

CLINICA QUIRURGICA DE APARATO DIGESTIVO
DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE JAEN

JEFE DR. FERMIN PALMA RODRIGUEZ

Consideraciones sobre el tratamiento del Megaesófago ⁽¹⁾

Dr. Fermín Palma

*Asistente del Profesor Valdoni, en Roma
Premio di studio, Ministero degli Affari Esteri italiano*

«En el tratamiento del megaesófago, cardiospasmio o achalasia del cardias, según como se le quiera definir actualmente, no queda más que la postura médica de la dilatación con el Starck o el proceder quirúrgico, siguiendo a Heller o algunas de sus variantes, preferentemente la técnica de Valdoni.»

TRATAMIENTO

Se han aconsejado en el tratamiento del megaesófago cuidados dietéticos. Más especialmente se insiste en la actualidad en la psicoterapia. Es bueno utilizar espasmolíticos, depresores del vago, sedantes (papaverina, atropina, bromo, largactil), y siempre se deben prescribir vitaminas B₁, B₆, B₁₂ y ácido pantotémico. Finalmente, los lavados esofágicos serán muy convenientes. Pero entre estos recursos de índole médica y los quirúrgicos, que más adelante mencionaremos, hay otros intermedios de gran utilidad en la práctica. Nos referimos a las dilataciones. Ya GUISEZ aconsejaba el empleo de las bu-

ñas dilatadoras, así como SIPPY y EINHORN. Bastan algunas sesiones, la mayoría de las veces, para que el paciente pueda alimentarse convenientemente.

Asimismo se han empleado mucho las sondas neumáticas o hidrostáticas (GOTTSTEIN, RUSSELL, PLUMMER y NEGUS), en las que lo fundamental es una goma que se distiende a voluntad al estar alojada en la parte estenosada del esófago, bien por aire o con el agua.

Sin embargo, dentro de los métodos de dilatación, el más utilizado en la actualidad es de STARCK, formado por unas varillas que se separan a voluntad y efectúan la dilatación en el momento

(1) Toda la iconografía radiológica está efectuada por nuestro colaborador Dr. Gabriel Arroyo.

adecuado. Su introducción puede ser controlada a través de la pantalla.

Como medida preliminar a su empleo se debe hacer un lavado esofágico a fin de suprimir la retención esofágica que pueda existir. Con una premedicación adecuada que sedé al paciente y le disminuya secreciones, se le coloca en decúbito supino y con la cabeza hiperextendida, para lo cual es buena medida colocar una almohada bajo los hombros y dejar caer la cabeza; se tracciona la lengua con la mano izquierda provista de una compresa y con la derecha se introduce el aparato, previamente lubricado.

Una vez que por medio de la pantalla radiológica se ha controlado que el dilatador se encuentra situado en el cardias, se procede a la dilatación forzada, de una forma brusca y súbita. Se puede repetir un par de veces y se retira lentamente el aparato. En el momento de la dilatación todos los enfermos notan un pequeño dolor, otras veces más intenso, que por lo general dura poco tiempo; inmediatamente después abría hasta producir la divulsión el aparato, y a continuación el enfermo puede comer, con gran sorpresa. A partir de este momento sigue comiendo de todo, sin notar ninguna dificultad a la deglución. El esófago sigue sin tono, sin peristaltismo, e incluso la imagen radiológica del megaesófago continúa, pero el cardias está abierto. Algunos pacientes ven desaparecer su disfagia para siempre. Otros, en cambio, tienen molestias retroester-

nales, alguna dificultad a la deglución, aunque transitoria, o bien, como ocurre en otros, una recidiva del cuadro clínico que obliga a una nueva dilatación.

Cuando el resultado de la divulsión del cardias es negativo, o sea, ha sido seguido de fracaso, o bien no se ha podido poner en práctica, hay que recurrir al tratamiento quirúrgico. Las intervenciones quirúrgicas que se han propuesto y se han practicado para tratar el megaesófago son muchas. De todas ellas, la más acreditada es la de HELLER. No obstante, mencionaremos brevemente algunas de las descritas.

1) DILATACIÓN DEL CARDIAS DESDE EL ESTÓMAGO

Fué practicada primeramente por LORETA y después por MICKULICZ. Este último autor hacía una gastrostomía, introducía el dedo índice y el medio en el estómago, y sobre el primero, utilizándolo como guía, llevaba hasta el cardias una pinza larga que después abría hasta producir la divulsión.

En una ocasión hicimos la divulsión del cardias utilizando los dedos (observación 3.^a), con resultados inmediatos muy buenos.

