísticas extranjeras, sino exponer algunos hechos que constituyen las normas de doctrina, de examen, de conducta y de terapéutica que actualmente se usan en México.

SUMMARY

314 cases of esophageal conditions were revised, and considerations about some of their characteristics and evolution were made in each group.

This paper is not meant to be compared with foreign statistics, but only to indicate some facts which are the norm of doctrine, examination, and therapeutical conduct actually in use in Mexico.

COMENTARIO AL TRABAJO DE INGRESO DEL DR. PEDRO RAMOS

MARIO QUIÑONES
Académico de número

El trabajo de ingreso a esta H. Academia Nacional de Medicina del doctor Pedro Ramos, que acabamos de escuchar, se refiere a la "Revisión de 314 casos de padecimiento esofágico", la mayoría de los cuales fueron atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital General de esta capital en un período de ocho años.

La cifra total de casos en sí, si no es muy grande, tampoco puede considerarse como pequeña al referirse a un solo servicio, y es justo hacer notar que, de Gastroenterología, fué ése el primero que se interesó en nuestro medio por los casos de padecimientos esofágicos y se convirtió, gracias al esfuerzo del doctor Abraham Ayala González, en el centro mejor dotado y de mayor experiencia en esofagología en nuestro país.

Tiene importancia la revisión que hace el doctor Ramos, porque nos enseña los variados grupos de padecimientos del esófago que han sido estudiados, diagnosticados y tratados, mostrándonos así que este órgano, que por mucho tiempo quedó semiolvidado en su profundidad y en relativa penumbra, va saliendo de ellas con gran empuje y que del "Órgano de los cuerpos extraños" que hasta no hace mucho tiempo era, se ha convertido en punto de atracción actual gracias al noble afán de los estudiosos que han venido definiendo mejor su anatomía, su fisiología, su patología y su terapéutica; y de las manos del otorrinolaringólogo que inicialmente lo poseyó a través de la técnica endoscópica, es disputado ahora con interés por el radiólogo, el gastroenterólogo, el cirujano y el internista.

Es que en realidad el esfuerzo, ya aislado, ahora en conjunto, de todos estos especialistas, nos permite conocer mejor los estados patológicos de este importante segmento del tubo digestivo y cómo tratar casos considerados antes como irremisiblemente perdidos, con técnicas que se antojan asombrosas, particularmente por el extraordinario avance de la anestesia y de la cirugía torácica, que ha proporcionado atrevidas y cada día más seguras vías de acceso a dicho órgano.

Aunque el autor indica que este trabajo no tiene por objeto compararse

con estadísticas extranjeras, al ver las cifras del resumen de su casuística se nota en seguida que las correspondientes a cada grupo no difieren mucho de aquéllas y que, desgraciadamente, entre nosotros también ocupan las neoplasias el mayor por ciento de los casos de padecimiento esofágico; que predomina francamente en el hombre este estado patológico, particularmente en la segunda mitad de la vida y en el tercio inferior del órgano.

Señala con muy buen sentido clínico la aparición de síntomas especiales o particulares de algunos casos, valorándolos con justeza, como consecuencia de la localización o invasión de la neoplasia a órganos vecinos.

Pero, sin duda, la disfagia continúa siendo el síntoma más prominente, el toque de alarma que debemos estar siempre atentos a escuchar a su primera manifestación y que debe de servirnos como punto de partida para iniciar un minucioso y completo examen clínico que, en ocasiones, nos llevará a descubrir, con el auxilio de los rayos X o de la endoscopia, una neoplasia en el momento más oportuno de poder tratarla con éxito.

Es excepcional que una neoplasia del esófago no tenga manifestaciones disfágicas; las puede haber, como suele ocurrir que haya úlceras gastroduodenales sin dolor, pero ya decimos que es la excepción. En raros casos también podrán aparecer antes que la disfagia, disfonía o hipo. En cambio, el dolor generalmente es el último síntoma en aparecer y es, desgraciadamente en muchos casos, el que obliga al paciente a consultar. Entonces el diagnóstico ya es fácil, ya hay muchos elementos para hacerlo; pero el tratamiento en tales casos ya se reduce, en general, a lo que antes era casi sistemático, a una gastrostomía en lugar de una extirpación total de la neoplasia, ahora obtenible con éxito en buen número de casos, porque al abrir el tórax se encuentra que el proceso ha invadido ya también órganos vecinos importantes (aorta, bronquios, pleura, etc.), como ocurrió en muchos casos de los relatados por el doctor Ramos.

Por tal circunstancia, el cáncer del esófago seguirá siendo, por mucho tiempo, un problema insoluble.

El megaesófago ocupa el segundo lugar en la casuística del doctor Ramos. En la mayoría de las estadísticas extranjeras ocurre igual y sólo se diferencian en que en aquéllas se reparte por igual la frecuencia entre ambos sexos y en algunas con predominio ligero en el hombre, contrariamente al gran predominio que registra el doctor Ramos en la mujer.

