

CIRUGÍA DEL ESÓFAGO (*)

Dr. M. MALDONADO LOPEZ

DISPENSADME que haya aceptado la invitación hecha por nuestro ilustre maestro el doctor PUIG-SUREDA para que me encargue de dar una conferencia sobre un tema tan vasto como el de la «Cirugía del esófago».

Esta aceptación parece significar que tengo alguna idea nueva o sugestiva sobre este asunto. No; yo no pretendo decir más que un resumen de nuestra experiencia, bien corta por cierto, unido a lo que he podido recoger de estadísticas y experiencias extrañas. Me contentaría con hallar una orientación clara, definida y concreta en el horizonte complicado que se presenta a nuestra vista.

Procuraré ordenar lo mejor posible el tema, para que podáis comprender el estado actual de la Cirugía esofágica.

Pequeñas nociones anatómicas y fisiológicas creo que son muy interesantes para el estudio de esta afección.

El esófago. — Tubo membranoso de unos 25 cm. de longitud que empieza a unos 15 cm. de la arcada dentaria; tiene, por lo tanto, un recorrido cervical, otro torácico, y por debajo del anillo diafragmático un pequeño sector abdominal, que es donde radica una de las lesiones que vamos a estudiar.

Sector cervical. — Se relaciona por detrás con la columna vertebral, por delante con la tráquea y a los lados con el paquete vásculonervioso y el tiroides.

En el *tórax*, el esófago está en el mediastino posterior y tiene relación con todos los órganos incluidos en él, bronquios, aorta, etc.

Del anillo *diafragmático* salen unas pequeñas fibrillas que van al conducto y parece que constituyan un verdadero esfínter, al que algunos autores conceden gran papel en la patogenia del cardioespasmo.

En la porción *abdominal* tiene una longitud de dos o tres centímetros; por detrás está desprovista de peritoneo. No es un cilindro perfecto y presenta estrechamientos y dilataciones que no deben ser tomadas por lesiones patológicas (divertículos), (estrecheces).

Como todos sabemos sirve para la deglución y hoy está completamente demostrado que ese papel es activo y contribuye al paso del bolo alimenticio con la propagación de ondas peristálticas muy evidentes que por vía refleja hacen dilatar el cardias.

Exploración del esófago. — La radiología y la endoscopia puede decirse que dominan hoy por completo la exploración esofágica. El resonador de DUPLAY para cuerpos extraños, la auscultación de ZENKER y HAMBURGER, la manometría de MIKULICZ y la percusión junto con el cateterismo, puede decirse que son procedimientos pasados a la Historia y que no añadían mucho más que los datos que nos proporciona el mismo enfermo.

Esofagoscopia. — Por endoscopia se reconocen las esofagitis, las erosiones, la úlcera péptica, las neoplasias incipientes, pólipos, cicatrices y espasmos. Desde que en 1868 KUSSMAUL hizo la primera esofagoscopia se ha perfeccionado mucho este procedimiento cuya técnica puede que esté basada en principio en los tragadores de *sable*. Desde luego se practica con tubos rígidos.

Bronco-esofagoscopia de BRÜNNINGS o el esofagoscopio de CHEVALIER-JAKSON.

La técnica es cosa de especialista que a nosotros, cirujanos, no nos interesa y que probablemente no sabemos practicar.

(*) Lección correspondiente al II Curso de Técnica Operatoria del Aparato Digestivo (26 octubre 1946). Servicio del Prof. J. Puig Sureda, Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Barcelona.

Exploración radiológica. — Esta es la que más nos interesa y aunque esta técnica es también cosa de especialista, sin embargo la interpretación de las imágenes es de particular interés para el cirujano que haya de practicar la intervención quirúrgica.

Por su inocuidad absoluta para el enfermo y su facilidad junto con los valiosos datos que proporciona, ocupa actualmente y destierra en absoluto a todos los demás métodos de exploración esofágica.

Siendo muy extenso el tema *Cirugía esofágica*, dedicaré solamente el tiempo suficiente de que dispongo a tres capítulos de la Patología esofágica: 1.º Divertículos. 2.º Acalasia, con el megoesófago, y por último las Neoplasias.

Desde las primeras operaciones practicadas sobre el esófago por NICLODONI en 1876, ZENKER en 1877 y MICULICZ en 1881, hasta nuestros días han pasado unos sesenta años y durante los mismos la cirugía ha progresado de una manera extraordinaria. La timidez de las primeras intervenciones (ZENKER a propósito de los divertículos decía, dentro de la prudencia en el obrar, que el tratamiento radical de los mismos por la operación quirúrgica desde fuera *era un vano ideal, irrealizable entonces*), contrasta con la audacia y la valentía de las intervenciones sobre el esófago medio realizadas por TOREK, GARLOCK, D. EWIN CARK y RICKARD H. SWEET.

En el IX Congreso Internacional de Cirugía celebrado en Madrid el año 1932, una de las ponencias fué la Cirugía del Esófago.

Eminentes cirujanos como ZAJER (Leyden), CARDENAL (Madrid), JIANNUS (Bucarest), LUGENA (Génova), GREGOIRE (París), GRAY-TURNER (Newcastle) y BIREHER (Aarau), fueron los ponentes, y ya la cirugía esofágica había dado un gran paso gracias a los exámenes de la Radiografía y la Esofagoscopia como métodos exploratorios. Pero si de las discusiones habidas parece deducirse que había una cierta unanimidad en lo que concierne a los divertículos y a la acalasia y a su tratamiento quirúrgico, en cambio, en lo tocante al cáncer, y sobre todo al del tercio medio, reinaba un pesimismo sustentado por GREGOIRE y se hablaba de varios procedimientos seguidos, de estadísticas desastrosas, terminando por mostrarse partidarios muchos de ellos (como mal menor) del Radium. La Escuela Americana, a cuya cabeza va TOREK, ha dado el último impulso, aunque es natural, no definitivo a la cirugía del esófago.

Divertículos. — Constituyen dilataciones circunscritas sacciformes de la pared del mismo, que puede revestir distinto carácter según su patogenia y desde el punto de vista quirúrgico, según su localización.

