

INTUBACION EN EL CÁNCER DEL ESOFAGO (*)

Dr. Félix E. Leborgne y Br. Luis A. Barlocchi

En junio de 1953, uno de nosotros (F. L.), en una comunicación a la Sociedad de Cirugía (1), al referirse al tratamiento del cáncer de esófago por radioterapia, destacó las ventajas que presentaba el pasaje de una sonda de politeno de pequeño calibre a través de la estrictura neoplásica, para remediar la situación de emergencia creada por la obstrucción de dicho órgano. La colocación de la sonda permite la alimentación correcta del enfermo, hasta que la radioterapia produzca la regresión del proceso tumoral.

Nuestra experiencia era entonces limitada, pero los resultados obtenidos con este procedimiento nos mueven a efectuar una nueva presentación sobre este tema con la base de una mayor experiencia.

Si bien la colocación de sondas esofágicas en permanencia no constituye una novedad, pues la inserción de una sonda intraesofágica fué preconizada por primera vez por Krishaber (2) en el Congreso Internacional de Medicina (Londres 1881) y aunque esa comunicación no se refería a las estenosis neoplásicas del esófago, su idea fué adoptada y sigue siendo empleada en el presente en todos los casos en los que la alimentación se ve alterada por causa bucal o faringolaríngea.

Existe también abundante literatura llamando la atención sobre las dificultades y los riesgos que presenta el cateterismo o

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía, el día 20 de abril de 1955.

- 1) LEBORGNE, F. E. — "Radioter. del Canc. de Esófago". Bol. de la Soc. de Cir. del Uruguay. T. XXIV. Nos. 4 - 5. Pág. 459. Montevideo, 1953.
- 2) KRISHABER. — "De la Sonde Oesophag. a demeure". Trans. Intern. Med. Cong. Pág. 274. London, 1881.

la intubación de estenosis esofágicas de carácter benigno o maligno. Todos estos trabajos se refieren al cateterismo llamado "a ciegas" ya sea por el pasaje simple de la sonda o por intermedio de un esofagoscopio, aconsejándose practicar el cateterismo con un conductor, que es generalmente un hilo que se ha hecho ingerir previamente al paciente.

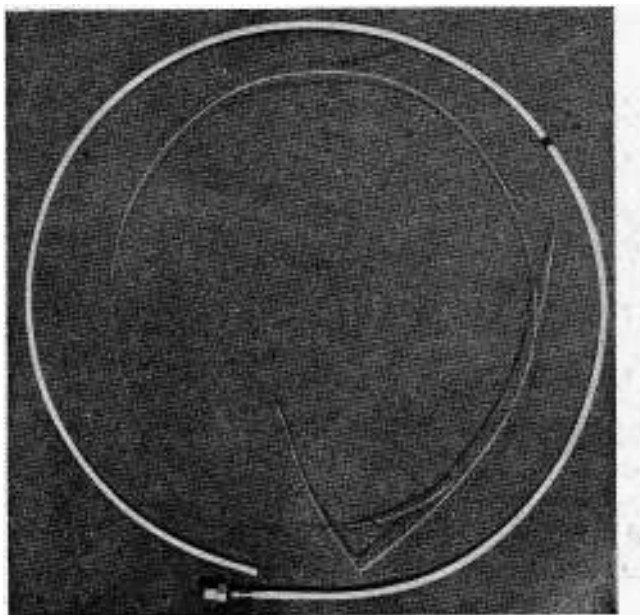


FIG. 1. Sonda de politeno con su mandril metálico; aguja insertada en un extremo para ser conectada a una jeringa o gotero.

Por nuestra parte, nos referimos únicamente al caso de las estricturas de carácter neoplásico, pues es solamente en esta esfera donde tenemos experiencia. Y esta experiencia nos ha demostrado que el pasaje de sondas filiformes es posible en el 90 % de los casos de enfermos que presentan una estenosis prácticamente completa; después de lo cual se puede administrar una dieta adecuada, lo que es casi imposible de realizar por vía parenteral. Las ventajas de la alimentación enteral, del punto de vista de su eficacia y del aspecto económico son ya bien conocidas y no creemos necesario insistir.

