

CANCER FARINGO ESOFAGICO*

DR. CARLOS COQUI**

EL RADIODIAGNÓSTICO de los padecimientos del esófago es un método muy importante en este órgano, y esto se explica por varios motivos: el esófago en su mayor extensión es un órgano profundamente situado en el mediastino posterior y en el abdomen superior, regiones poco accesibles a la exploración clínica común. Los rayos X demostrando la forma exacta del órgano, precisan la topografía de las lesiones, además de permitir observar el funcionamiento del órgano. Por otra parte sabemos que el esófago es accesible a la endoscopia, que aquí lleva el nombre de esofagoscopia, que es más difícil y solo debe ser practicada por especialistas calificados y por otra parte siempre debe ser precedida de un buen examen radiológico. Además, hay que tener presente que es la coordinación de la clínica y su excelente aliada: la radiología, las que juntas con la biopsia que se practicará en algunos casos y el laboratorio resolverán el problema de diagnóstico al paciente. La situación del radiólogo cuando recibe un enfermo del aparato digestivo y en nuestro caso del esófago es un poco especial: no conoce al enfermo clínicamente, recibe una solicitud de examen radiológico y luego de tomar varias placas y hacer alguna fluoroscopia, interpreta imágenes, desde el punto de vista de la deformación de la silueta obtenida, y recordando solo algunos datos obtenidos por un interrogatorio rápido y la observación general del enfermo. El radiólogo analiza imágenes de estenosis, dilatación del esófago, irregularidades de la silueta y esto le sirve de base para dar su opinión, que frecuentemente puede ser errónea, ya que le falta una base sólida para fundamentar correctamente una conclusión: el examen clínico. La historia clínica la tiene el radiólogo de hospital, pero el del

* Tema del symposium sobre Cáncer del Aparato Digestivo, leído el 17 de agosto de 1960.

** Presidente de la Sección de Radiología en la Academia Nacional de Medicina.

consultorio, el radiólogo de la calle, el de la clínica privada no recibe más que una solicitud, impersonal respecto a los antecedentes del paciente y esto hace difícil las conclusiones finales. Sin embargo, aún muchas veces sola, la radiología es muy capaz de demostrar las principales alteraciones del esófago: como son los espasmos, el megaesófago, los divertículos y las alteraciones neoplásicas.

TÉCNICA PARA EL EXAMEN DE UN ENFERMO DEL ESÓFAGO

La fluoroscopia es indispensable, generalmente la practicamos con el fluoroscopio común pues nosotros no tenemos aun el intensificador de la imagen fluoroscópica, que facilita mucho la observación haciendo más clara la silueta del esófago, el que puede observarse por largo tiempo sin peligro para el paciente y para el médico. El radiólogo moderno en México es aquel que practica un estudio combinado fluoroscópico seriográfico, pues no aplicamos aún, ni en los hospitales las técnicas de intensificación de la imagen, ni la de radiodiagnóstico por telefluoroscopia, estos métodos, la cinerradiografía y la roentgen televisión son ya practicados en otros países, pero aquí no hemos puesto en práctica estas técnicas, que si no dan más diagnóstico, por lo menos lo hacen más fácil y más cómodo para el médico, según lo hemos observado durante la verificación de congresos de radiología y a través de películas, como la exhibición hace poco tiempo por el Dr. Cherigie. El tiempo resolverá estos problemas pendientes de la organización clínico radiológica. Para la radioscopia de un enfermo del esófago hacemos ingerir al paciente papilla fluida primero, luego, espesa según el propósito clínico que persigamos y según el grado de disfagia del paciente. Hay que recordar que el enfermo del esófago, especialmente el afectado de neoplasma presenta disfagia como signo principal, que obliga a ver al clínico y al radiólogo.