Desde el punto de vista quirúrgico se dividen en cervicales o faringo-esofágicos y torácicos. Los primeros son casi siempre divertículos por pulsión o de ZENKER, y si bien el primero que habló de ellos fué SIELDOW, fué aquel autor el que los describió con más detención; asientan en la zona de unión de la faringe con el esófago o zona de «Killian», y ROSENTHAL los llamó *divertículo limitrofe* por esta situación.

En el hombre son más frecuentes que en la mujer (76 % contra 24 %). Es enfermedad de edades avanzadas, en general se observa en individuos que han pasado de los 45 años, aun cuando se cita algún caso de divertículo congénito y STIERLIN cita dos casos, uno de un enfermo de 30 años y otro de 16, aun cuando éste se trataba de un falso divertículo.

Acostumbran a ser únicos, si bien puede haber varios, cosa muy rara, y a veces coinciden con divertículos en otros sectores del tubo digestivo. Anatómicamente están constituidos por una hernia de la mucosa a través del espacio formado entre los fascículos del constrictor inferior de la faringe y el crico-faríngeo.

Las dimensiones de la bolsa pueden variar entre el de una avellana al de una manzana.

El trayecto de unión entre bolsa y conducto desemboca casi siempre en la región dorsal izquierda del esófago; son de paredes delgadas en un principio, pero con el tiempo y las repetidas inflamaciones se vuelven resistentes; están constituidas por mucosa y una capa de conjuntiva con gran cantidad de fibras elásticas, pero nunca existen fibras musculares. Pueden pasar desapercibidos durante mu-

chos años antes de que se note la tumoración, y producir sólo ligeros fenómenos irritativos y después compresivos por espasmo del sitio de implantación.

Las *regurgitaciones* a veces tienen la apariencia de verdaderos vómitos, con los cambios de posición se reproducen y dan la impresión de verdaderos rumiantes, por expulsión del contenido de la bolsa que a su vez proporciona la fetidez del aliento, y con frecuencia pueden dar lugar a compresiones de los órganos vecinos, simpático y recurrente; también pueden ulcerarse e incluso llegar a perforarse.

Es radiográficamente como se descubren todos los divertículos, incluso los que ya existían de muchos años atrás. La imagen es extraordinariamente característica, su sombra es redondeada y con nivel líquido. Mediante la compresión de la bolsa se puede ver cómo la papilla refluye al esófago; casi siempre la imagen está situada sobre el manubrio del esternón, o sobre la fosa supraclavicular. Siempre es de aconsejar antes de la exploración radiológica vaciar y si es posible lavar la cavidad, pues si contiene restos alimenticios se pueden ver en la pantalla defectos de repleción y confundirse la sombra con una neoplasia. Haciendo deglutir al enfermo se eleva el saco diverticular.

Divertículos torácicos. — Aunque pueden ser producidos por *pulsión*, lo más corriente es que lo sean casi siempre por *tracción*, y por lo tanto dependen de una base etiológica diferente siempre producida por procesos escleróticos formados en la proximidad del conducto (ganglios tuberculosos, mediastinitis). Son pequeños, a lo sumo como una nuez, y casi siempre son hallazgo de rayos X, o de necropsias.

Sin embargo, los epitrenicos de *pulsión* son los más importantes y los mejor conocidos de los divertículos torácicos, pues pueden ser de gran volumen, aunque muy silenciosos en síntomas que con frecuencia son los del cardioespasmo. GUTTMAN aconseja tener presente para el diagnóstico diferencial las hernias del estómago; desde luego, son casi siempre hallazgos radiológicos.

Tratamiento. — ¿Qué conducta debemos seguir en presencia de un divertículo esofágico? Desde luego, hemos de partir del principio de que los tratamientos conservadores no son aplicables más que en los casos de enfermos de edad avanzada, o con otras enfermedades que harían peligrosa la intervención, que por sí ya lo es, y en los enfermos que rechazan toda intervención quirúrgica. Así es que cuando existen considerables molestias, en particular: tos intensa al acostarse a consecuencia del paso del contenido diverticular a la faringe, molestias a la deglución, estados irritativos por la descomposición del contenido del divertículo, tendencia al crecimiento de la tumoración e intensa fetidez del aliento, hay que aconsejar sin pérdida de tiempo la intervención.

Las sondas distensibles, dilatación con varias sondas, las sondas eléctricas, que son la base del tratamiento conservador, no son aconsejables.

El tratamiento quirúrgico, que es el único eficaz, es muy diferente, como fácilmente se comprende, según la localización del divertículo.

Cervicales. — Como es natural, éstas son las más frecuentes. Las primeras intervenciones, que naturalmente eran muy tímidas, fueron las realizadas por BEL, en 1830, que consistían en el establecimiento de una fistula del fondo del divertículo. NICHOU, en 1884, fué el primero que practicó la extirpación radical del saco.

Los *métodos operatorios* van de menor a mayor, desde la invaginación y la pexia a la extirpación en dos tiempos o en uno solo, que tal como la practica GREGOIRE es la operación más de acuerdo con el tipo de cirugía moderna, que tiende conjuntamente con la seguridad a la rapidez y a la estética.

Preparación del enfermo. — Como en toda intervención seria hay que poner al enfermo en las mejores condiciones de resistencia, en especial su aparato circulatorio. Siempre que sea posible debe intentarse comprimir y lavar el saco con sondas.

La Escuela de KIRSCHNER practica todas estas operaciones con anestesia local; la Escuela Americana es partidaria de la general por vía rectal (avertina) o in-

traqueal. Según los casos debe practicarse una Gastrostomía previa, ocho o diez días antes de la operación.

Como es natural, para todas estas intervenciones lo primero que hay que hacer es llegar al esófago, y para esto, con ligeras diferencias, la incisión se practica junto al borde anterior del esterno-cleido-mastoideo extendida desde la altura del hioides hasta casi la clavícula. El esterno-cleido se aparta hacia afuera y los músculos depresores de la laringe hacia dentro. Se liga la vena yugular externa. Se incinde la aponeurosis desplazando los grandes vasos hacia afuera. El tiroides se separa hacia dentro y la arteria tiroidea inferior se liga. Es de aconsejar, para identificar el esófago con mayor facilidad, introducir previamente por la boca un tubo de goma. Debe vigilarse con mucha atención el recurrente y apartarlo. Una vez sobre el esófago se busca el divertículo y entonces, si son pequeños, se puede practicar la *invaginación* a lo GIRARD, que tiene la ventaja de que como no se abre el conducto no hay riesgo de infección, pero en cambio es un procedimiento muy expuesto a recidivas. O bien la *diverticulopexia* ideada por LIEBL y SCHMIDT, que consiste en fijar el fondo de la bolsa a distintos sitios según los autores, para que éste se encuentre a un nivel superior al orificio de comunicación con la faringe. Es un procedimiento incompleto y que muchas veces es el primer tiempo de la operación radical.

