

IN MEMORIAM al Maestro J. HORACIO RESANO

PATOLOGIA DEL ESOFAGO NO NEOPLASICO (*)

Dr. Julio C. Barani

Especialista en Endoscopia Peroral

"Si es siempre lamentable perder a un enfermo por la resección de un esófago canceroso, es por lo contrario, inexcusable el tener un resultado fatal por haber practicado una intervención inútil, tal como la resección de un tumor inflamatorio del cardias de un esófago corto, pues estos son curables por métodos no sangrantes".

J. Horacio Resano



Daremos una resumida vista de conjunto de la patología del esófago menos el cáncer.

El maestro J. Horacio Resano, en uno de sus numerosos e importantes trabajos científicos decía "podemos repetir una frase de G. Grey Turner dicha hace veinte años: "la patología del esófago es la centésima de la medicina".

Resano nos habla de 3 síndromes esofágicos:

1) Síndrome típico, con disfagia predominante; 2) Síndrome típico complicado, con disfagia existente pero enmascarada con otros síntomas, por ejemplo, dolor torácico, hipo, parestesias faríngeas, etc.; 3) Síndrome atípico de Soulas, dolor torácico, tos, etc., y los enfermos no mencionan la disfagia.

En sus clases, acostumbraba el maestro Resano, comenzar diciendo: Todas las enfermedades del esófago dan disfagia menos las várices del esófago que pueden dar esofagorragia. Todo examen de esófago comprende: 1) Interrogatorio sistemático, recordemos que Vinson sostenía que el 90% de los casos se podían diagnosticar por un interrogatorio minucioso; 2) Radioscopia, radiografía y cinematografía realizada por radiólogos expertos en las enfermedades del esófago y 3) a veces, muchas veces, la esofagoscopia.

Pasemos revista a las más comunes de las enfermedades del esófago, menos el cáncer:

1) *Atresia congénita*. Enfermedad tan frecuente como el labio

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 25 de julio de 1962.

leporino. Recordemos su forma más común, 80% de los casos, con el cabo superior en fondo de saco y el cabo inferior desembocando en la tráquea haciendo que “el niño degluta en el pulmón y respire en el estómago” (aforismo de Lelong-Huc-Aime). Una radiografía, con instilación de lipiodol, en el fondo de saco que forma el cabo superior hará el diagnóstico de esta malformación que se sospechará en todo recién nacido con regurgitaciones bruscas después de 2 o 3 lactadas o al tomar 2 o 3 cucharaditas de agua. Operarlo de inmediato, *aprovechando* el potencial de vitalidad que tiene un recién nacido, y sin perder tiempo en hidratarlo o hacerle transfusiones, etc.

2) *Quemaduras*. — En general existen dos grandes tipos de quemaduras: las hechas por los álcalis, especialmente la soda cáustica, el gran cáustico del esófago y que puede quemar excepcionalmente el antro pilórico y las ocasionadas por los ácidos que pueden quemar el esófago, pero especialmente queman el antro pilórico y se ponen de manifiesto por los vómitos a los 30 ó 40 días después de la ingestión del cáustico, traduciendo la gastritis corrosiva esclerosa. Recordemos que frente a un quemado de las vías digestivas se debe realizar el tratamiento profiláctico de las estenosis del esófago (Saltzer).

3) *Cuerpos extraños*. — Metálicos, puestos de manifiesto fácilmente por la radiografía y recordar que las monedas pueden ser más de una y sólo un perfil radiográfico las descubre; los cuerpos no opacos a los Rayos, carne, etc., se ven por falta de relleno al examinar al enfermo ingiriendo barita. Especialmente creer en la historia clínica del enfermo e ir a la esofagoscopia.

4) *Perforaciones*. — Cuando se hacen dilataciones y esofagoscopias se pueden hacer perforaciones. Considero que pueden haber 7 clases de perforaciones: 1) *perforación mínima*, es la perforación de la mucosa por un cuerpo extraño punzante, que puede ocasionar un absceso de la pared del esófago; he visto un solo caso y cuando lo examiné ya drenaba el pus por un pequeño orificio; 2) *por cuerpos extraños*, esto es excepcional, las perforaciones en casos de cuerpos extraños, en la inmensa mayoría de los casos, *se hacen con las maniobras de extracción*; 3) *en el tercio superior*, al comenzar con la esofagoscopia. Tratamiento: mediastinostomía cervical de Marschik, sin esperar que aparezcan la fiebre, dolor localizado, crepitación en el cuello, signo de Minnigerode, etc; 4) *en el tórax*, creemos que hay dos tipos de perforación, la perforación en el mediastino, con pocos síntomas inmediatos y la perforación con ruptura pleural que ocasiona un neumotórax que angustia al enfermo. Si el neumotórax es a presión, poner una aguja. Tratamiento: abrir el tórax y cerrar la perforación; 5) *abdominal*, operar sin esperar la aparición del dolor abdominal, aire, etc.; 6) *la perforación traqueoesofágica*, común en el neo del $\frac{1}{3}$ medio de esófago se traduce, al comienzo, por hemoptisis que indica la invasión

del bronquio por el proceso y luego, por la tos que traduce el pasaje a la vía aérea de los alimentos; 7) Ruptura espontánea del esófago. Cuadro grave en un hombre obeso, con dolor intensísimo en el tórax, epigastrio, dolor que no cede ni aún a las grandes dosis de morfina, shock, sed insaciable, respiración en gruñido, ligera cianosis de las extremidades, enfisema del cuello, hidroneumotórax, etc. Lo importante es demostrar la comunicación esófago mediastinal o esófago-mediastinal-pleural. *Operarlo de inmediato.*

5) *Mediastinitis.* — La perforación no tratada de inmediato, al sobreagregarse la infección, ocasiona la mediastinitis. Tratamiento, operatorio; pero es mucho más grave operar una mediastinitis que una simple perforación. De ahí la importancia del tratamiento precoz de las perforaciones.