2) CARDIOPLASTIA DE BOZZI Y WENDEL

Por vía transpleural, estos autores incinden a lo largo todas las capas de la pared del esófago y suturan después la brecha transversalmente. Aparte del

peligro de infección mediastínica y de exponerse a dehiscencias, es una técnica que está más que cumplida con el clásico HELLER.

3) CARDIOPLASTIA DE HELLER

Cuando el resultado de la divulsión del cardias es negativo, o cuando no es ésta practicable por el gran tamaño e incurvaciones del saco esofágico, se debe recurrir, como insiste SOLER ROIG, al tratamiento quirúrgico que debe equivaler a la operación de HELLER. Este autor (aunque la propuso primeramente GOTSTEIN) preconizó la cardioplastia extramucosa, cuya técnica es la siguiente:

Laparatomía media supraumbilical; liberación del esófago a nivel del hiatus diafragmático y descenso de aquél a la cavidad abdominal; incisión longitudinal de la pared del esófago en la cara anterior y en la posterior en una extensión de 6 u 8 cm., respetando la mucosa (la experiencia ha demostrado que es suficiente la incisión en la cara anterior); protección de las incisiones (que no se suturan) con una flanja epiploica. Es lógico temer en esta intervención el lesionar la mucosa, y aun con ella indemne, se han descrito casos de peritonitis por diapedesis. Hay autores que proponen introducir un dedo de la mano izquierda (colocado el cirujano en el lado izquierdo de la mesa de operaciones) a través de una pequeña abertura hecha en el estómago, con el fin de evitar el lesionar la mucosa y al mismo tiempo garantizar

la operación. Es lógico comprender que esta modificación, en manos experimentadas, no aumenta las ventajas.

LORTAT-JACOB propone una variante de la operación de HELLER. Es lo que él llama «miectomía longitudinal en banda, transtorácica». La fundamenta en la existencia de fracasos después de la operación genuina de HELLER, así como el encontrar lesiones asociadas (no causales) en el tórax, que se descubrirán en el curso de la toracotomía.

En dos casos que LORTAT-JACOB utilizó su proceder, encontró como causa posible del megaesófago una miomatosis difusa del segmento inferior del esófago torácico.

3) OPERACIONES SOBRE EL DIAFRAGMA

Pensando en que el origen del megaesófago estuviese en el obstáculo determinado por el diafragma, a VON HACKER se le ocurrió hacer, en 1913, la esofagolisis, o sea, la liberación del esófago de su unión diafragmática, completándola con su descenso al abdomen y su fijación al hiatus en la nueva posición. ROPKE, un año después, ampliaba la esofagolisis con la hiatotomía, agrandando así el agujero diafragmático. Es lo mismo que practicó SENCERT, con vistas a suprimir la acodadura que suele tener la parte baja del esófago en los casos de dilatación gigante, y que es la culpable de las manifestaciones clínicas de tipo obstructivo.

4) OPERACIÓN DE HEYROWSKY.
ANASTOMOSIS ESÓFAGO - GÁSTRICA

Tiene más censuras que elogios. Consiste en una anastomosis entre el saco esofágico y el estómago. Puede ser una indicación de ella aquellos casos de megaesófago flexuoso con dilatación sacular apoyada en el diafragma. Tanto para la esofagostomía como para la cardioplastia, ha sido motivo de discusión la elección de vía de acceso, y se han defendido distintos puntos de vista. Sin duda alguna, el abordar el esófago por vía abdominal tiene menos riesgo. Lo que hay que procurar es hacerse un buen campo operatorio (resección del apéndice xifoides, buen separador, etc., etc.). Con esta vía está facilitada la esofagolisis y el descenso del esófago en grado suficiente para hacer el afrontamiento con el estómago.

Sin embargo, la anastomosis esofagogástrica verdadera deberá, en la mayoría de los casos, hacerse por vía trans-torácica. Por toracotomía izquierda a través del octavo espacio intercostal, o si se prefiere reseccando la octava costilla, el esófago inferior es descubierto después de abrir la pleura mediastínica; el diafragma se incinde a partir del orificio esofágico en una longitud, aproximadamente, de cuatro traveses de dedos, y la gran tuberosidad del estómago se la libera de sus conexiones vasculares a fin de poderla desplazar hasta el tórax. Se procede entonces a la anastomosis esofago-

gástrica (esófago-tuberosidad gástrica) por encima del segmento estenosado del esófago. Anastomosis transversal en dos planos. El diafragma es fijado cuidadosamente, después, alrededor de la gruesa tuberosidad gástrica.

Han sido muchas las críticas que se han hecho a este tipo de intervención. Especialmente por la facilidad de producirse esofagitis de regurgitación, esofagitis péptica e incluso lesiones ulcerosas.