Diferentes consistencias de la substancia opaca, nos hacen ver la anatomía del esófago en forma más o menos clara, sobre todo los pliegues de la mucosa, que es de desearse se observen con detalles, pues una destrucción de los mismos indica un proceso neoplásico con bastante frecuencia. En realidad podría usarse medios de contraste especiales, adherentes a la mucosa, se puede usar el Neobar, la mezcla de Chaul, que tiene goma, puede usarse un aceite opaco, aun medios yodados fluidos, pero en general usamos el citobarrio, lo que no ha impedido llegar a diagnóstico preciso. Hay una razón, el enfermo cuando llega a manos del radiólogo casi siempre es un paciente ya bien declarado como enfermo de esófago, cuya exploración es más sencilla que aquella que se hace para practicar el diagnóstico precoz.

En algunos casos practicaremos examen del esófago, administrando drogas antiespasmódicas, por ejemplo la Buscapina, que inyectada pueda producir el relajamiento de la musculatura espasmódica y con ello contribuir al diagnóstico

diferencial entre un espasmo y un neoplasma, pues la imagen de éste no se modifica con los antiespasmódicos, en tanto que el trastorno funcional cede, cambia la imagen. La orientación de la técnica la hacen por una parte la rapidez del tránsito esofágico, y por la otra la falta de visibilidad del esófago en radiografía simple. Lo demás lo resuelve la técnica radiográfica propiamente hablando: el equipo y las posiciones que deben dársele al paciente. El examen con bario está contraindicado en casos de fístulas, en enfermos recién nacidos y hasta cierto punto en estenosis muy cerradas, entonces es cuando debemos emplear los otros medios de contraste. La exploración del tránsito con medios sólidos, como pan embebido de bario puede ser útil para demostrar disfagias incipientes que nos hacen sospechar lesiones orgánicas que comienzan.

POSICIÓN DEL PACIENTE. Las radiós del esófago tendientes a la investigación de un neoplasma deben tomarse en las actitudes de rutina para el esófago: de pie en decúbito y en posiciones oblicuas, hasta lateral. Tienen una técnica especial las radiografías de la zona cardíaca-diafragmática y el esófago abdominal y las de la región hipofaringea, que son regiones solidarias la primera con la parte alta del estómago y la segunda con la faringe. Así, pues, es útil en los casos de exploración del cardias practicar examen en decúbito ventral y dorsal, en Trendelenburg, con bario, con insuflación gástrica, con neumoperitoneo y con retroneumoperitoneo hasta con estudio tomográfico, para la investigación delicada de algunos procesos orgánicos. Para las tumoraciones hipofaringeas, el estudio en lateral con bario y sin bario y el estudio tomográfico de la faringe pueden ser bastantes útiles. Generalmente estas técnicas producen buenas radiós, siempre que se efectúen con un aparato potente, por ejemplo de unos 100 kv. y 200 a 300 miliamperios. Las radiós obtenidas son satisfactorias, para la ejecución de radiós con el seriógrafo o placas comunes, en apnea, o haciendo maniobras de Valsalva, etc. Uno debe adaptarse al paciente, que no siempre es fácil de manejar. Se tomarán varias radiografías desde la simple hasta poligramas del esófago. La kimografía es una técnica de excepción poco necesaria, pues la radiografía común y la esofagoscopia resuelven la inmensa mayoría de los casos. No existe una posición standard, el radiólogo será orientado por la radioscopia, que es una exploración importante porque determina la parte enferma y el momento en que ha de ser obtenida la radiografía oportuna. El esófago será observado lleno, casi vacío (mucosa) y después de tragar aire y saliva, lo que da un doble contraste, puede también ingerir agua.

En suma hay muchas técnicas para observar esófago: la placa simple, con medio de contraste, la mucosografía, la tomografía, la esplenopografía, la kimografía, la radiocinetografía, la roentgen televisión cada una encuentra indicaciones especiales, según el enfermo, el lugar donde actúe el radiólogo, el equipo, pero en general las técnicas clásicas resuelven la totalidad de los problemas, con cierto esfuerzo por parte del explorador. No se olvidará la im-

portancia de un examen complementario del tórax y principalmente del mediastino. Las radios deberán ser instantáneas.

INTERPRETACIÓN DE LA IMAGEN POR NEOPLASMAS

Los enfermos presuntos de cáncer del esófago se nos presentan con signos clínicos que orientan hacia el diagnóstico de neoplasma:

Sexo: más frecuente en el hombre —edad— para arriba de 40 años.