6) *Estenosis.* — Considero que puedo agrupar las estenosis en 5 grupos: 1) *Estenosis congénita*, muy rara, es una estenosis fácil de dilatar y asienta en el $\frac{1}{3}$ superior del esófago; 2) *Post operación de atresia congénita*. Estos operados, en la unión de los 2 cabos del esófago, tienen una disminución de calibre que se traduce por atascamiento de alimentos duros, pedazo de pan, un trozo de manzana o pulpa de naranja, etc. Prefiero no hacerles nada. 3) *Post quemaduras por ácidos o álcalis*. Las estenosis de esófago por cicatrices consecutivas a quemaduras por álcali o ácidos se tratarán por dilataciones con o sin gastrostomía previa. Recordemos que los ácidos queman especialmente el antro pilórico y su tratamiento será la gastrectomía subtotal (tratamiento indicado por Luis M^a Bosch del Marco) o pilorectomía (Profesor Pedro Larghero Ibarz) según el grado de lesión. En casos de cierre total del esófago se puede hacer una anastomosis. 4) *En casos de causa desconocida*; se harán dilataciones con o sin gastrostomía.

Hernias. — El radiólogo Akerlung clasificó las hernias en tres tipos: Tipo I, corresponde al esófago corto; existe una brevedad real del esófago, cuyo extremo inferior, por esta causa, no llega hasta el diafragma y es reemplazado por una porción de estómago supradiafragmático; Tipo II, es la hernia paraesofágica y el Tipo III en que existe una ruptura total de la membrana de Bertelli, el esófago se ha desinsertado totalmente del diafragma, ha perdido su trayecto rectilíneo y presenta varias flexuosidades. Una parte variable del estómago, con parte del gran epiplón y a veces una porción del colon se hallan en el tórax.

Tratamiento: Hernia Tipo III. En los *adultos* cuando aparecen sufrimientos, dolor, ardor, regurgitaciones, hematemesis, etc., previa esofagoscopia para determinar el grado de esofagitis, se debe hacer tratamiento médico por un tiempo prudencial: antiácidos, comida blanda, eliminar el reflujo gastroesofágico elevando la cabecera de la cama (poniendo tacos en las patas de la cama), etc. La evolución

de este tratamiento y, especialmente, de la esofagitis, es estudiada por la esofagoscopia, determinará si se opera. *En los niños, como sostiene Allison, el progreso de la esofagitis es más rápido y en alrededor de seis semanas se puede formar una estritura, que al acortar el esófago, impedirá reducir la hernia. Por lo tanto en los niños con hernia Tipo III que sufren no ensayar tratamiento médico e ir directamente a la operación para reducir la hernia y reparar el hiato esofágico.*

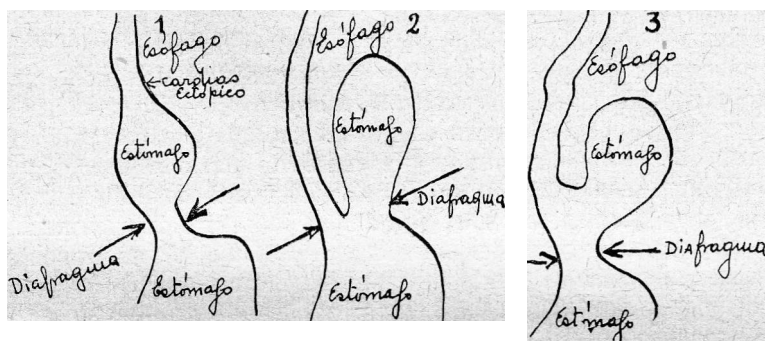


Fig. 1. — Hernia Tipo I • esófago corto; Hernia Tipo II • paraesofágica; Hernia Tipo III o de deslizamiento.

En la hernia tipo I o esófago corto procederemos así: ante todo diremos que hay 2 tipos de esófago corto: congénito y adquirido. Indudablemente existen esófagos cortos congénitos; en este caso se trata de una ectopía visceral con todos sus caracteres embrionarios: esófago corto que generalmente llega a la altura de la 7ª vértebra dorsal, estómago en el tórax con anomalías vasculares y falta de peritoneo; el hiato esofágico tiene estructura normal. Cuando el esófago corto es adquirido el estómago torácico tiene peritoneo, no hay anomalías vasculares, la unión del estómago y el diafragma es laxa, por pilares diafragmáticos, relajados. *Allison* cree que el esófago corto congénito es excepcional; *Resano* cree que hay bastantes esófagos cortos congénitos. Pero lo importante y que es necesario que el médico conozca, es qué se hace con un esófago corto, que a causa del reflujo gastro esofágico, ha hecho una esofagitis, con fibrosis del cardias ectópico. Es indiscutible que cuando por fibrosis se estenosa el cardias ectópico de una hernia de deslizamiento (tipo III) o se estenosa el cardias ectópico de un esófago corto adquirido (tipo I) (adquirido por distintos mecanismos) *no se puede reducir la hernia*. Frente a esta clase de enfermos, especialmente niños, hay 2 conductas: 1) *quirúrgica*: resección y reconstrucción con yeyuno (*Allison*) y 2) *médica*: dormir alto (tacos en las patas de la cabecera de la cama) y dilataciones con o sin gas-

trostomía. Pero nunca intentar reducir una hernia en que el esófago, por diversos mecanismos, se ha acortado y cuyo cardias se ha estenosado. *Personalmente considero que la resección y reconstrucción con yeyuno es una gran operación; en cambio las dilataciones, aunque no den una cura definitiva, mejoran de inmediato al enfermo; las dilataciones se van espaciando y tengo enfermos a quienes dilato 1 o 2 veces al año pero siempre teniendo la precaución de evitar el reflujo gastroesofágico acostándose estos enfermos en camas con la cabecera levantada 30 o 40 centímetros.*

De vez en cuando me viene a ver alguno de estos enfermos porque un pedazo de carne o la pulpa de naranja se le quedó atascada en la estenosis del cardias. *No hago esofagoscopia para sacar el cuerpo extraño y simplemente le paso una sonda rellena de mercurio (Sonda de Hurst), de calibre mínimo, que trato de pasarla entre el cuerpo extraño y la pared del esófago. Cuando he introducido lo suficiente la sonda para que entre en el estómago, la retiro bruscamente y en general el enfermo vomita el cuerpo extraño. Darle vaselina líquida a tomar antes de pasar la sonda y ésta debe estar bien lubricada.*