Si bien es cierto que hay otros tratamientos paliativos de las estricturas neoplásicas que pueden estar indicados, como ser las dilataciones y la colocación del tubo de Sutar, el procedimiento que preconizamos para solucionar la situación de emergencia, seguido de radioterapia, nos ha dado resultados interesantes, nos parece más efectivo y más aplicable.

La experiencia nos ha demostrado, además, que aunque la radioterapia es un agente eficaz para obtener la regresión de

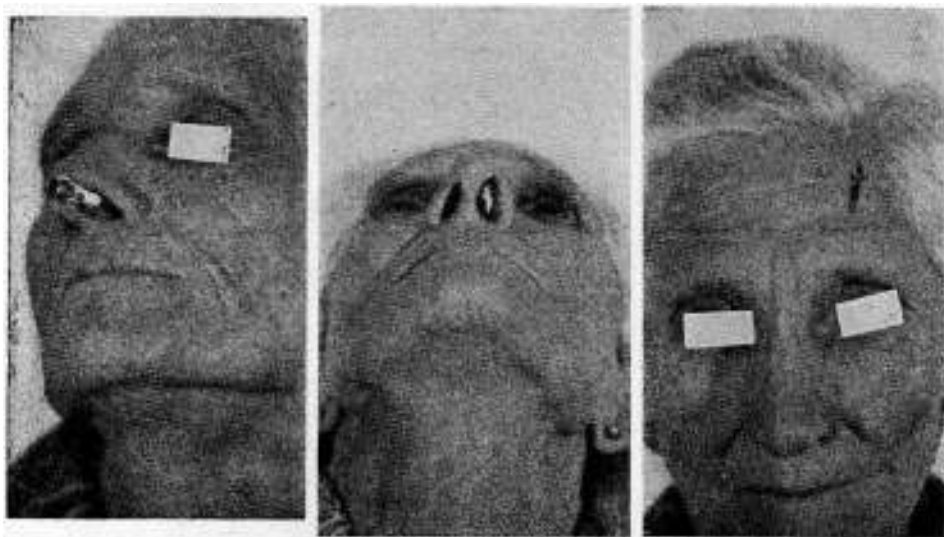


FIG. 2. — Demuestra la forma en que pueden ocultarse en la fosa nasal el extremo proximal de la sonda de politeno y la aguja.

una lesión neoplásica del esófago, estenosante o no, pocos enfermos sobreviven después de los 5 años. Podemos decir por regla general, que sobre todos los enfermos que tratamos, que comprende un porcentaje muy alto de casos avanzados, aproximadamente una cuarta parte vive un año o más, pero no se puede esperar sobrevividas de 5 años mayor del 5 %. Lo que significa que a pesar de que la gran mayoría de los enfermos, el 90 % o más, presentan una mejoría con las radiaciones, esta mejoría dura generalmente unos 5 ó 6 meses, es decir que tiene un efecto paliativo evidente pero de corta duración.

Ahora bien; este efecto paliativo es mucho más efectivo en todo sentido que una gastrostomía y probablemente más acep-

table y menos agresiva para el paciente que una anastomosis quirúrgica torácica efectuada con fines paliativos; pero el efecto radioterápico paliativo se vería muy disminuído si hubiera que practicar una gastrostomía, por lo cual la intubación en la forma y en las circunstancias que la preconizamos, aumenta la utilidad de las radiaciones.

