

CARDIOESPASMO

Particularidades de un caso (*)

Dr. Walter Suiffet

La historia que vamos a relatar es la de una enferma que motivó un serio problema de táctica quirúrgica, pues en el acto operatorio hubo que revocar el diagnóstico y decidir la conducta terapéutica a seguir.

Se trata de una persona que fué a la intervención con el diagnóstico de neoplasma de esófago a localización en el último cuarto de este conducto digestivo. *El diagnóstico* se basó en la historia clínica de 17 meses de evolución de disfagia, regurgitaciones y dolores epigástricos y retroesternales. *El estudio radiológico* realizado en dos hospitales distintos, demostró la presencia de una imagen lacunar del 1/3 inferior del esófago con una dilatación discreta inmediatamente por encima de la zona de aspecto tumoral. Se tentó una esofagoscopia que mostró la presencia de restos alimenticios en el tercio inferior del esófago, por cuyo motivo no pudo completarse el examen.

La enferma rechazó nueva esofagoscopia. Por esa razón se repitió el examen radiológico que confirmó la presencia de la lesión observada en la primera radiografía (figs. 1 y 2).

No pudo, por lo tanto, confirmarse el diagnóstico por la esofagoscopia ni *por la biopsia*, dos elementos que sabemos bási-

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 4 de abril de 1951.

cos. Con el apoyo de la clínica y de la radiología se fué a la intervención.

Relatamos a continuación la historia clínica N° 13.260 (Clínica Quirúrgica del Profesor Carlos Stajano):

P. P. de T., 54 años. Urug. — Ingreso: Dic. 15/1949.

Ingresa por dolor epigástrico irradiado al tórax y disfagia.

Desde hace 17 meses la enferma sufre crisis dolorosas epigástricas y a veces del hipocondrio derecho que se irradia al tórax en la zona precordial y al cuello, acompañados de sensación de calor. Estas crisis eran de comienzo y terminación brusca, durando de 15 a 20 minutos, quedando

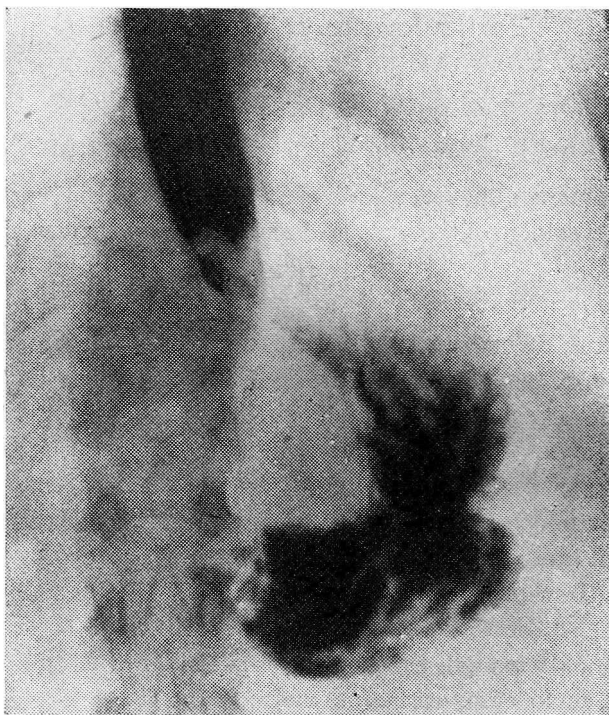


FIG. N° 1. — Radiografía 3974. Set. 49. (H. Pereyra Rosel). Lesión orgánica 1/3 inferior de esófago.

luego con sensación de plenitud epigástrica. Aparecían espontáneamente y sin relación con los alimentos ingeridos. Consulta médico que instituye régimen de hepática pero no mejora. Estas crisis aparecían cada 20 días, pero actualmente las siente mucho más frecuentemente. Sobre este sufrimiento hace 2 meses y medio aparecen disfagia y regurgitaciones. Nota

que cuando toma alimentos sólidos le producen los malestares antedichos: dolor, peso epigástrico y luego regurgita los alimentos sin notar mayor modificación en ellos. Las regurgitaciones no eran precedidas de náuseas, eran de carácter espontáneo y fácil y la aliviaban totalmente. Ultimamente tolera sin regurgitar, solamente los líquidos y las molestias se han hecho más intensos. No notó sangre ni bilis en ellos. Sialorrea intensa desde hace 17 meses. Adelgazamiento de 14 kilogramos desde hace 17 meses. Tránsito intestinal y urinario s/p.

Antecedentes: Difteria. Menarca a los 13 años. Menopausa a los 44 años. 10 hijos sanos. Esposo fallecido (cardíaco) 7 hermanos sanos.