8) *Megaesófago.* — Por cada 100 megaesófagos en el adulto, 1 en el niño. Pueden presentar el síndrome esofágico atípico de Soulas, es decir tos, por el pasaje de los alimentos a las vías aéreas, ocasionando a veces, neumopatías. Tratamiento: *esencialmente médico con dilataciones; no desesperar frente a fracasos, insistir con las dilataciones, cambiar de médico.* Excepcionalmente operar. Hay una operación: *Heller.*

9) *Esofagitis.* — En una enferma vomitadora, en otra enferma que estuvo en decúbito dorsal en estado muy grave, durante 2 meses, se desarrollaron esofagitis que traté, previa gastrostomía, con dilataciones.

10) *Plummer Vinson y espasmo del cricofaríngeo.* — Radiológicamente en la enfermedad de Plummer Vinson, en el perfil, la escotadura es anterior y en el espasmo del cricofaríngeo la escotadura es posterior. Dilataciones; en algunos espasmos del cricofaríngeo es necesario hacer una especie de operación de Heller en el músculo cricofaríngeo.

11) *Divertículos.* — 3 tipos: 1) Faringeo esofágico o de Zenker. Operarlos en un solo tiempo; Si no se emplea técnica adecuada recidivan; 2) $\frac{1}{3}$ medio o de tracción dan, a veces, dolores torácicos. No tocarlos; $\frac{1}{3}$ inferior o epifrénicos. No se operan pero conozco un caso de un divertículo epifrénico que se necrosó y dio lugar a una mediastinitis.

12) *Compresiones Extrínsecas.* — Por corazón, aorta, disfagia lusoria, etc. Disfagia variable.

13) Esclerodermia. — Disfagia. Tengo una enferma que hubo necesidad de hacerle una gastrostomía.

14) Tumores benignos. — Excepcionales. Extirpación.

15) Atonía del Esófago. — He visto un solo caso. Disfagia ocasionada por el enlentecimiento del descenso de los alimentos. Origen nervioso, etc.

La presentación de esta sumaria exposición, además de significar un homenaje lleno de emoción al querido maestro argentino Dr. J. Horacio Resano, Miembro Correspondiente de esta Sociedad, pretende mantener viva una discusión alrededor de los problemas de la patología del esófago a cuyo conocimiento tanto ha contribuido nuestro amigo y maestro el Dr. J. Horacio Resano.

Dr. JULIO C. BARANI
Avda. Agraciada 1464
Montevideo - Uruguay

Dr. Anavitarte. — Yo quería presentar unas placas a propósito de cardioespasmos, porque todos los que han hablado, o casi todos, han dicho que el cardioespasmo es una enfermedad que se cura prácticamente con la dilatación. Esta es una enferma de cincuenta y tantos años, 58 más o menos, que fue dilatada muchas veces, y que seguía con su disfagia y con su cardioespasmo. Nos llama la atención que en clínicas importantes como la clínica del Prof. Kole, en Zurich, y en Graz se operan todos los cardioespasmos, y que haya estadísticas de clínicas norteamericanas en las cuales la estadística por mortalidad, por dilatación, es superior a la estadística por operación. Esta enferma fue operada con este enorme megaesófago y se le hizo la operación de Heller-Kole, es decir la extirpación de 14 cms. de musculatura esofágica, inclusive la cardial, sin abrir la mucosa, haciendo biopsia del músculo, y es una enferma que, como Uds. ven, a los 3 meses de operada, a pesar de que dicen que el megaesófago no recupera el diámetro, Uds. ven que el diámetro de este megaesófago ha disminuido en una forma extraordinaria. La enferma se encuentra perfectamente bien y por lo tanto creo que no es tan categórico decir que todos los megaesófagos y los cardioespasmos se curan con dilatación. Otro punto a que me quería referir es al esófago corto congénito. En 365 casos estudiados en la Clínica de Mayo, publicado en 1961, encuentran solamente 58 casos de esófago corto y creen que la mayoría de ellos, seguidos 10 años, son enfermos de esófago corto adquirido y no congénito. Que el esófago corto congénito es una cosa excepcional. A propósito de eso, hoy operamos un enfermo al cual se le había hecho el diagnóstico de esófago corto congénito. El Dr. Barani que hizo las esofagoscopias informó: Tengo la impresión de que se trata de una estenosis benigna inflamatoria en un cardias ectópico, pero esto es sólo una impresión por el momento. Indica hacer una gastrostomía y en el curso de la intervención examinar el estómago y el esófago abdominal. Y basa eso, sobre todo, en la existencia de 3 biopsias, de las cuales yo tengo solamente 2, una del 7/5/62 y otra del 25/6/62, en una de ellas se encuentra fragmento de mucosa gástrica, con numerosas glándulas de tipo cardial y fúndico. Hay una apariencia adenomatoide, pero seguramente esto es artificialmente provocado por la tangencialidad de los cortes. No hay malignidad histológica. El segundo informe, un pequeño trocito de mucosa malpighiana con escasísimo contenido algunas glándulas mucosas. Posiblemente por la tangencialidad de los cortes, el epitelio malpighiano aparece en-