Por fin viene la operación radical de *extirpación* de la bolsa, que es lo quirúrgico, pero en cuyo procedimiento hay los que como GOLDMAN y CARLOS MAYO preconizan la extirpación en dos tiempos, y otros, como KERHER y GREGOIRE, que son partidarios de la extirpación de la bolsa en un solo tiempo. El tratamiento del muñón también difiere según los métodos, hay quien lo trata como un muñón apendicular y otros con varias suturas invaginantes no perforantes.

La extirpación de un divertículo por cualquiera de los métodos expuestos es una empresa arriesgada: edad avanzada del paciente, saco ordinariamente con un contenido infectado, en una región que lucha mal contra la infección y en continuidad con otra región más peligrosa aún, el mediastino posterior, y, por último, está sujeto a recidivas.

Nos resta por decir cuatro palabras sobre los divertículos *epifrénicos*. En éstos muchas veces dominan los fenómenos de cardioespasmo y hay quien se contenta con el tratamiento de éste.

La extirpación, tanto por vía abdominal como toraco-abdominal o transpleural, es peligrosa y no proporciona grandes éxitos.

CARDIOESPASMO, ACALASIA ESOFAGICA. — WALTON fija esta definición: «Un estado de dilatación e hipertrofia del esófago en donde (post mortem) no se puede hallar ninguna obstrucción próxima a la dilatación.» Es una definición muy precisa, pero que no aclara nada respecto a la etiología y patogenia de la enfermedad. El término *acalasia*, que se emplea mucho, quiere decir falta de relajación de un esfínter cualquiera, en este caso el esofágico. Nos encontramos con una serie de denominaciones que nos indican la disparidad que existe sobre la patogenia de la enfermedad. Mesoesófago la llamó VON HACKER en 1907; HOFFMAN, disfagia espasmódica, y MIKULICZ cardioespasmo; otros, dolicoesófago, dilatación congénita, fraenoespasmo.

Desde luego, tampoco están de acuerdo en qué es lo primitivo, ¿el obstáculo o la dilatación? Los partidarios de una u otra teoría ponen a su favor argumentos de peso para demostrarla. Hasta se ha querido ver un esfínter verdadero en el cardias presentando SHATTOCH preparaciones en las que veía un engrosamiento difuso de la musculatura circular en el sector infra-diafragmático, pero hipertrofia muscular en la región esfinteriana nunca pudo ser demostrada.

Los que creen que el *obstáculo* es lo primitivo y la dilatación lo secundario, desde el punto de vista etiológico piensan en varias causas y dan la culpa:

1.º *Al diafragma*: espasmo del mismo, hipertrofia del anillo muscular diafragmático o estenosis congénita del mismo (GREGOIRE), falta de correlación entre el peristaltismo y el descenso inspiratorio del diafragma.

2.º *Alteraciones del juego neuromuscular del epicardias.*

3.º *La teoría vagal* que parece haberse experimentalmente demostrado desde

CLAUDIO BERNARD y ahora, más recientemente, por OSORIO D'ALMEIDA, de Río de Janeiro, seccionando el neumogástrico.

También se citan casos consecutivos a compresiones y lesiones inflamatorias o tóxicas del mismo nervio. Pero esta teoría también tiene su contrapartida, y es la existencia de muchos megaesófagos con el vago íntegro.

4.º *Espasmos reflejos locales* (esofagitis) o de órganos vecinos, ulcus, colecistitis.

5.º *La insuficiencia motora del cardias o esencialmente la acalasia.*

Frente a estas teorías, que en realidad no dejan de ser hipotéticas, se levanta BORD y una gran parte de autores ingleses que sostientn lo contrario, o sea, que lo principal y primitivo es la dilatación por alteración congénita del desarrollo, lo mismo que ocurre en otros gigantismos viscerales (megacolón) en los que no existe obstáculo. En favor del origen congénito habla la presencia de megaesófagos en niños, incluso en lactantes.

Y, por fin, como no podría menos de ser, no faltan autores como ETZEL y MONTEIRO que dicen que el origen del cardioespasmo es una hipoavitaminosis B₁, basándose en la frecuente coincidencia, según ellos, de megaesófago y polineuritis, así como también en las curaciones obtenidas con la vitamina B₁.

Por lo tanto, se deduce de esta complicada discusión patogenética que he expuesto que las regiones espicárdica y epifrénica son todavía poco conocidas desde el punto de vista anatómico y sobre todo fisiológico, y justifica perfectamente la desorientación que reina en lo que se refiere a etiopatogenia. Hay muchos procesos que no podemos explicarnos: ¿Cómo es posible que grandes mesoesófagos permanezcan unas veces completamente silenciosos y otras produzcan trastornos intolerables? Lo mismo sucede con la hernia del hiato, con una eventración, etc., y es que el factor funcional, que tan importante papel juega en todas las afecciones del organismo, interviene en esta región de una manera decisiva, y el secreto del trastorno funcional no podrá ser descubierto mientras no conozcamos bien el funcionamiento normal del cardias.

La anatomía patológica del megaesófago demuestra la gran amplitud y extensión de la lesión que llega a veces a ocupar todo el trayecto del órgano menos el sector inferior o *epicardias*. Existe gran hipertrofia de las fibras musculares y la esofagitis es la regla; ésta suele producir lesiones necróticas que a veces llegan hasta la perforación o a procesos inflamatorios de vecindad.

Como perfectamente se comprende, hay diversos estadios y tamaños de la lesión.

Síndromes. — ¿Cómo se presenta el cardioespasmo? La mayoría de los casos de cardioespasmo al parecer se presentan repentinamente y sin relación con nada aparente; entonces aparece el síntoma principal, la *disfagia*; el enfermo nota que el bolo alimenticio no le pasa y para lograrlo ha de hacer repetidos movimientos de deglución o ayudarse bebiendo un poco de agua; otras veces éste está supeditado a un traumatismo torácico, una emoción violenta o después de alguna infección o intoxicación.