15/XII/49. Apirexia. Regular estado nutritivo. Mucosas bien coloreadas. Deshidratación de la piel. Miodema.

Respiratorio y circulatorio s/p. Pulso 80. PA = 8/14.

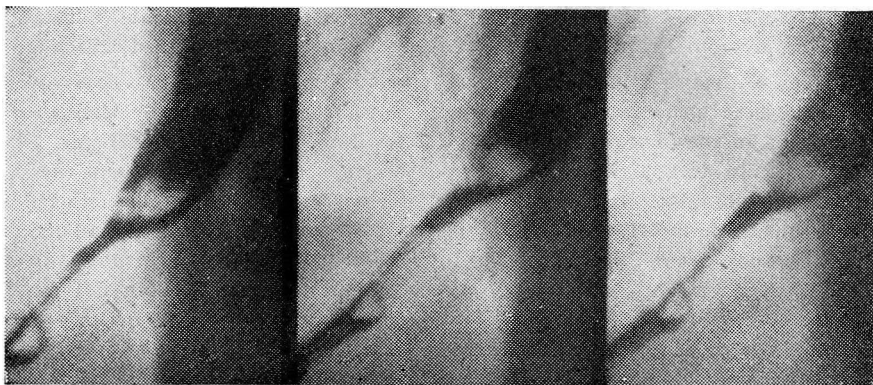


FIG. N° 2. Rad. N° A-44232. — Lesión orgánica 1/3 inferior de esófago.

Abdomen: Inspección s/p. Palpación: Indoloro, Depresible. Diastasis de los rectos. No hay nada anormal a la palpación.

Esófagoscopia (Hounie). El esófagoscopio penetra hasta 40 centímetros. El conducto está lleno de restos alimenticios (carne) que no permiten apreciar el estado del esófago en su última porción.

5/IX/49. **Examen Rayos X** (Hosp. Pereyra Rossell (3974). Lesión orgánica 1/3 inferior esófago (fig. N° 1).

22/X/49. **Ex. R. X.** = A—44232. Lesión orgánica 1/3 inferior esófago (fig. N° 2).

Consideraciones y diagnóstico clínico. Se trata de una enferma con disfagia lentamente progresiva con predominio del dolor y regurgitaciones. El estudio radiológico mostró una lesión vegetante orgánica de 1/3 inferior de esófago. La esófagoscopia imposible por restos alimenticios, fué rechazada por la enferma luego del primer fracaso. En base a la clínica y al examen radiológico se hace diagnóstico de neoplasma de esófago y se opera.

3/X/49. Ex. Orina = Normal.

3/X/49. Ex. Sangre = Urea, 0.20. Wassermann = Negativo. Proteínas = 60 grs. 8 %. Serina = 30 gr. 4. Globulina = 30 gr. 4. Hematocrito = 38 %. Tiempo coagulación = 4'. Tiempo sangría = 5'.

16/IX/49. Hemograma = Glob. R. X mm³ = 4.430.000. Hemoglob. 92 %. Val. Glob. = 0.95. Glob. Bl. = 4.300. Neutróf. 60. Eosin. = 3. Monoc. = 8. Linfoc. = 29.

22/XI/49. Operación: Toracotomía exploradora. Dilatación de cardías. Sección anillo frenoesofágico.

Cirujano: Dr. W. Suiffet. Ayudantes: Dr. De Vechi, Dr. Musso, Pte. Abá, Srta. Valdez. Anestésista, Br. S. Espasandín.

Protocolo Operatorio: Toracotomía izquierda 8ª costilla. Resección 8ª costilla. Sección del cuello 7ª costilla. Se descubre el esófago seccionando el ligamento triangular inferior. Esófago macroscópicamente normal. Frénico presión. Frenotomía. Sección del ligamento triangular del hígado. Hígado, estómago s/p. En vista que no se reconoce el tumor en el esófago se hace gastrotomía. Hay obstáculo evidente al pasaje del índice a través de la zona cardio frenoesofágica. Se dilata con bujías de Hegar. El obstáculo no desaparece totalmente. Se secciona el diafragma hasta abrir el hiatus esofágico sin liberar el esófago y su vaina de la adherencia frénica. Queda ampliamente liberada la zona anterior del esófago. Luego de este tiempo la zona de pasaje esófago gástrica permite el paso de dos dedos con gran amplitud. Cierre de la gastrotomía. Reparación del diafragma dejando el hiato algo más abierto que lo que estaba. Drenaje de la cavidad torácica con Nelaton. Penicilina. Cierre de la toracotomía.

Diagnóstico operatorio: Obstrucción del pasaje cardio frenoesofágico. Cardio o freno espasmo.

22/XI/49. Postoperatorio: Hora 20. Muy bien. PA = 12 y 1/2 — 7. Pulso = 120. Se levanta. No vomita.