grosado, pero no es bien característico la apariencia hiperplásica que, de todos modos, es muy poco ostensible. No hay nada sospechoso de malignidad en la muestra del material examinado. Este enfermo, a pedido del médico que lo enviaba, que le hiciéramos una gastrectomía, pues se trataba de un esófago corto congénito con esofagitis, que había llegado a una disfagia absoluta, completa. Era un enfermo de 43 años, y radiológicamente, el radiólogo informaba que se trataba de un proceso infiltrante y altamente entenosante de esófago de tercio inferior. Este enfermo fue operado hoy por nosotros y tenía un neoplasma de tercio inferior de esófago de unos 6 cms. de la porción terminal del esófago torácico, que tomaba el cardias, la cúpula gástrica con adenopatías, de la arteria coronaria estomática y el tronco celíaco, que hacían imposible su extirpación. Dada la característica de este proceso fue imposible hacer nada. Queremos hacer notar que de acuerdo con la estadística de los autores de la Mayo Clinic, la rareza de esófago corto congénito, y en mi experiencia personal la rareza de que una esofagitis lleve a disfagia absoluta, la prevención que debemos tener siempre frente a una disfagia total de hacer un diagnóstico de esófago corto congénito cuando se nos puede escapar un neoplasma. Más todavía en este caso en que las biopsias fueron negativas las tres, yo tengo solamente 2 biopsias, pero de las 3 biopsias las 3 fueron negativas. Ahora, lo que no me explico es por qué una de las biopsias dio mucosa gástrica, o se trata de que se extrajo mucosa gástrica de pleno tracto esofágico o se pasó el estómago a través de la lesión, cosa que me parece imposible puesto que el enfermo tenía una estenosis muy marcada. Yo había hablado ya de esto con el Dr. Barani y él dijo que me iba a contestar. Nada más.

Dr. José Luis Badano Repetto. — En primer término creo que debemos agradecer al Dr. Barani el habernos mostrado su vasta experiencia sobre la patología no neoplásica del esófago.

En segundo lugar deseo referirme, más que a las discrepancias que en forma particular puedan existir con las afirmaciones o negaciones que sobre el tema ha hecho el Dr. Barani, a las conclusiones que he llegado, después de varios años de haberme dedicado al estudio de tan interesante órgano, lo que me hace interpretar de distinta manera algunas afirmaciones vertidas en el curso de la disertación por el distinguido colega y amigo.

1) Esófago terminal revestido de epitelio cilíndrico.

Con respecto al llamado esófago corto congénito, debemos ser más cautelosos en cuanto a su interpretación, ya que su diagnóstico no puede de ninguna manera estar supeditado a la radiología o endoscopia solamente.

La acepción de la palabra esófago (gullet de los ingleses) de acuerdo a la definición del Oxford English dictionary es la de un conducto músculo membranoso por el que pasan los alimentos y que se extiende desde la faringe hasta el estómago, sin entrar a discriminar en ningún momento sobre la naturaleza del epitelio que lo recubre.

De ahí que N. R. Barrett en su artículo publicado en "Recientes avances en gastroenterología de Avery Jones se refiera a "esófago distal revestido de epitelio cilíndrico" cuando habla del llamado esófago corto congénito. Existen numerosas pruebas embriológicas, de anatomía comparada y humana, así como elementos de fisiopatología que nos permiten explicar perfectamente la presencia del epitelio cilíndrico en el esófago distal.

"En el embrión de la 4ª semana y en distintos seres de la escala zoológica, se encuentra epitelio cilíndrico". Por otra parte la gran laxitud de la mucosa gástrica a ese nivel es de tal jerarquía, que permite grandes desplazamientos, como radiológicamente se ha podido comprobar colocando clips me-

tólicos en la unión esófago-gástrica y luego siguiendo su desplazamiento en distintos momentos.

Para fundamentar el diagnóstico de esta anomalía es necesario certificarla con elementos clínicos, anatómicos, endoscópicos y radiológicos.

Clínicamente es necesario investigar la existencia de malformaciones familiares presencia de anomalías (Síndrome de Marfan: aracnodactilia y ectopia bilateral del cristalino), etc.

Anatómicamente debe comprobarse que la irrigación del esófago distal esté dada por la aorta torácica. Aunque no es frecuente encontrar algún revestimiento peritoneal con apariencia de saco, puede encontrarse en alguna oportunidad, hecho que por otra parte tiene explicación embriológica.

En realidad se trata de una anomalía del desarrollo, siendo el resultado de una hipoplasia del intestino primitivo, condicionada esencialmente por la columna vertebral y el diafragma.

La existencia de una constricción en la zona donde algunos autores señalan el cardias, ectópico, correspondería a la persistencia metamérica correspondiente.

Esta anomalía no tiene repercusión clínica, mientras los esfínteres correspondientes del esófago terminal sean continentes e impidan el reflujo.

El diagnóstico diferencial debe plantearse con: a) Estenosis benignas del esófago; b) Hernias hiatales.

2) Aparato esfinteriano intrínseco del esófago terminal.

La existencia de formaciones anatomo-funcionales como el esfínter inferior del esófago, ámpula esofágica, esfínter inferior del ámpula, vestíbulo esófago-gástrico, esfínter cardial, etc. permiten establecer conclusiones diagnósticas y terapéuticas de interés.

Oportunamente hemos evidenciado la existencia del aparato esfinteriano intrínseco del esófago terminal, apoyándonos: en la ley de Haeckel (la ontogenia recapitula la filogenia), el principio del sentido del desarrollo (los niveles más altos del tubo digestivo comienzan más pronto su especialización, persistencia del tipo de epitelio cilíndrico), los vestigios metaméricos, la acción de ciertas drogas, ciertos estados patológicos, etc.

Mostración I

Lumbricus agrícola. El hombre ser fundamentalmente metamérico, es poco propicio para reconocer su primitiva segmentación (heterónom) salvo en ciertas circunstancias especiales (estados patológicos ver placas).

En cambio en el Lumbricus agrícola de clara segmentación homónima, encontramos ciertas analogías muy llamativas. Se muestran radiografías de ejemplares que han ingerido sulfato de bario, visualizándose los estrechamientos metaméricos especialmente los correspondientes al esófago terminal. También se muestra una fotografía de un corte histológico donde se pone en evidencia algunos otros detalles.

Mostración II

Murciélago. La continencia del esófago terminal es perfecta (sin necesidad de otros elementos) cuando está conservada la integridad del aparato esfinteriano intrínseco. Se muestra una radiografía de un murciélago que ha ingerido sulfato de bario líquido y luego se ha colgado de sus patas traseras, como es costumbre de estos animales, después de ingerir sus alimentos. No existe reflujo. Estudios anatómicos efectuados oportunamente nos mostraron que ni los elementos anatómicos del diafragma, ni ángulo de Hiss, etc. son tan importantes como para explicarnos, una continencia tan perfecta.