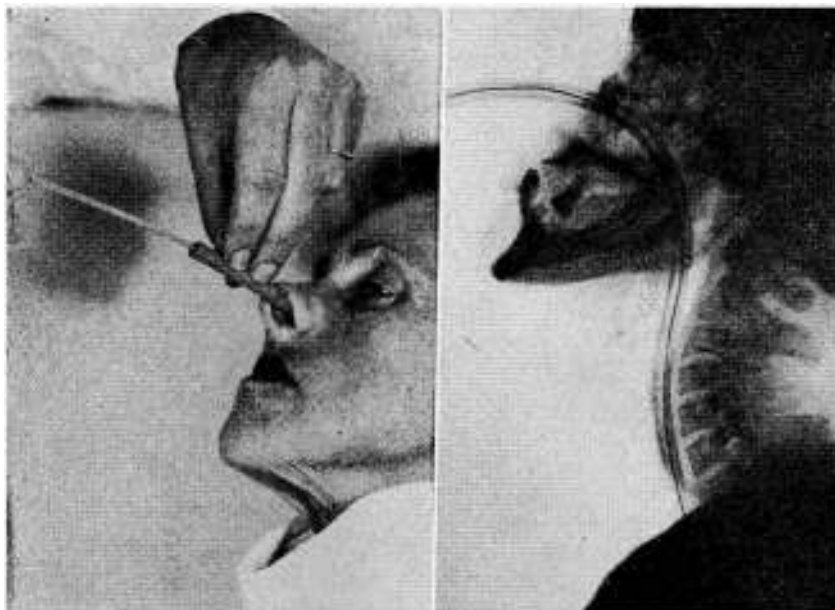


FIG. 3. — Intubación con sonda de politeno, previa colocación por vía nasal, de una sonda de Nelaton, con extremo cortado en bisel, hasta pasar la boca del esófago.

TECNICA

El principio del método es efectuar el cateterismo por vías naturales con una sonda fina de politeno provista de un mandril de acero flexible, para que el extremo de la sonda actúe con suavidad al insinuarse en el canal estenosado. Es conveniente colocar primero una sonda Nelaton, calibre 18 ó 19, en la boca del esófago y a través de las fosas nasales, por cuyo conducto se pasa la pequeña sonda. Este detalle facilita la introducción de una sonda de pequeño calibre en la boca del esófago. Si no se

realiza así, la sonda se insinúa en la laringe o es mal conducida por las estructuras faringolaríngeas hacia el orificio del esófago.

Los casos más difíciles son aquellos que presentan marcada dilatación supra - estrictural, y el extremo de la sonda choca

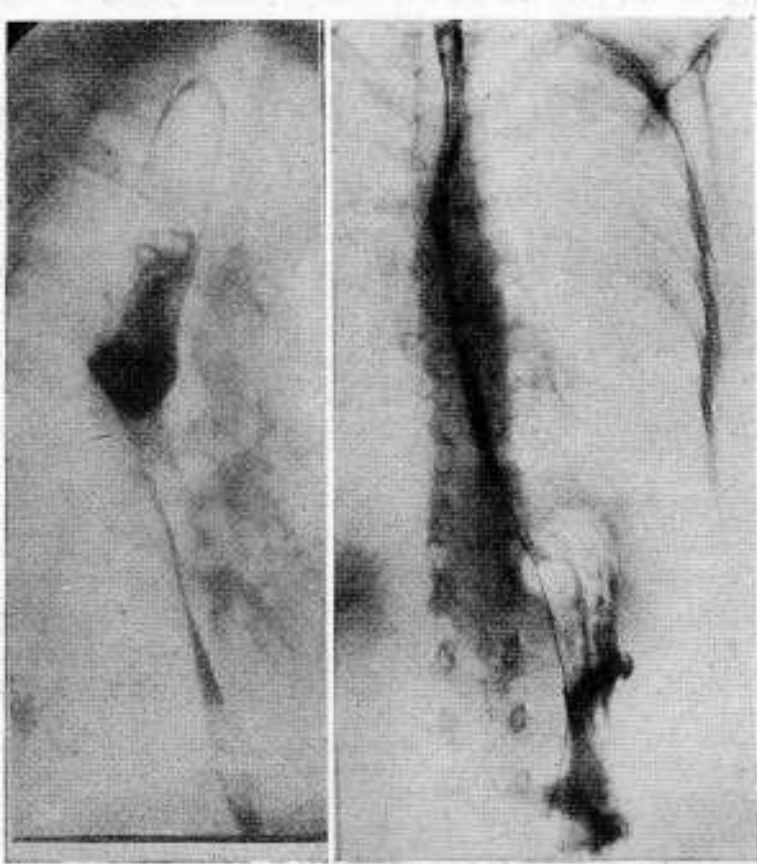


FIG. 4. — Estenosis muy pronunciada de 1/3 medio de esófago, con intubación y control de sonda en estómago.

con las paredes del gran saco por encima de la estrictura. En estas condiciones el pasaje se facilita aspirando el contenido esofágico.