Esta *disfagia*, que ordinariamente el enfermo la refiere a nivel del apéndice xifoides, es progresiva en intensidad y frecuencia, hasta que llega un momento en que tras de esfuerzos repetidos de deglución expulsa por vómitos o por relajación del cardias el bolo alimenticio, y entonces queda libre de molestias.

Además, los enfermos tienen dolores retroesternales y sensación de pesadez en el epigastrio, palpitaciones y angustia.

Si la lesión sigue avanzando llega hasta haber síntomas de retención con fetidez de aliento, regurgitaciones y expulsión de alimentos de días anteriores, lo que puede hacerlo confundir con un divertículo y en ocasiones con una estenosis pilórica. Un síntoma característico de estos falsos vómitos es que se producen al estar acostado el enfermo y sin ningún esfuerzo.

Esto es lo que podríamos llamar cuadro típico del cardioespasmo con megaesófago, bien constituido, pero en otros casos los síntomas disfágicos son tan discretos que a veces sólo una exploración radiográfica hecha para otra afección diferente descubre casualmente la afección. También se citan casos de «necros» de individuos muertos de otras lesiones y en los que se descubre un mesoesófago, lo que parece abonar el origen congénito del mismo.

En estos enfermos el *cateterismo* permite ver que al llegar la sonda al esófago tiene más movilidad.

La *esofagoscopia* también presta grandes servicios.

Ahora bien, el método de exploración que aclara por completo el diagnóstico son los rayos X. Debe practicarse habiendo vaciado previamente el esófago. La imagen es muy típica. HERTZLER la llamó imagen en «tromba» o «tornado»; desde luego da la impresión de un embudo; la imagen es limpia, sin ninguna irregularidad.

Para el diagnóstico radiológico del cardiospasmo hay que eliminar las estenosis por ingestión de cáusticos. Los cánceres yuxtacardiácos estenosantes producen la imagen lacunar típica de las neoplasias, diferente de la lisa del megaesófago. En las neoplasias la dilatación no es tan grande como en el cardiospasmo; además, el modo de progresar la papilla es diferente; en la acalasia el paso acostumbra a ser completo y se verifica por partes y repentinamente, y a veces no pasa nada.

Por lo contrario, en las neoplasias queda siempre un canal de unión entre el esófago y el estómago, de calibre proporcional al grado de estrechez, y la papilla fluye continuamente a través de la estrechez. La papilla no debe ser muy espesa y a veces, cuando se sospecha que la estenosis es muy pronunciada, lo mejor es recurrir al aceite yodado como medio de contraste.

Evolución. — Cuando se presenta el síndrome obstructivo conduce, si no se trata convenientemente, a la consunción. Se ha hablado durante mucho tiempo de la degeneración maligna de la acalasia. GUISEZ da el 3 por 100 y esta cifra parece exorbitante. BERSAH cree que es muy rara y cita 227 casos de carcinoma esofágico y sólo uno se asociaba con cardiospasmo. VINSON, que es el autor que ha visto más casos de acalasia, 685, dice que la degeneración maligna ocurrió en un pequeño número de casos.

Tratamiento. — Desde un punto de vista terapéutico es de tanto interés conocer la etiología de la disfagia como la exacta situación de la misma, distancia de la arcada dentaria superior, extensión, forma, etc.; en fin, todos los datos que, como he dicho antes, pueden recogerse principalmente por esofagoscopia y por radiografía.

Indicaciones para tratamiento en general. — En la práctica todos los grados de enfermedad existen, desde las dilataciones asintomáticas que pasan inadvertidas o casi inadvertidas hasta que son descubiertas por rayos X, pasando por lo que a despecho de las dificultades o molestias de tragar son compatibles con un buen estado general, hasta el otro extremo de la escala, que son los que constituyen lo que podemos llamar *casos establecidos* y que para mejor comprensión dividiré en dos grupos: a) *Casos no complicados*, donde los cateteros atravesarán fácilmente el cardias, y b) *Casos complicados* por contractura orgánica o por una gran dilatación o plegadura del esófago y en los cuales los más cuidadosos esfuerzos de dilatación aun bajo control endoscópico o radioscópico, son capaces de fallar o ser ineficaces.

Al decidir el tratamiento en cada caso particular es de gran importancia fundamentar la decisión en una base clínica. Además de los datos endo y radioscópicos debe uno preguntarse lo siguiente:

- 1.º ¿Cuánta disfagia hay y cuánto molesta al enfermo?
- 2.º ¿Cuál es el estado de nutrición del mismo?
- 3.º ¿Cuál es el psiquis y educación del paciente y su constancia para el paso de cateteres y probabilidad de que pueda ser capaz de aprender a hacerlo personalmente?
- 4.º ¿Pasan las sondas con facilidad y, en este caso, qué alivio dan?

Una vez que uno se contesta a estas preguntas debe mirar cómo curar mejor al enfermo con el mínimo de trauma.

Tratamiento médico. — El tratamiento médico, además de no interesarnos a nosotros, es de muy poca eficacia.

La apreciación del hecho de que la enfermedad es probablemente congénita

y que ciertamente no muestra tendencia a la curación espontánea, nos conduce a la fuerza a aconsejar la precoz y efectiva operación de HELLER, que a mi entender es la más eficaz en la mayoría de los casos, y teniendo en cuenta, además, que muchos enfermos son capaces de llevar una vida más o menos normal durante muchos años con la ayuda de sondas, dilataciones, etc., es por lo que a más del tratamiento quirúrgico, que es al que a nosotros nos interesa y al que dedicaré preferente atención, citaré los métodos que yo llamo intermedios, como son dilataciones, sondas, etc., pero de una manera muy a la ligera.

No menor importancia tiene el hecho de que deben ser sometidos a operación aquellos en los que el repetido paso de sondas y los otros extremos han fracasado.