Mostración III

Radiografía de estómago en Trendelenburg forzado, de un hombre a quien se le practicó una fundicectomía. Ingestión de sulfato de bario líquido. Se observa la contención correcta del bario por el aparato esfinteriano intrínseco ya que el extrínseco se ha eliminado.

Mostración IV

Radiografías humanas para mostrar el esfínter inferior del esófago

- a) Espontáneamente
- b) En posiciones especiales
- c) Existencia de divertículos yuxta esfinterianos.
- d) Espasmos segmentarios.
- e) Placas de lactantes.

Mostración V

Radiografías humanas para mostrar ámpula esofágica.

Mostración VI

Radiografías humanas para mostrar esfínter inferior del ámpula.

Mostración VII y VII'

Radiografías humanas mostrando la acción de determinados fármacos sobre el esófago terminal.

3) Hernias hiatales (Tipo III de Akerlund)

Dice Harrington: La existencia anatómica de la hernia es condición sinequanon para establecer su diagnóstico verdadero.

En una revisión de protocolos de hernias hiatales operadas en nuestro hospital de Clínicas, nos ha llamado la atención, el número bastante elevado de pacientes que recidivan en su sintomatología primitiva. Hemos leído atentamente las descripciones operatorias de los pacientes recidivados y tenemos la impresión de que muchos de estos casos, catalogados como hernias, eran más portadores de trastornos esfinterianos del esófago terminal, con el reflujo correspondiente que eventrados.

Esto explicaría la recidiva, ya que se dio más jerarquía a la presunta o verdadera hernia sin preocuparse de actuar más sobre el ángulo de Hiss u otros elementos que verdaderamente actúan sobre el reflujo, extrínsecamente.

Mostración VIII

Radiografía de un operado de hernia hiatal que semanas después de la intervención recrudescen su antigua sintomatología.

La situación anatómica de los elementos parece conservada, pero un reflujo de tercer grado explica el cuadro clínico.

Creemos importante discriminar dentro del tipo III de Akerlund tres variedades seguramente evolutivas como en cualquier otra hernia.

a) Una primera variedad estaría caracterizada por una insuficiencia hiatal (esta variedad en el niño puede considerarse como una relajación por falta de madurez; cura con la edad y tratamiento médico, especialmente la cura postural que elimina la acción pistón del reflujo).

En el adulto puede considerarse como consecuencia de una relajación senil o de agotamiento tisular.

Nuestra experiencia sobre 100 hiatos esofágicos explorados en el curso de intervenciones practicadas en el abdomen superior por distintas razones, permitieron comprobar 25 hiatos permeables a más de tres dedos, solamente

en 6 tuvimos la impresión de que se trataba de esta variedad. En los 19 restantes no pudo ponerse de manifiesto ni clínica, radiológica ni quirúrgicamente la existencia de una hernia.

Mostración IX

Uno de los casos referidos en la estadística. No se observa ni hernia ni reflujo. Solamente una pequeña relajación a nivel del hiato.

b) Una segunda variedad comprendería la hernia hiatal por deslizamiento cuyo saco se ocuparía en determinadas posiciones (reductible).

c) Y la tercera comprende la hernia hiatal permanente.

Todas estas variedades pueden ser con o sin reflujo, llevando ésta última por la esofagitis consecutiva a una retracción de las tónicas musculares longitudinales que nos ponen en frente al esófago corto.

Aunque la experiencia de autores extranjeros señalen al reflujo como un componente poco frecuente de las hernias, nosotros lo hemos encontrado en el 90% de las hernias.

De acuerdo con Barrett todas las hernias hiaatales voluminosas deben tratarse quirúrgicamente ya que más del 50% de estas se complican seriamente. Las hernias pequeñas y asintomáticas pueden seguirse médicamente, no así las que tienen reflujo. En estos casos debe dársele más importancia en el acto operatorio a impedir el reflujo que a provocar una anatomía frecuentemente poco funcional. Tratar una hernia hiatal asintomática es como pretender modificar la posición de un estómago llevado al tórax después de una esofagectomía.

Muchas imágenes radiográficas de hernias hiaatales no dicen nada respecto al reflujo. El cirujano debe pedir al radiólogo información sobre este síntoma que luego será el responsable de la recidiva sintomatológica.

Mostración X

M. — Hernia hiatal Tipo III variedad 2, con reflujo grado 2. Fue tratada médicamente sin mejoría desde 1956.

A los 77 años no acepta oponerse. Se practica frenicectomía izquierda con objeto de modificar el ángulo de Hiss. Muy buena evolución clínica y radiológica.

Mostración XI

E. S. — Hernia hiatal tipo III variedad 2. Reflujo grado 2. Operada de hernia y de un divertículo de esófago. Sigue igual o peor que antes de la operación. Tratada médicamente en distintos servicios no mejora.

Se hace anestesia del frénico izquierdo y luego frenicectomía. Muy buena evolución. Hay esofagoscopia cardias a 35 cts. de la arcada.

Mostración XII

D. C. — Hernia hiatal Tipo III. Variedad 3. Sin reflujo. No hay sufrimiento. No se opera.

4) Reflujo gastro-esofágico

Siempre es la consecuencia de la alteración del mecanismo de cierre del esófago terminal ya por falla del aparato esfinteriano intrínseco o extrínseco. Distintas situaciones pueden llevarnos a este estado patológico, muchas veces secundario a otras afecciones. Avitaminosis, miopatías, distonías neurovegetativas, etc. Pueden describirse distintos grados del reflujo, de acuerdo a la altura donde es detenido.

Grado 1 cuando se detiene en el esfínter inferior del ámpula. Grado 2 cuando la detención se realiza a nivel del esfínter inferior del esófago y Grado 3

cundo llena todo el cuerpo del órgano. La asociación con hernia hiatal es frecuente.