Disfagia progresiva.

Enflaquecimiento.

Mal aliento.

Hemorragias (raras).

Anorexia.

Estos signos no aseguran el diagnóstico.

SIGNOS RADIOGRÁFICOS

1. *Falta de llenado, localizado en un segmento del órgano, como signo constante.* Este defecto de repleción, se explica por destrucción de la mucosa y de la pared. Hay que comprobarlo y seguir su evolución, con lapsos razonables.

2. *Estrechamiento esofágico y moderada dilatación supra estenósica que a veces no existe.* Una estenosis que cede a los antiespasmódicos no es cancerosa.

3. *Rigidez de la pared en la zona enferma,* en donde no existen movimientos visibles al examen radioscópico.

No siempre estos signos aparecen típicos y con frecuencia habrá que hacer el caso de iniciación cancerosa un examen esofagoscópico, y hasta repetir una exploración.

Para el diagnóstico diferencial hay que tener presente los tumores benignos, aunque sean muy raros, el esófago puede ser asiento de mixomas, fibromas, lipomas y quistes. El examen del relieve mucoso orienta y la esofagoscopia confirma en casos de duda. Habrá que tener en cuenta sombras mediastínicas de compresión, desviaciones del órgano, jaspeado en caso de poliposis.

Casi siempre se llega al diagnóstico preciso.

El cáncer del esófago se complica, puede haber perforaciones, pasando medio de contraste a los bronquios, cuando la comunicación es hacia el pulmón. Se ven sombras como si se tratara de una broncografía. La evolución es a veces muy rápida, por el enflaquecimiento, cuando existe estenosis, pero en otros casos es lenta. La duración de un neoplasma es como de un año o más. Las metástasis no son frecuentes, aunque se pueden observar en ganglios cervicales y del mediastino.

En la práctica es muy difícil diferenciar la tumoración benigna de la maligna, es cuando la biopsia ayuda mucho al diagnóstico, pues la radiología no da signos típicos. A veces se observan, muescas, espolones, contornos suaves, que no son característicos del neoplasma, destructivo, que en ciertos casos produce una verdadera amputación del órgano. Las perturbaciones del tránsito esofágico muy ligeras, espasmos sobreañadidos, pequeñas lesiones anatómicas, no pueden considerarse como signos precisos. Nemour Augusto encuentra signos especiales, como presencia de bario en dos columnas separadas por una zona no impregnada, aún no notándose claras alteraciones de la pared.

Se distinguen entre los neoplasmas de esófago una forma vegetante, creciendo hacia dentro y estenosando el esófago, una forma infiltrante, que acarrea la pared y la hace rígida y una forma ulcerosa, con destrucción mucosa de la pared más o menos amplia, pero se aclara que estas formas no siempre se presentan puras y el diagnóstico general es el de neoplasma, sin precisar una forma especial. Las lesiones neoplásicas se sitúan a cualquier altura siendo frecuentes sobre todo en el tercio inferior, después en la parte media y superior. A veces son lesiones multipolares. Se producen las lesiones principalmente en los estrechamientos fisiológicos más sujetos a la irritación (alcohol, tabaco, bebidas muy calientes, etc.) Los cánceres de la zona hipofaríngea son difícil de observar, dada la rapidez del tránsito en esta región o bien la disfagia seguida de regurgitación en los casos muy estenosantes. Es frecuente la impregnación de los senos uniformes en los cánceres altos.

A veces el tumor maligno es un sarcoma, cuando éste es esofágico, comprime y desvía al órgano, hay que estudiar el mediastino, cuando lesiona la pared da una imagen lagunar de bordes netos y precisos, confundiendo el aspecto observado con los dados por burbujas de aire deglutido.

Por lo demás deben tenerse presente para el diagnóstico positivo y diferencial los signos especiales de cada uno de los padecimientos del órgano (espasmos, divertículos, cuerpos extraños, várices, etc.), que presentan su propia sintomatología clínica y radiológica.

Pensamos que en resumen: la clínica, la radiología, la endoscopia y la biopsia, pueden resolver el diagnóstico en casi la totalidad de los casos con la cooperación de ciertas pruebas de laboratorio.