Tratamiento por dilatación. — ALONSO, del Instituto de Investigaciones Médicas de Madrid, concede gran importancia y eficacia a la dilatación por medio del dilatador de STARK, cuya técnica es la siguiente: Se hace tragar un hilo de torzal parafinado al enfermo, que en algunos casos infranqueables es muy conveniente poner en su extremo un perdigón perforado con un punzón por cuyo agujero se pasa y ata el hilo; una vez pasado (ALONSO dice que es fácil) se pasa una oliva de 15 mm. de diámetro y después de esto el dilatador, cuyo diámetro no es superior a estos 15 mm., y bajo control radiológico se sitúa en el cardias, abriendo entonces al máximo con suavidad y se mantiene abierto unos minutos; después se cierra y quita el aparato, recomendando al enfermo que no coma ni beba durante el día. A las veinticuatro horas se empieza a alimentar con toda normalidad.

Ha tratado ALONSO seis megaesófagos y sólo le ha fallado uno. FROME, en 29 casos tratados con este procedimiento, ha obtenido un 60 por 100 de curaciones.

Dilatación por cateteres. — No hay duda de que con tal que una cuidadosa técnica sea adoptada, en un buen número de precoces o bien tolerados casos no complicados, la práctica de esta dilatación va muy bien, y aunque una cura completa no puede ser esperada, tales pacientes quedan al menos en condiciones de llevar una vida normal.

Desde luego, es preferible el uso de bujías filiformes en haz, al paso de una sola, como aconseja GUZEL. Cuando la dilatación es infranqueable se pasa un número muy delgado, basándose en la travesía de las sondas de las estenosis uretrales. Una vez pasada la primera se deja veinticuatro horas y después se pasan las demás.

Los dilatadores de mercurio son peligrosos y brutales; los de agua son más prácticos. PLUMMER ha perfeccionado un ingenioso método de dilatación forzada del cardias que ha sido bien acogido y extensamente adoptado en la Clínica «Mayo», considerándose el método como muy eficaz o al menos alivia un gran número de casos donde los síntomas son graves o el paso de las bujías difícil.

La técnica consiste en tragar un hilo largo de seda parafinado y arrollado en cuyo extremo tiene un perdigón que arrastra una sonda. El uso preliminar de esta bujía tiene la ventaja de hacer la dilatación más gradual, y al mismo tiempo da aproximadamente una impresión de la distancia del cardioespasmo a los dientes, de manera que el *saco hidrostático* puede ser colocado de manera adecuada. A los dos o tres días se introduce el saco de la misma manera que la sonda y se conecta con el grifo de agua por medio de una pequeña espita; la presión del agua está controlada por un manómetro. Lo que indica mejor que nada hasta dónde debe llegar la dilatación es la sensación de dolor que experimenta el enfermo, aun cuando esto no ocurre siempre.

En la Clínica «Mayo» han sido tratados unos 1.200 casos de cardioespasmo y un gran número han sido con el *saco hidrostático*. De éstos murieron nueve por perforación esofágica, pero aclaran que estos fracasos ocurrieron antes de 1926, que fué cuando se decidieron al paso de la bujía preliminar. Sea lo que fuere, de la lectura de estadísticas diversas se saca la siguiente conclusión respecto al método de PLUMMER: 1.º cura incierta; 2.º, ciega, y, por lo tanto, no de acuerdo con los principios quirúrgicos, y 3.º, no hay manera exacta de juzgar la presión del agua más que por la sensación de dolor del enfermo, y esto es muy incierto. Se necesita mucha experiencia y en manos inexpertas puede ser peligroso, y, por último, no da ningún resultado en los casos en que la plegadura esofágica se ha producido.

Tratamiento por operación. — Después de un análisis detenido de todos los procedimientos operatorios sólo dos pueden resistir las objeciones de que se les hacen y en particular uno, el método u operación de HELLER. Después el de HEYROWSKY y la dilatación digital de MICKULICZ.

La operación de HELLER tiene su fundamento en lo siguiente: con tal que el esfínter muscular esté intacto, su contracción estrecha el lumen, pero, sin embargo, si es hendido longitudinalmente, su contracción no estrechará, sino más bien amplificará la luz del cardias formando una brecha a través de la cual la mucosa se combará. Con el método de HELLER la operación se hace bajo visión directa, y por ello tiende a la vez a ser más segura y más completa que por el ciego método de la dilatación. La dificultad de combatir el alargamiento y plegadura del esófago está resuelta por incorporar, cuando es necesario, la idea de VON HACKER de movilizar el extremo inferior y arrastrarlo hacia el abdomen para acortar y enderezar la porción torácica. HELLER, al informar su original y feliz operación, mencionó dieciséis casos realizados por varios cirujanos sin óbito y con muy buenos resultados en doce. En Holanda, ZRAFIR manifiesta que la operación de HELLER era el método normalmente usado y menciona ocho casos de éxito y sin mortalidad.

La principal dificultad y peligro en que uno puede encontrarse es la extrema friabilidad de la mucosa de la parte baja del esófago, a menudo asociada con adherencias de la misma al músculo. Esto es debido a esofagitis y puede en alguna ocasión ser disminuido por lavados preoperatorios.

La técnica es muy simple y no toma más tiempo que la reparación de una ordinaria hernia inguinal.

- a) No hay necesidad de volver hacia arriba el borde marginal.
- b) No hay que hendir por la parte posterior la mucosa esofágica.
- c) No hay que abrir el estómago y no hay que hacer ninguna estría directora para cortar por encima.
- d) En todos los casos, el esófago, el cual es fácilmente liberado del agujero diafragmático, es llevado abajo, mejorando así la exposición y combatiendo la plegadura.

TECNICA

Tratamiento preoperatorio. — Antes de la operación, el contenido del esófago es vaciado, medido y examinado. Se pasa entonces un esofagoscopio y la mucosa es examinada. Siguen luego lavados, dos al día, usando bicarbonato sódico tanto tiempo como la inflamación aguda dura.

Operación. — El paciente, que habitualmente es delgado por la pérdida de peso, es colocado plano en posición dorsal, con el puente un poco levantado. El abdomen es abierto por laparotomía media supraumbilical de unos 8 cm. de longitud. La mano izquierda del ayudante es puesta plana sobre la superficie del estómago, con la punta de los dedos cerca del cardias y una presión suave para comprimir el órgano y dirigirlo hacia abajo tanto como sea posible. El lóbulo izquierdo del hígado es mantenido hacia arriba y a la derecha con un separador de larga hoja. De esta manera una exposición perfecta del cardias se obtiene, y es vista la arteria gástrica izquierda. Una incisión transversa de 5 cm. de largo se hace a través del peritoneo (ligamento triangular izquierdo) y el vago izquierdo es identificado y separado. Varias pequeñas venas (ramas de la frénica inferior izquierda y la suprarrenal izquierda) alrededor del orificio diafragmático son ligadas y divididas. El esófago puede ser fácilmente identificado y liberado, bajándolo progresivamente hacia el abdomen.