23/XI/49. Sigue bien. PA 11 y 1/2. Se aspiran 20 cc. de líquido hemático por la sonda. Disnea, no. Cianosis, no.

24/XI/49. Bien. Radiograf. Tórax = No hay derrame. Pulmón reexpandido. Se quita la sonda pleural. Se levanta y se alimenta.

31/XI/49. Sigue bien. Se alimenta y no siente trastornos.

4/XII/49. Ha desaparecido toda dificultad a la ingestión de alimentos. Ha aumentado de peso. Se siente muy bien.

20/XII/49. Alta. Se alimenta sin dificultades. Ha aumentado de peso y no tiene trastornos. (Radiografías A-45064-45159).

30/III/50. Viene a consultar. No han reaparecido los trastornos. Se alimenta sin molestias. Come de todo. Aumentó 14 kilos. Estudio radiológico. (Radiografía A-46.894).

Octubre/1950. Sigue bien. Sin molestias. Estudio radiológico.

Diciembre/1950. Sigue bien. Sin molestias. Estudio radiológico (A-50.680).

El estudio radiológico practicado en las fechas antedichas demostró que el esófago y el pasaje freno-esofágico y el cardias no mostraban ninguna lesión, habiendo desaparecido totalmente las imágenes obtenidas en

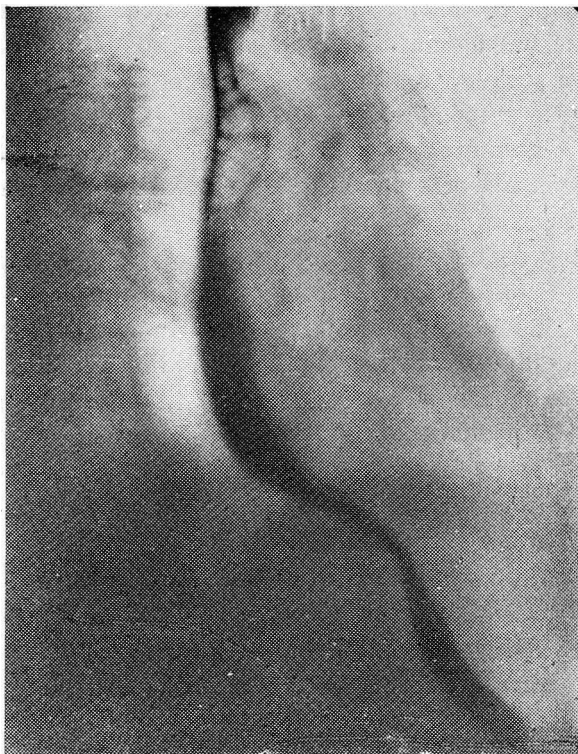


FIG. Nº 3. Radiografía A-50680. Octubre 1950. (Hospital Maciel). — Esófago y pasaje freno esofágico normal.

las primeras radiografías. El último estudio radiológico se hizo 13 meses después de practicada la intervención quirúrgica (fig. Nº 3).

Es fácil comprender el problema que se creó en el acto quirúrgico al no comprobarse lesión orgánica en el esófago inferior. En ese momento pensamos en tres conductas posibles a seguir: a) Cierre de la toracotomía. La deseamos porque lógicamente algún proceso tenía que explicar la imagen radiológica. b) Esófagotomía exploradora. También fué deseada por su extrema gravedad (dificultad de cierre, falla sutura y complicaciones).

c) Gastrotomía y exploración retrógrada digital del cardias y tercio inferior de esófago.

Esta maniobra permitió comprobar: a) que no había lesión orgánica hasta 10 centímetros por encima del pasaje frenoesofágico; b) que había una dificultad grande al pasaje digital en la zona cardial y freno esofágica. Se hizo el diagnóstico de cardio freno espasmo y megaesófago discreto. Esto era suficiente para explicar la sintomatología clínica del enfermo. El aspecto radiológico se debía a restos alimenticios acumulados por encima de la zona de obstáculo funcional.

En estas condiciones se hizo dilatación progresiva del cardias con bujías de Hegar. Se consiguió aumentar el diámetro del orificio pero no lo suficiente para permitir un pasaje franco. En vista de ello se seccionó totalmente el anillo frénico del esófago, sin liberar la zona de adherencia de la vaina periesofágica con el diafragma. Se obtuvo así un franco pasaje esófago gástrico sin necesidad de recurrir a otros procedimientos quirúrgicos descritos para tratar este tipo lesional. Se cerró la gastrostomía y la brecha frénica sin estrechar el esófago.

El resultado fué excelente; desaparecieron los trastornos funcionales y los signos radiológicos, habiendo habido una franca recuperación del punto de vista general. A los 16 meses de operada, la enferma se encuentra sin trastornos.