Si hay dificultad en la progresión de la sonda a la altura de la lesión se la hace rotar y se la empuja con suavidad *bajo control radioscópico*.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

De esta manera se evita la intubación a ciegas, visualizándose la posición y avance de la sonda a través del desfiladero neoplásico. En este caso es preferible usar sondas ureterales radio - opacas en toda su extensión, particularmente en su extremidad, pues siempre mantenemos el mandril metálico a 1 cm. de esa extremidad.

Aunque preferimos hacer la intubación por las vías naturales ya descritas, es posible realizarla por esofagoscopia y en algunos casos en los que habíamos fracasado con la primera técnica, lo hemos conseguido con la segunda. No obstante, con este último método nos parece más factible incurrir en una falsa ruta, especialmente cuando se empuja la sonda con una pinza muy próximo a su extremo distal. Es evidente que el éxito de esta técnica depende de una suficiente experiencia y del estudio minucioso de cada caso particular, lo que es de rigor en cualquier procedimiento médico.

Una vez que la sonda se encuentre en el estómago, lo que es comprobado por el examen radiológico, se retira la sonda Nelaton y se ajusta una aguja calibre grueso al extremo de la sonda de politeno para conectarla a un frasco gotero o a una jeringa, para la administración de una alimentación líquida que contenga los factores energéticos y vitamínicos que se juzgue conveniente. Es posible también disimular el extremo de la sonda en la fosa nasal.

RESULTADOS OBTENIDOS

INTUBACION FILIFORME DE ESOFAGO

T A B L A 1

Nº total de procedimientos		104
Nº total de procedimientos seguidos de éxito		92
Nº de fracasos seguidos de recanalización		2
Nº total de fracasos seguidos de gastrostomía		10
10 FRACASOS	$\frac{1}{3}$ superior	3
Distribución según	$\frac{1}{3}$ medio	4
localización	$\frac{1}{3}$ inferior	3

T A B L A 2

EXITOS SEGUN LOCALIZACION: 92

Esófago	{	cervical	3
		$\frac{1}{3}$ superior	9
		$\frac{1}{3}$ medio	30
		$\frac{1}{3}$ inferior	40
Cardias y estómago		7	
Neoplasma de pulmón		1	
Adenopatías mediastinales		2	

Es de notar que en dos casos de neoplasma gástrico extendido, con obstrucción completa del cardias, en los cuales fué imposible practicar la gastrostomía por la infiltración neoplásica de la pared, se pudo asegurar la alimentación durante varios meses merced a este procedimiento.

Al observar las tablas adjuntas, se puede comprobar que el porcentaje de éxitos es grande, llegando al 90 %.

A C C I D E N T E S

Hemos tenido solamente dos casos de falsa ruta, los dos fueron producidos introduciendo la sonda vía esofagoscópica; en uno de ellos el diagnóstico de falsa ruta fué inmediato y la sonda retirada sin consecuencia, en el otro caso (el primero en que nos aconteció semejante accidente), el diagnóstico fué realizado a las 24 horas, porque el lipiodol y el sulfato de bario que se introdujo por la sonda para asegurar su situación, simulaba estar dentro del estómago, cuando en rigor estaba en la subserosa. Es curioso señalar como un hecho aparentemente tan sencillo es difícil de establecer. Después de un estudio muy minucioso de las radiografías, se llegó a diagnosticar la localización subserosa del líquido de contraste, la enferma fué intervenida de inmediato, confirmándose el hecho, pero sobrevivió pocos días a este incidente; también es cierto que se trataba de una enferma que ingresó en el Servicio con un estado general tan malo que teníamos dudas sobre la indicación de la gastrostomía, por lo cual se insistió mucho en la intubación.

Con la experiencia actual, el diagnóstico de falsa ruta es

fácil de establecer de inmediato y en este caso retirando la sonda es muy probable que no ocurran mayores inconvenientes.

La correcta inserción se verifica con radiografías que deben demostrarla inclinada hacia la izquierda y adelante por debajo del diafragma. Cuando sigue un trayecto rectilíneo sobrepuesto a la columna, es que se ha hecho una falsa ruta. En caso de dudas, la inyección de unos milímetros cúbicos de Perabrodil o un producto similar, provocará fuerte dolor si se ha hecho falsa ruta.

Por otra parte, con la técnica empleada, es una incidencia poco frecuente, menor del 2 %.