Mostración XIII

B. — Reflujo gastro-esofágico grado 3. Gran sintomatología. Tratamiento médico. Potasio, Vitamina B, dormir semisentada, etc. Evolución muy buena. en tres meses.

5) Espasmos segmentarios

A etiología diversa y muy variada (avitaminosis, neuropatías, endocrinopatías, etc) llegan a transformarse en verdaderas estenosis por el mecanismo de espasmo sostenido (fluxión intersticial de Stajano).

Lo interesante es que generalmente marcan radiográficamente la segmentación metamérica del órgano.

6) Síndrome megaesofágico

Sin entrar a este interesante capítulo donde la etiología y patogenia es tan discutida deseo llamar la atención que indicada la intervención hacemos la esófago-gastroanastomosis según técnica de Biondi-King, pero destacamos la importancia de efectuar dicha anastomosis por debajo del esfínter inferior del esófago.

Mostración XIV

I. A. — 29 años, 37 k. Sufría desde *hacía* 10 años. Operación 1952 Biondi-King (Anastomosis en plena ámpula). Muy buena evolución.

Mostración XV

I. S. — Operación Biondi-King (mala técnica: por encima del esfínter inferior). Aunque clínicamente ha mejorado y aumentado de peso. Radiológicamente existe un reflujo importante.

Dr. Boris Asiner. — Deseamos felicitar al Dr. Barani por su clara y pedagógica exposición basada en exhaustiva documentación y reconocida experiencia. Citó la Ruptura Espontánea de Esófago. Creo que aunque una vez al año, o más, es conveniente recordar que ella existe. El Estallido Postemético del Esófago, es una emergencia a tener en cuenta, sobre todo porque no está en la mente del que no lo conoce, y si le toca actuar en problemas agudos de topografía abdominal alta o torácica puede equivocarse. No agregaremos nada, porque ya fue claramente expuesto y muy ampliamente tratado en la Sociedad. Reiteraremos que su diagnóstico es posible, pensando en ella, y la terapéutica debe ser inmediata para ser útil, es decir, toracotomía, sutura y drenaje correspondiente.

Dr. Roberto Rubio. — Yo quiero decir algunas palabras referentes a la comunicación del Dr. Barani, que tuvo a mi modo de ver un gran interés, primero, por tratar un tema de tanta actualidad como es el problema de la patología benigna del esófago, y en segundo término por ser desarrollado por el Dr. Barani, que tiene una gran experiencia en todo tipo de sufrimiento esofágico.

Yo voy a tomar dos aspectos de esta comunicación a los cuales me referiré brevemente y que son: el problema de las estenosis benignas del esófago y en segundo lugar haré algunas consideraciones referentes al tratamiento del cardioespasmo.

Con respecto al primer punto, en realidad nosotros hemos tenido una larga conversación durante varios años con el Dr. Barani, y los hechos parece que le han dado la razón a éste.

Después de haber estado varios meses en el Servicio del Prof. Allison, en Inglaterra, yo le trasmití al Dr. Barani la conducta que tenían en ese Centro para el tratamiento de las estenosis benignas del esófago. Consideraban que el esófago corto que acompaña a la estenosis benigna del esófago, es, en su gran mayoría, de carácter adquirido. Eso no quiere decir que nieguen la existencia de un esófago corto congénito, especialmente en el lactante, pero sí significa que para estos autores la mayor parte de los pacientes con esófagos cortos que se observan en el adulto y en el niño, son de carácter adquirido y que es la estenosis benigna, consecutiva a una esofagitis de reflujo por hernia del hiato de deslizamiento, la que crea el esófago corto. Algunas veces, la estenosis puede ser debida a una ulceración crónica por secreción de jugo gástrico a nivel de la parte baja del esófago recubierta por mucosa gástrica, como insistió Barret. En esa época, cuando la lesión era incipiente y cuando la estenosis no era total, operaban el enfermo y le reducían la hernia siguiendo la técnica de Allison; pero cuando la estenosis era muy marcada ellos no hacían tratamiento a base de dilataciones sino que iban directamente a operar y hacían la técnica del Dr. Allison, que consistía en la resección de la zona estenótica y mantenimiento de la continuidad digestiva mediante la interposición de un asa yeyunal. Ellos hasta ese momento estaban satisfechos de los resultados que obtenían. Yo tuve la oportunidad de ver dos casos de éstos y me quedé un poco sorprendido de lo larga que era la operación y lo complicada que era para el cirujano y también para el paciente. Se debían efectuar alrededor de cuatro anastomosis, y en el período que estuve allí, observé que hubo que efectuar dilataciones post-operatorias a uno de estos pacientes. Yo traje la impresión de que era una operación grave, riesgosa para el paciente y difícil de hacer. Hablamos con el Dr. Barani y yo le contaba la manera de proceder de esa gente con enorme experiencia en las enfermedades del esófago. El Dr. Barani en aquella época tenía igual posición que la mostrada en su comunicación a este respecto. Sin embargo, últimamente tuve oportunidad de leer un trabajo publicado en los últimos meses del año pasado, en que Mr. Wooler, sucesor del Prof. Allison, hace la revisión sobre 1.500 casos tratados de hernias de hiatus, en que fueron operados una tercera parte.

En los últimos 5 años, sólo excepcionalmente han tratado las estenosis benignas del esófago efectuándoles la gran operación con la técnica de Allison a que me referí anteriormente. Proceden de distinta manera. Consideran que la mayor parte de los casos con estenosis benignas bien constituidas, es posible efectuar el descenso del cardias hasta debajo del diafragma siempre que se haga una liberación muy amplia del esófago, que debe llegar en estos casos hasta la altura del arco aórtico, siendo necesario muchas veces, seccionar los nervios vagos para aumentar la movilidad del esófago. Siempre que se efectúa esta sección, es necesario acompañar el tiempo torácico de la liberación antes mencionada, efectuando una piloro-plastia. Procediendo en esta forma es posible descender y mantener descendido el cardias en la mayor parte de los casos, siendo los resultados obtenidos con esta cirugía ampliamente satisfactorios.