Padecimiento importante por las grandes molestias a que da lugar, así como por las no raras confusiones en su iniciación, con padecimientos neoplásicos. Las distintas designaciones que se le han dado (cardioespalmo, acalasia, megaesófago, dilatación idiopática del esófago, etc.) dan idea del desacuerdo que aun existe en cuanto a su etiología y patogenia y, conse-

cuentemente, en cuanto a su tratamiento. No obstante, parece aceptarse más cada día la existencia de una distonía neuromuscular y de un desequilibrio emocional en los pacientes que lo sufren. El tratamiento, que tan buenos resultados ha dado en manos del doctor Ramos (dilatación forzada con aparatos de presión graduada, neumática o hidrostática) es actualmente el mejor. A él debe agregarse el tratamiento psicoterápico; excepcionalmente el quirúrgico.

El grupo de las estenosis cicatrizales del esófago, consecutivas a la ingestión de cáustico, es también importante por la frecuencia con que se presentan estos casos desgraciados y por los problemas terapéuticos que plantean. Estos enfermos sufren mucho por lo prolongado del tratamiento, cualquiera que sea: esofagoplastia en los casos de las infranqueables o el paso prolongado de hilas con aumento gradual de su número y los sondes, que con tanta habilidad ha venido empleando el doctor Ramos.

El esófago llamó primeramente la atención tanto de los médicos como de personas ajenas a la Medicina como "el órgano de los cuerpos extraños". Y esta fama, justificadamente, aun no se borra, como lo demuestra el número de casos registrados por el doctor Ramos en su casuística.

Los cuerpos extraños detenidos en el esófago pueden ser de la más diversa naturaleza y tamaño (monedas, canicas, alfileres, clavos, piezas dentarias o de prótesis, pan, carne, huesos, etc.) y ocasionar la más variada sintomatología o tolerancia. A propósito de ésta, recuerdo el caso de un pobre hombre que acudió hace años con ligera disfagia, precisamente al Servicio de Gastroenterología del Hospital General, en que a la sazón prestaba yo mis servicios. Se le examinó e hizo la historia clínica respectiva, en la que se encontraba como antecedente que una noche, para cuidar de su capital, se durmió con un peso de plata de los antiguos, grande, en la boca y que a la mañana siguiente al despertar ya no lo tenía en la boca, ni lo encontró por ningún lado. Que recordaba que los días siguientes había tenido ligera molestia al pasar los alimentos, pero que a pocos días le desapareció y que hasta el día en que consultaba, dos años después de la pérdida del peso, tenía nuevamente disfagia. Al examen radiológico se encontró una sombra circular frontal por encima de la horquilla del esternón que correspondía, sin duda, a la moneda que aquel pobre hombre había guardado aquella noche en su boca y pasado al esófago durante el sueño. Con la extracción se comprobó que así había ocurrido. El caso referido nos da idea de hasta donde puede llegar la tolerancia a los cuerpos extraños en algunos raros casos y bien sabemos que en muchos otros, particularmente cuando provocan obstrucción de

vías respiratorias o infección mediastinal por herida del esófago, su intolerancia es manifiesta.

La esofagitis y la hernia hiatal son padecimientos ahora mejor conocidos y con estrecha relación causal, como sensatamente lo hace notar el doctor Ramos, que tienen igualmente fuertes nexos en cuanto a su tratamiento.

De los demás grupos señalados por el autor: neurosis, divertículos, padecimientos congénitos, padecimientos neurológicos, varices y úlcera péptica del esófago, con ser interesantes, no nos ocuparemos, sin embargo, para no alargar este breve comentario y no cansar la benévola atención de los señores académicos; sólo diremos que el hecho de hacerlos figurar nos señala el cuidadoso estudio y la minuciosa búsqueda que de ellos hizo el autor para diagnosticarlos é indicar el tratamiento llevado a cabo, estableciendo normas que debemos aprovechar.

La serenidad de juicio y la profundidad de conceptos que campean en todo el trabajo del doctor Ramos no nos han causado extrañeza ya que son cualidades inherentes a su persona desde que tuvimos el gusto de conocerlo, cuando él iniciaba sus escarceos gastroenterológicos en el pabellón 24 del Hospital General. Los años transcurridos desde entonces, dedicados con entusiasmo y tesón a esta importante rama de la Medicina ya en el propio Hospital, en la docencia o en clientela particular, le han traído una brillante madurez profesional, como puede verse en su *curriculum vitae*, que es justamente reconocida en el medio médico y que le ha permitido su ingreso a esta H. Academia Nacional de Medicina.

Felicito al doctor Ramos por su trabajo y por su ingreso a nuestra Institución y a ésta por la admisión de un joven elemento que, seguramente, le dará prestigio con su saber y su actuación.