Por disección obtusa del músculo longitudinal anterior y *extremadamente cuidadosa cortando* a través las delgadas fibras circulares, la mucosa esofágica aparece en el fondo y se comba hacia delante y afuera. En esta superficie hay dos venas submucosas que requieren ligadura y sección. *La incisión debe extenderse por lo menos 2 cm. en el esófago y 3 cm. en el estómago.* El peligro de probable adherencia y marcada friabilidad de la mucosa ha sido ya recalcado.

El abdomen se cierra sin drenaje, a menos que la mucosa haya sido inadver-

tidamente dañada o herida; en este caso la grieta es vista fácilmente y puede ser suturada, y un drenaje debe ser colocado en el sitio de la operación.

Tratamiento postoperatorio. — Agua glucosada esterilizada durante las primeras veinticuatro horas, pequeñas y frecuentes cantidades de alimentos flúidos y semiflúidos van aumentando en los próximos de ocho a diez días cuando una dieta de aumento se instituye. Comidas completas se permiten pasadas tres semanas. Los lavados postoperatorios no parecen ser necesarios.

Resultados ulteriores. — No hay absolutamente ninguna duda que en la gran mayoría de pacientes operados de esta manera hay una rápida y duradera mejoría funcional. Excepto en muy pocas de las primeras operaciones, HELLER no ha encontrado casos de reproducción de los síntomas. En algunos enfermos recuerda que hubo una ligera tendencia a la regurgitación cuando se ponían planos en la cama, a causa de la persistente abertura del cardias, pero esto se evita incorporando al enfermo con almohadas.

Aunque al tragar (la deglución parece normal), el aspecto radiológico puede parecer desagradable, BELLET dijo respecto a esto: «La satisfacción del radiólogo es a menudo menor que la del paciente.»

Sea lo que fuere, la sencillez de la cardioesofagostomía extramucosa y el verdadero alivio que lleva a los enfermos, cuya molestia y vida social habían sido durante unos años una fuente de miseria, parece garantizar el que se haya generalizado su adopción.

Esófagogastrostomía de HEYROWSKY. — Es, quizás, una operación más segura para el caso de una estenosis cardíaca, como la gastroenterostomía lo es para la estenosis pilórica, pero es una operación de más envergadura que la de HELLER y no exenta de peligros y que tiene sus más amplias indicaciones en los casos de gran megaesófago flexuosos y con una gran dilatación secular, pues entonces esta misma dilatación favorece las maniobras operatorias. Es más peligrosa por la sepsis, pues tiene que abrirse el saco esofágico lleno de restos alimenticios, pese a los lavados y a la aspiración durante la operación, y ello puede poner en peligro la vida del enfermo. La técnica es fácil como en todas las anastomosis digestivas y como se ha tenido que incindir en el diafragma, al suturar éste y acabar la operación se fija el estómago al mismo.

Dilatación digital de MICKULICZ. — Esta operación, abogada por WALTON, en Inglaterra, es realizada a través de una incisión pararrectal, habiendo sido el esófago previamente limpiado y vaciado lo más posible y habiendo dejado un tubo. Después de cuidadoso aislamiento de la cavidad abdominal, la mano es introducida dentro del estómago a través de una incisión longitudinal realizada en la cara anterior del órgano. El cardioespasmo es entonces suavemente dilatado desde abajo, por el paso primero del índice y luego del anular, medio y meñique.

WALTON hace hincapié sobre aconsejar el uso de los dedos más bien que de un instrumento para la dilatación, porque el sentido del tacto es una precaución añadida contra la ruptura.

En conjunto informa sobre catorce casos tratados de esta manera; de éstos, uno murió de fallo cardíaco siete días después de la intervención; otro quedó aliviado, si bien continuamente tenía que practicar dilataciones con bujías. Todos los demás se vieron libres de síntomas durante periodos de cuatro meses hasta veinte años. Estos felices resultados no pueden ser criticados.

Como en la dilatación hidroestática hay, sin embargo, varias desventajas con la operación de MICKULICZ: 1.º El estómago tiene que ser ampliamente abierto (el método de la invaginación no es satisfactorio), y hay por eso algún riesgo de sepsis; 2.º La cura depende de una forzada dilatación del espasmo que probablemente rompe el músculo. Aunque esto puede ser cuidadosamente controlado por hábiles manos, ninguna consideración activa es conseguida sobre lo que se ha de hacer; 3.º No hay indicación sobre los casos en que la plegadura se ha producido.

Estas son las tres intervenciones más eficaces para el tratamiento del cardioespasmo.

Se han propuesto otras muchas. La esofagoplicatura proporciona resultados poco satisfactorios y, además, se ha de hacer a través del tórax. No está de acuerdo con esto el caso de Ilfreduzzi operado por DONATI.

Tratamiento causal. — La liberación del vago (KNIGT), estómago, vesícula, etc.

Operaciones sobre el simpático. — Destrucción del plexo de Auerbach; gangliectomía cervico-torácica bilateral, de las cuales no tenemos experiencia.

CONCLUSIONES. — De todo el estudio que llevo hecho tanto de estadísticas ajenas como de las vividas por nosotros, se desprende: 1.º Nuestra experiencia en el Servicio de Cirugía del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo (tanto en los veintidós años que estuvimos bajo la dirección del nuestro malogrado maestro el Dr. CORACHAN, como en los que llevamos bajo el profesorado del Dr. PUIG-SUREDA) es muy pequeña, unos ocho casos en total. 2.º Creemos que en primer término deben emplearse los métodos no cruentos y en caso de fracaso de éstos, recurrir a la intervención quirúrgica; los casos de la Clínica «Mayo» y entre nosotros uno citado por el Dr. MOXÓ, abonan este criterio. 3.º En caso de tener que recurrir a la intervención quirúrgica, damos preferencia a la radical; a la operación de HELLER, cuyas características muy resumidas daré: a) Lavados de esófago preoperatorios. b) Laparatomía media supraumbilical. c) Descenso del esófago hacia el abdomen. d) Incisión sobre el cardias que llegue a 3 cm. por arriba y otros 3 cm. hacia el estómago. e) Llegar hasta la mucosa, pero procurando no herir ésta. 4.º Siempre el éxito clínico es superior al radiológico. 5.º El método de HEYROWSKY creo debe ser indicado en los casos de gran bolsa esofágica y sobre todo en la estenosis, pues esta bolsa facilita la intervención; es ésta una intervención más cruenta. 6.º Las intervenciones dilatadoras en las que ha de ser practicada una gastrostomía, tiene más peligros que el HELLER.