En las circunstancias en que exista contraindicación de algún tipo a la cirugía, indican dilataciones que muy a menudo son efectivas; a veces, luego de una dilatación el paciente puede pasar meses y hasta un año sin necesidad de repetir estas maniobras. Es decir, que en este Centro en que tienen tanta experiencia en el tratamiento de las enfermedades del esófago, han evolucionado, acercándose en parte a los conceptos mantenidos por el Dr. Barani.

Yo sólo tuve oportunidad de tratar dos enfermos que tenían estenosis

benignas del esófago por úlceras pépticas consecutivas a hernia del hiatus. Pero no eran estenosis totales. Presentaban una disfagia moderada, observándose radiológicamente la estenosis parcial del esófago, que Uds. pueden apreciar en esta placa. Los dos enfermos fueron operados no habiendo mayores dificultades en reducir la hernia siguiendo la técnica del Prof. Allison. La indicación operatoria en enfermos de este tipo es perentoria, puesto que de lo contrario la persistencia de la esofagitis les provocará una estenosis esofágica importante.

Con respecto a lo dicho por el Dr. Barani con relación al tratamiento del cardiospasmo, yo pienso como casi todo el mundo que esta enfermedad se cura mediante dilataciones mecánicas. La cirugía está indicada en los casos que no curaron con el tratamiento médico efectuado. Creo sin embargo, que en los niños y personas jóvenes, al menos en nuestra experiencia personal, con cierta frecuencia se observa el fracaso de las dilataciones mecánicas para obtener la cura del cardiospasmo. Así es que las dos únicas observaciones de pacientes que he operado, por presentar un cardiospasmo rebelde o persistente, tenían 8 y 14 años, respectivamente. Ambos casos habían sido tratados por distinguidos endoscopistas efectuándoles dilataciones de diversa índole (bujía de mercurio, dilatadores neumáticos bajo anestesia, etc.). Los dos casos se curaron con la operación. La única operación a hacer y que nadie discute, es la operación de Heller, que constituye una excelente operación. Otro tipo de operación, como resección de la zona cardial, están contraindicados en todos los medios donde se hace este tipo de cirugía.

Dr. Walter Suiffet. — Simplemente queríamos colaborar en uno de los aspectos que el Dr. Barani trató, que son los divertículos llamados de Zenker del cual tenemos una modesta experiencia. Queremos mostrarla para confirmar en todo lo que el Dr. Barani expresó con motivo de esta patología y de la táctica quirúrgica que se debe seguir. Nosotros tenemos 4 observaciones, todas operadas en un tiempo, con resultado post operatorio inmediato y alejado excelente. Vamos a mostrar simplemente la documentación radiológica porque la sintomatología clínica es igual en todos los casos. Este paciente tiene un aspecto de interés en la parte clínica y es que su padre había fallecido de neoplasma de esófago. El comenzó a tener disfagia, regurgitaciones y repercusión sobre el estado general y se autodiagnosticó la misma enfermedad por la cual había fallecido su padre. Pasó 3 años en esta forma y viendo que el curso evolutivo de ella no era igual a la enfermedad de su padre, lo decidió a atenderse. En el interior se le hizo el estudio radiológico y nos fue enviado al Hospital Maciel en el año 1953. La imagen radiológica de un divertículo faringoesofágico en la 3ª etapa; no tiene nada de particular. Fue intervenido en un tiempo, se le practicó la resección del divertículo y cierre de la brecha, y éste es el resultado post operatorio inmediato. No hemos vuelto a ver al paciente personalmente, pero sabemos por la información que tenemos que se encuentra perfectamente bien. El segundo caso es un paciente, estos dos primeros casos fueron motivo de una comunicación ya presentada con el Dr. Mañana en la Sociedad de Cirugía hace varios años, que tenía exactamente la misma sintomatología y la misma imagen radiológica. Divertículo desplazado ligeramente a la izquierda. Fue intervenido en un tiempo, se le practicó la resección del divertículo y la recuperación fue perfecta. Este es el estudio radiológico realizado después de la intervención; fue en el año 1957. El enfermo en el momento actual se encuentra perfectamente bien. Este es otro paciente que no tenemos control post operatorio, que fue intervenido en la misma forma en un tiempo, practicándosele la resección del divertículo con un resultado post operatorio inmediato excelente. Es interesante hacer notar que estas dos radiografías que están a la derecha son tomadas el día 21 de

enero de 1958 y al día siguiente se le hace estudio de tórax y se ve todavía el bario retenido en la bolsa diverticular, lo que demuestra lo que significa esta patología, creando en algunos casos procesos infecciosos a nivel del divertículo que pueden dar peridiviculitis e infecciones a nivel de la zona cervical. El último caso operado por nosotros es una paciente que desde hacía muchos años sentía unos ruidos al deglutir y le apareció una tumefacción en el cuello con regurgitaciones nocturnas en el decúbito. Este es el estudio radiológico pre operatorio (22-6-61); fue el primer estudio radiológico que se le hizo a la paciente. La paciente no fue intervenida, pasó un tiempo y posteriormente en junio de 1962 fue vista por nosotros e intervenida en un tiempo. Contralor radiológico post operatorio reciente; la enferma lleva un mes y medio de intervenida. Está perfectamente bien y han desaparecido totalmente sus trastornos. Y por último este caso, del cual tenemos parte de la documentación, porque es un enfermo que estudiado, después no fue intervenido por nosotros; pero muestra exactamente la misma sintomatología radiológica con las características habituales. Este problema que ha sido discutido, el Dr. Barani lo precisó, con su síntesis de expresión, diciendo que los divertículos faringoesofágicos se operan en un tiempo y se curan todos. Hasta ahora la experiencia personal nuestra confirma las palabras del Dr. Barani. Es un problema perfectamente conocido que durante muchos años, antes del advenimiento de los antibióticos, fueron intervenidos con otros procedimientos tácticos. Nosotros le vimos operar a Lahey muchos casos, dado que la Lahey Clinic tiene una experiencia desusada en esta patología, realizando en todos ellos la intervención en dos tiempos. De esto hace 10 años exactamente. Actualmente se sigue en la conducta quirúrgica intervenir estos pacientes en un tiempo con un porcentaje de mortalidad de 0 y un porcentaje de recidiva ínfimo. Esto en lo que respecta a los divertículos faringoesofágicos. Y respecto al cardioespasmo, nosotros queríamos relatar un caso que ya había sido presentado aquí en la Sociedad de Cirugía hace varios años, en una paciente que con motivo de un error de diagnóstico se intervino como si fuera un neoplasma del esófago terminal supracardial. Digo error de diagnóstico porque solamente el diagnóstico se hizo sobre la base de una imagen lacunar y una estenosis en esa zona. No pudo de ninguna manera practicarse la esofagoscopia, por negarse el paciente. Fue intervenida por nosotros. No comprobamos absolutamente nada en el esófago y frente a la disyuntiva de dejar pasar una lesión, preferimos hacerle a la enferma, dado que la imagen radiológica era muy baja, en vez de una esofagostomía exploradora, una gastrostomía exploradora en la zona fúndica del estómago. La exploración digital a través del cardias mostró que no existía ninguna alteración en el esófago terminal y sí un intenso cardioespasmo. En esas condiciones hicimos la dilatación a la inversa, es decir por vía transgástrica con bujías de Hecar. Hicimos la dilatación del cardias hasta la bujía 22, y la enferma se curó. Quería aportar esta pequeña experiencia a la magnífica colaboración del Dr. Barani.