No tenemos experiencia vivida de este tipo de operación, ya que nuestros casos los sometimos al clásico HELLER. LORTAT-JACOB, en una estadística de sus casos, sólo tuvo uno de esofagitis. Por el contrario, este mismo autor señala que es más frecuente encontrar molestias de tipo semejante a las que se producen en la hernia diafragmática. De ahí el que sea la frenipectomía izquierda un complemento obligado de la operación de HEYROWSKY, que, además, haría disminuir las complicaciones pépticas por reflujo del jugo gástrico.

Podemos concluir que este tipo de operación solamente estará indicado siempre y cuando fracase la operación de HELLER.

5) LAS NEUROTOMÍAS

Es natural que se hayan propuesto soluciones o intervenciones en relación con la inervación vago-simpática. Teniendo en cuenta el papel fisiológico del vago y sabiendo, por estudios anatomopatológicos, que sus fibras (rara

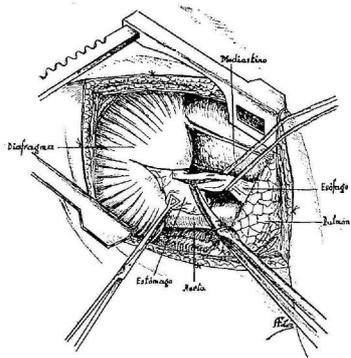


Fig. 1

Operación de Heller, en el cardiospasmo según técnica o proceder de Valdoni por transtórácica izquierda. Esquema tomado de nuestra observación M. G.



Fig. 2

Observación M. G.
Operación de Heller vía transtórácica, según Valdoni.



Fig. 3
Dolicoesófago. Observación G.
Dilatación con el Starck. (Clínica de
Concepción).



Fig. 4
Cardiospasmo en V. S. Joven de 36 años,
neurótico, Heller, vía abdominal.
Resultados brillantes.

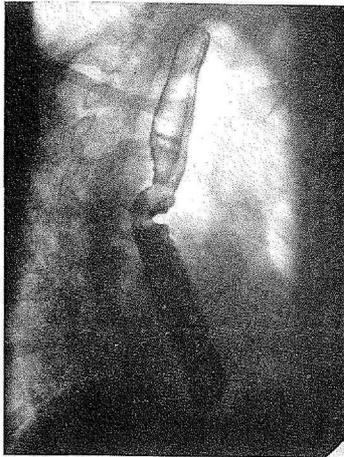


Fig. 5

La misma de la observación 3.^a en otro momento de la exploración.



Fig. 6

Cardiospasma y dilatación esófago 1/3 medio y superior.
Dilataciones.

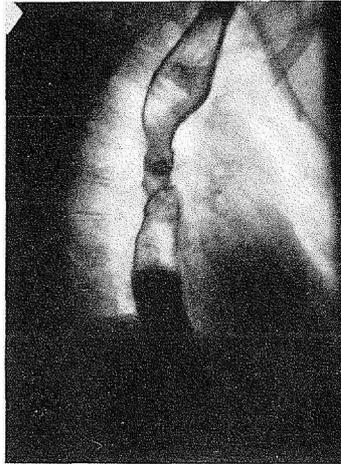


Fig. 7
Dolicomegaoesófago
Observación J. G.

Fig. 8
Observación E. de la T. ,
Radiografía del Dr. Gabriel Arroyo.
Marcado megaesófago.
Dilatación con el Starck





Fig. 9
Observación F. G.
Radiografía del Dr. Gabriel Arroyo
Megaesófago
Heller - Resultados mediocres

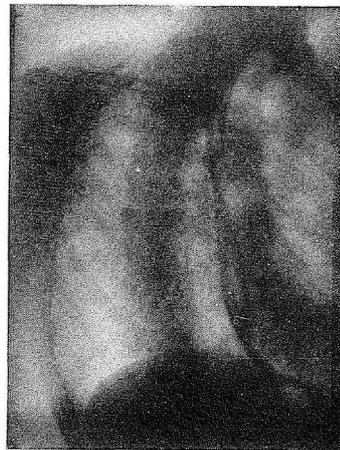


Fig. 10
La misma observación de la Fig. 6



Fig. 11
Neoplasia de cardias. Infiltración y ulceración del mismo.
El diagnóstico diferencial con el cardiospasma en ocasiones
puede ser dificultoso.

vez el tronco) están comprimidas y degeneradas en algunos casos de megaesófago, se pensó en liberar el nervio, o sea, practicar la vagolisis.