NEOPLASIAS. — No queda por fin que decir más que cuatro palabras sobre las neoplasias de este conducto, verdadero escollo de la Cirugía y cuyos resultados no han podido ser hasta hace unos años más desastrosos. Poco diré de la parte clínica: disfagia, dolor, sialorrea, enflaquecimiento, y los signos radiológicos y endoscópicos, son característicos y cortejo obligado de estas neoplasias.

El año 1929 LERICHE, en un trabajo publicado en el *Journal de Chirurgie*, decía las siguientes palabras: «A pesar de algunos raros éxitos que aislados podemos encontrar en la literatura médica, citados como intervenciones notables y que sus propios autores *no han podido reproducir*, hemos de confesar que el tratamiento quirúrgico radical del cáncer de esófago no ha proporcionado hasta aquí (1929) más que resultados desconsoladores.»

La inmensa mayoría de los operados sucumbieron rápidamente después de la tentativa de la exéresis. La aplicación de este hecho indudable no ofrece ciertamente gran dificultad dada la región anatómica por donde se desliza este órgano. Aun, los cánceres cervicales y los yuxtacardíacos eran algo más fáciles, pero los del tercio medio o intratorácico en aquella época solamente se citaba el caso de TOREK y el de EGGORE.

Continúa LERICHE: «Pero admitiendo que se logre realizar una completa exéresis queda por resolver la difícilísima cuestión del restablecimiento de la continuidad del tubo digestivo. La operación de Roux (o sea emplear un asa de intestino delgado provista de su mesenterio y que se coloca por debajo de la piel del tórax) es delicadísima y muy complicada.»

En fin, la opinión de los cirujanos de aquella época nada lejana no podía ser más desastrosa, y luego el año 1932 en Madrid, como ya dije antes, venía confirmada desgraciadamente esta afirmación del cirujano francés.

Nuestra experiencia es corta, pues la estadística del Servicio no llega a los diez casos de neoplasia de esófago y en ninguno de ellos pudo hacerse otra cosa que un tratamiento paliativo (gastrostomía, etc.)

Mis conocimientos sobre este tema parece que cabalgan sobre dos épocas cuyo

vértice es el año 1939. Hacia atrás sólo hay todo lo que llevo dicho, hacia adelante parece que se abre un camino más alentador y lleno de esperanzas para la curación de tan cruel enfermedad.

Son los cirujanos americanos los que con una valentía propia de ellos han trasladado al campo de la cirugía su valer en todos los demás órdenes del progreso. Ellos han puesto en nuestras manos trabajos que a mí me han sorprendido, no solamente por su audacia en meterse en el esófago intratorácico, sino también por la manera elegante y práctica de resolver el espinoso problema del restablecimiento de la continuidad del tubo digestivo, llamándome, además, mucho más la atención el número de operados (sólo en el Massachusetts General Hospital 127 casos), en tres años.

Según EDWIN CLARK y RICHER SWEET las ventajas técnicas de la vía transtorácica en la extirpación del cáncer del tercio inferior y fondo del estómago se han convertido en un procedimiento bien reglado.

Los del tercio medio ya eran más difíciles. Hasta entonces empleaban el TOREK que tiene el inconveniente de que no restablece la continuidad esófago-gástrica y esta continuidad la resolvieron conectando el extremo proximal del esófago con una gastrostomía previa por medio de una esofagoplastia torácica anterior o por un tubo de goma. Esta última solución es una fuente inagotable de trastornos. Existen muchos métodos ingeniosos de esofagoplastia torácica anterior: BIRCHER, tubos cutáneos; KIRSCHNER, tubo gástrico; ROUX, yeyuno y otros. JUDIN cita ochenta casos de esófago artificial. Todos estos procedimientos están sujetos a la misma crítica. Si se opera en un tiempo la intervención es de enormes proporciones, y si en dos tiempos, se corre el peligro de que la lesión recidive antes de que el tubo esté terminado. Además, la confección de estos tubos deja mucho que desear, es muy laboriosa y son muy defectuosos.

La Escuela Americana resuelve de golpe y muy brillantemente todos estos inconvenientes y satisface el ideal de esta cirugía, que consiste en extirpar por completo y restablecer la continuidad prescindiendo de todos estos engorrosos artificios y practicando una anastomosis alta entre esófago y estómago elevando éste a través del diafragma hasta llegar a nivel del cayado de la aorta o más arriba si es necesario.

Desde el punto de vista de la técnica quirúrgica dividiremos en tres grupos los casos operados. Ver los esquemas adjuntos, para hacerse cargo de las lesiones.

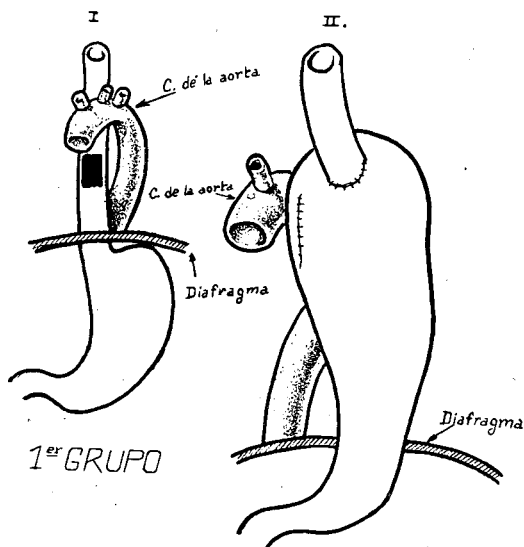


Fig. 1 — Vía transtorácica para R. de cáncer de esófago. Anastomosis intra-torácica alta. — I. Neoplasia de la parte media de la porción torácica del esófago. — II. Resultado de la operación: El estómago ha sido llevado al tórax superior, el esófago se secciona por arriba del cayado aórtico y la anastomosis se ejecuta a este nivel.