Dr. Barani. — En primer término agradezco a todos los que me escucharon y especialmente a los estimados colegas doctores Padano Repetto, Rubio, Praderi, Anavitarte, Asiner y Suiffet que han intervenido en la discusión.

Y paso a contestar, rogando al señor presidente, Dr. Vigil Sónora, me permita empezar con las contestaciones más sencillas. Al Dr. Asiner le diré que recuerdo perfectamente el caso de perforación espontánea del esófago presentado por él a esta Sociedad. Observación correcta y nuevamente lo felicito. Al Dr. Praderi que el caso presentado por él, a mi pedido, se debe rotular "perforación de esófago por maniobras endoscópicas al pretender extraer un cuerpo extraño" y no "perforación de esófago por cuerpo extraño". Son dos cosas dis-

tintas. Lo felicito por el resultado de la operación. Al Dr. Rubio le agradezco el bondadoso concepto que le merece mi labor. A los doctores Badano Repetto y Anavitarte les diré que me atribuyen, por supuesto por error, conceptos que no he sostenido en mi trabajo. Y paso a contestar: En lo referente al **Megaesófago** he dicho y lo sigo sosteniendo que el **tratamiento son las dilataciones**. Hay que insistir en las dilataciones, neumáticas o por sondas gruesas de Hurst, cambiar de médico, recurriendo a otros colegas en el país y, si es posible, fuera del país. No acepto el criterio sostenido por el Dr. Anavitarte, que, según él se hacen en algunas clínicas, de operar todos los megaesófagos, así como, las estadísticas sobre perforaciones en el curso de las dilataciones en franco desacuerdo con lo que ocurre en nuestro medio, yo no he tenido un solo caso de perforación debido a dilataciones en **Megaesófago**. Y por último, en caso de operar, hacer sólo la operación de Heller.

Nos referiremos a las **Hernias** (fig. 1). Como lo digo en mi trabajo, el radiólogo sueco **Akerbung** las divide en 3 tipos: **Tipo I**, que es el **esófago corto**; **Tipo II**, **hernia paraesofágica**, y **Tipo III**, **hernia de deslizamiento**. ¿Cómo se tratan? Lo digo en mi trabajo: en la **Hernia Tipo III**, en el adulto, cuando comienza a sufrir, tratamiento médico y si no mejora descenso del esófago y el estómago al abdomen por la técnica apropiada. En cambio en los niños y, como lo dice **Allison**, cuando la **hernia tipo III** comienza a dar malestar (vómitos), **NO** hacer tratamiento médico, operarla de inmediato, pues en sólo seis semanas bastará para que la **esofagitis** destruya la pared del esófago, origine una **estrictura** y una **fibrosis** que haga imposible descender un esófago acortado secundariamente. Esto lo dice **Allison**, que tiene mucha experiencia, y, lo deben saber los pediatras para evitar que, algunos niños, después de comenzar con vómitos, sigan con **disfagia** y tengan un **cardias ectópico ulcerado y fibrosado** y no pueda ser beneficiado con una operación de simple descenso y reparación de los pilares del diafragma.

Y cuando no se interviene a tiempo estas hernias tipo **III**, o de deslizamiento, en adultos y en niños, se complican, con la **esofagitis** por reflujo, con una **estenosis** del **cardias ectópico** y al instalarse las **fibrosis** se acorta el esófago y en estas condiciones tienen estos enfermos sólo dos soluciones: o **resección** e **interposición** del **yeyuno** (**Allison**) **grande y grave operación** o lo que yo hago, siguiendo los consejos de **Resano**: **mantener la cabeza y el tórax en alto** poniendo **tacos** en las **patas de la cabecera de la cama** y **dilataciones** con o sin **gastrostomía**. Y **marchan bien**.

En las hernias **Tipo I** o el llamado el **esófago corto**, con **estenosis** del **cardias ectópico**, no interesa consignar si es **congénito** o **adquirido**. En mi trabajo digo cómo se diferencian. Del punto de vista del tratamiento creo que hay sólo dos soluciones: a) **quirúrgica**: **reacción** e **interposición** del **yeyuno** (**Allison**); personalmente considero esto una **gran y grave operación**. Yo les hago **tratamiento con dilataciones**, con o sin **gastrostomías** y, siempre para evitar el **reflujo**, **dormir con la cabeza y el tórax en alto**. Las dilataciones se van espaciando y el enfermo entra en una faz de una "aparente cura" al **epitelizarse** el **cardias libre** del **reflujo gastroesofágico**. Y **marchan bien**. Muchas gracias.