KNIGHT cree que para el cierre del cardíaco es necesario que funcione el simpático, y que al fallar el vago, el síndrome obstructivo se debería a la acción no contrarrestada de aquél, que es su antagonista. Con esto justifica sus intervenciones sobre el simpático, y de aquí nació la esplanicectomía en el tratamiento del megaesófago. Ni que decir tiene que la simpaticectomía deberá ser bilateral, ya que sólo en un lado sería insuficiente. Se ha practicado, bien aislada o bien asociada a la operación de HELLER.

HILLEMANN comunicó los resultados siguientes: En 15 operaciones tipo HELLER tuvo:

- 4 muy buenos resultados.
- 6 buenos resultados.
- 3 favorables.
- 2 malos.

En siete operaciones de HELLER, asociadas a una esplanicectomía izquierda, obtuvo los siguientes:

- 5 muy buenos.
- 1 bueno.
- 1 malo.

Creemos que los buenos resultados serán más constantes si la esplanicectomía se asocia a la clásica operación de HELLER.

RECALDE, del Paraguay, propuso quitar las fibras musculares longitu-

dinales del segmento abdominal del esófago, con lo cual se destruye el plexo de Auerback, que es la zona en donde WANKE encontró, haciendo investigaciones anatomopatológicas, infiltración de células redondas y degeneración de las ganglionares. En suma, la modificación de LORTAT-JACOB a la operación de HELLER, o miectomía longitudinal en banda.

En cuanto a la sección de los neumo-gástricos, hay que decir que se considera operación errónea y, por tanto, ilógica. Solamente tendría una indicación evidente, como complemento de una anastomosis esófago-gástrica, a fin de disminuir la acidez gástrica para reducir los riesgos de esofagitis péptica secundaria.

6) OPERACIONES SOBRE ÓRGANOS VECINOS

Citaremos, por fin, entre las intervenciones quirúrgicas con pretensión de causales, las que se hacen sobre órganos vecinos donde se sospecha que está la espina irritativa que mantiene el espasmo. Si en realidad éste tiene relación con las afecciones de dichos órganos (estómago, vesícula), la intervención adecuada resolverá el trastorno esofágico.

7) RESECCIÓN

WANGENSTEEN propuso la resección gastro-esofágica en el tratamiento del megaesófago, método que consideramos muy agresivo. LORTAT-JACOB cita dos casos de megaesófago complicado

de cáncer, en los que tuvo que realizar la resección gastro-esofágica. No hemos tenido oportunidad en nuestra pobre estadística de estudiar esta asociación. En estos casos convendrá, después de la anastomosis gastro-esofágica (esófago-gastrectomía polar superior), realizar (por la vaguectomía que implica dicha operación) una pilorotomía, e incluso una neurotomía esplácnica, a fin de evitar, por la hipertomía del píloro, el estasis gástrico y el reflujo al esófago, con la amenaza de complicaciones de índole péptica (esofagitis, úlcus, hemorragias, etcétera, etc.).

PSICOTERAPIA

Se ha estudiado con alguna insistencia la relación que pueda existir entre el cardiospasma y los trastornos de índole psíquica.

Está demostrado que hay espasmos esofágicos como reacción defensiva de algo que ha quedado «atragantado» ante un disgusto o contrariedad. Posiblemente esto ocurre con más frecuencia de lo que se cree, y, desde luego, cuando el trastorno es más permanente asienta más abajo, a mayor profundidad en el tracto digestivo (ROR-CARBALLO), y entonces se manifiesta por la sensación de espasmo en la par-

te más baja del esófago. Sin embargo, no está demostrado exista una estrecha relación entre los espasmos esofágicos de origen psicógeno y el verdadero cardiospasma, y pese a ello hay muchos datos clínicos en favor de que factores psíquicos jueguen un gran papel en la génesis del megaesófago. De otro lado, es evidente la influencia de un factor constitucional, ya que se asocia el megaesófago al megacolon, o enfermedad de Hirschprung, e incluso con megauréter, y también con la ausencia de células ganglionares justamente donde empieza la dilatación. A pesar de todo esto, es una realidad que hay un clima especial psicológico en estos pacientes. El que después de la intervención quirúrgica se citen recidivas. El que no se modifique el aspecto radiológico después de actuar selectivamente contra el cardias, tanto con los dilatadores como con el clásico HELLER, y el que muchas veces haya bastado la laparatomía exploradora para producir la mejoría, en algunos casos, la curación confirma la influencia manifiesta de la *emoción* y de la *ansiedad* en la producción de crisis disfágicas, que inclina a examinar y tratar a estos pacientes bajo una orientación psicoanalítica, que muchas veces bastará y en otras habrá que asociar a la terapéutica dilatadora o quirúrgica.