Los resultados de estas intervenciones y de las operaciones practicadas han mejorado mucho en el año 1944, último de la estadística que presenta SWEET; en los años 1939 y 40 se contaban los fracasos por el número de intervenciones. Los resultados más halagüeños parece ser debidos a una mejor técnica y, sobre todo, a la preparación operatoria.

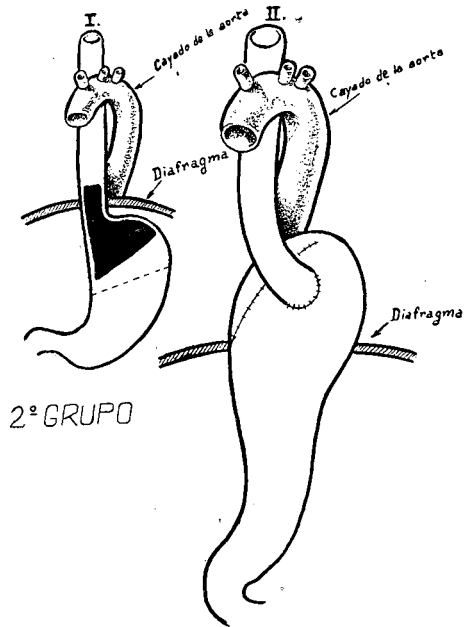


Fig. 2.—Vía transtorácica para R. de cáncer de esófago. Anastomosis intra-torácica baja.—I.—Neoplasia que invade extremo inferior de esófago, cardias y fondo de estómago.—II. Resultado de la operación: Resección de la parte afecta. El segmento distal del estómago ha sido llevado al interior del tórax y se ha practicado una anastomosis baja.

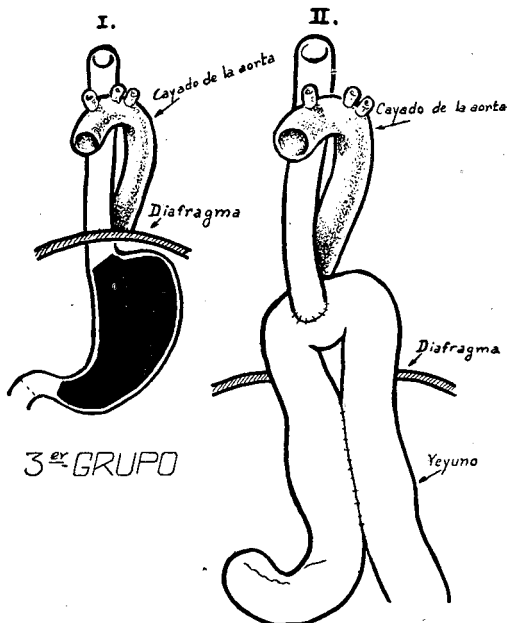


Fig. 3.—Vía transtorácica para R. de cáncer de esófago. Esófago-yeyunostomía intra-torácica baja.—I. Neoplasia que invade cardias y la mayor parte del estómago.—II. Resultado de la operación: Gastrectomía total. El asa yeyunal ha sido llevado al interior del tórax practicándose una esófago-yeyunostomía baja.

Preparación del paciente. — Casi todos los enfermos portadores de una neoplasia de esófago son personas de edad avanzada, deshidratadas y desnutridas. De aquí que el restablecimiento del balance hídrico y electrolítico y la reposición de las proteínas del plasma, sean indicaciones preoperatorias rutinarias.

Reposo de una a tres semanas.

Transfusiones de sangre total.

Dieta rica en proteínas y carbo-hidratos líquida para los obstruidos.

Grandes dosis de ácido ascórbico, de 100 a 1.000 mg. diarios.

Vitamina B.

Digitalización.

Sulfonamidas dos días antes de la operación.

Operación. — Anestesia: Eter-oxígeno a presión positiva. Sistemática expansión del pulmón por el anesthesiasta a intervalos de veinte a treinta minutos.

Transfusión sanguínea hasta de 2.000 c. c. total durante la intervención. SWEET emplea sólo seda en las suturas. EDWIN CLARK emplea lino. Evitar ligaduras en masa. Hemostasia escrupulosa. No colocar clamps, ni usar cauterio. Evitar en lo posible esplenectomía.

Postoperatorio. — Empleo sistemático de la tienda de oxígeno durante veinticuatro o cuarenta y ocho horas. Vigilar si se presenta: Neumotorax a tensión, acumulación de líquido en el torax, corazón, pulmones.

Soluciones alimenticias y medicamentosas diarias por vía endovenosa, glucosadas o salinas. Amidogeno si hay bajo nivel de proteínas y vitaminas.

Iniciar la ingestión de agua el quinto día y después alimentos líquidos, y, finalmente, sólidos.

Cinco gramos diarios de sulfodiarina durante cinco días o más, suspendiéndolos en caso de intolerancia.

Resultados. — Son algo alentadores. Los del primer grupo o sean los del tercio medio a los cuales se les practicó una esófago-gastrostomía alta han sido los peores casos, y los que viven no llevan más de un año de operados y por lo tanto no se puede decir nada.

La mayoría de los que se les practicó gastrectomía total (once casos), hay dos que llevan dieciocho meses de supervivencia, los demás han recidivado o han muerto.

Los que les ha proporcionado mejores resultados son los del segundo grupo.

CONCLUSIONES. — Después del análisis cuidadoso de estos trabajos llama la atención lo que se refiere al asunto suturas; parece lo tienen resuelto por completo, pues entre las causas de la muerte no cita para nada el *fallo de sutura*; y se alaban mucho de que una operación que puede durar cinco o seis horas y en la cual se llevan todo lo que encuentran por delante, bazo, cola de pancreas, todo el estómago, el esófago desde luego, neumogástrico, porciones de diafragma, frénico), en el peor de los casos sea una operación paliativa excelente, proporcionando al enfermo un bienestar espectacular al poder ingerir todo lo que quiera.

Todas las causas de muerte obedecen a shock, embolias, mediastinitis, corazón, peritonitis, etc., pero a fallo de sutura nunca.

Pese, pues, a lo enorme de la intervención, la vía transtorácica con anastomosis alta abre un camino más luminoso a esta desagradable cirugía y vale, por tanto, que sean intentadas.