

T # 21 EPT, 5
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

CONTRIBUCION AL ESTUDIO
DEL
CANCER DEL ESOFAGO



TESIS DOCTORAL
PRESENTADA POR

JOSE EDUARDO ORTIZ

EN EL ACTO PUBLICO DE
SU DOCTORAMIENTO

MAYO DE 1955

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

CONTRIBUCION AL ESTUDIO
DEL
CANCER DEL ESOFAGO

TESIS DOCTORAL
PRESENTADA POR

JOSE EDUARDO ORTIZ

EN EL ACTO PUBLICO DE
SU DOCTORAMIENTO

MAYO DE 1955

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C. A.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

Dr. Romeo Fortín Magaña

SECRETARIO GENERAL

Dr. José Enrique Córdova

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO

Dr. Saturnino Cortez

SECRETARIO

Dr. Roberto Cuéllar



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Primer examen privado de doctoramiento

CLINICA OSTETRICA

Dr. Roberto Orellana V.

Dr. Antonio Lazo Guerra

Dr. Jorge Bustamante

Segundo Examen Privado de Doctoramiento

CLINICA MEDICA

Dr. Luis Edmundo Vásquez

Dr. Lázaro Mendoza

Dr. Benjamín Mancía

Tercer Examen Privado de Doctoramiento

CLINICA QUIRURGICA

Dr. Luis A. Macías

Dr. Carlos González Bonilla

Dr. Ricardo Posada

DOCTORAMIENTO PUBLICO

PRESIDENTE: Dr. Carlos González Bonilla.

PRIMER VOCAL: Dr. Salvador Infante Díaz.

SEGUNDO VOCAL: Dr. Narciso Díaz Bazán.



DEDICATORIA:

A mi padre:

Daniel Ortiz

A mis hermanos:

María Alicia, Oscar Armando
y Gladis Marina

A mi novia:

Sta. Concha Marina Iraheta

A mis maestros:

Dr. Carlos González Bonilla
Dr. Luis Edmundo Vásquez

A mis compañeros y amigos.



CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL
CANCER DEL ESOFAGO

PLAN DE TRABAJO

- A) INTRODUCCION
- B) BREVE RESEÑA ANATOMICA DEL ESOFAGO
- C) CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL CANCER DEL ESOFAGO
- D) CASUISTICA
- E) ANALISIS DE LOS CASOS ESTUDIADOS
- F) CONCLUSIONES



INTRODUCCION

Tiene por objeto el presente trabajo, no solo cumplir con el requisito previo a la opción del título de Doctor en Medicina que nos autorice a ejercer tan noble profesión, sino divulgar la frecuencia y caracteres particulares con que se presenta el cáncer del esófago en nuestro país y sobre todo dar a conocer lo que en materia terapéutica se puede hacer en el momento actual.

Dado el afán de superación científica de nuestros médicos en la actualidad, espero que el presente trabajo despierte su interés a fin de que el cáncer del esófago sea diagnosticado en forma precoz y su tratamiento hecho en la época que más beneficios puede obtener el enfermo, y de esta manera aumentar el número de éxitos terapéuticos obtenidos hasta ahora, que aunque pocos no pueden ser más halagadores.

Esperando que mis deseos se cumplan, réstame nada más agradecer al Dr. Carlos González Bonilla su valiosa colaboración, que permitió que esta tesis fuera llevada a feliz término.



CAPITULO I

BREVE RESEÑA ANATOMICA DEL ESOFAGO

El esófago es un conducto músculo membranoso de unos 23 a 25 cm. de longitud, que se extiende de la faringe al estómago. Comienza en el cuello en el borde inferior del cartílago cricoides, frente a la sexta vértebra cervical donde se continúa con la extremidad inferior de la faringe. Desciende por delante de la columna vertebral atravesando las partes superior y posterior del mediastino, perfora el diafragma y termina en el cardias del estómago a nivel de la onceava vértebra dorsal.

La dirección general del esófago es más o menos vertical pero sufre dos incurvaciones en su trayecto. En su origen se encuentra en la línea media pero casi inmediatamente se inclina hacia la izquierda, hasta la raíz del cuello y gradualmente se dirige hacia la línea media nuevamente alcanzándola a nivel de la quinta vértebra dorsal, luego se desvía nuevamente hacia la izquierda a nivel de la séptima vértebra dorsal dirigiéndose hacia adelante hacia el orificio esofágico del diafragma. Presenta también incurvaciones antero-posteriores que corresponden a las laterales ya mencionadas.

Presenta tres estrechamientos (algunos autores mencionan cuatro). a) en su origen a unos quince cm. de los dientes incisivos, llamado estrechamiento cricoideo; b) en el punto de su cruce con el bronquio izquierdo. Con respecto a este estrechamiento no hay acuerdo entre los diversos autores, ya que algunos lo colocan a nivel del cruce aórtico y otros como los franceses lo dividen en dos. c) Al atravesar el diafragma a unos 35 cm. de los incisivos. Su importancia clínica está en relación con el paso de instrumentos a través del esófago, particularmente en las esofagoscopías.

Relaciones: La porción cervical está en relación por delante con la tráquea a la cual está unido por tejido conjuntivo y fibras musculares que al estado normal son fácilmente dissociables; por detrás con la columna vertebral, la aponeurosis prevertebral y los músculos prevertebrales; lateralmente, a la derecha con la tráquea y a la izquierda con el lóbulo izquierdo de la glándula tiroidea, con la arteria tiroidea inferior y las venas tiroideas, también entra en relación con los nervios laríngeo recurrentes que se sitúan en el surco formado por la tráquea y el esófago.

La porción torácica del esófago está situada primero en el mediastino superior entre la columna vertebral y la tráquea un poco a la izquierda de la línea media, luego pasa a la derecha y un poco por detrás del cayado aórtico y descende por el mediastino posterior hacia la derecha de la aorta torácica descendente; más abajo

cruza la aorta por delante y penetra en el abdomen a través del diafragma, a nivel de la décima vértebra dorsal.

Por delante está; en relación con la tráquea, bronquio izquierdo el pericardio y el diafragma. Por detrás descansa sobre la columna vertebral, los músculos largos del cuello, las arterias intercostales posteriores derechas, el conducto torácico y las porciones terminales de las venas hemiaóxicas así como la vena ática, ya cerca del diafragma entra en relación con la parte anterior de la aorta.

A la izquierda está en relación inmediata con la porción terminal del cayado de la aorta, la arteria subclavia izquierda, el conducto torácico y la pleura izquierda; en el medio posterior se relaciona con la aorta torácica descendente y con la pleura izquierda, con el nervio laríngeo recurrente izquierdo finalmente.

Hacia la derecha está en relación con la pleura derecha y la vena ática que pasa entre ambos.

Por debajo de los pedículos pulmonares nervios neumogástricos descienden en íntimo contacto con el esófago, el derecho se coloca por detrás en la mayor parte de su trayecto y el izquierdo por delante, ambos se unen y forman un plexo que envuelve al esófago.

La porción abdominal del esófago mide 1.25 cm. según unos autores y según otros medirán entre 2 y 2.5 cms., esta porción está en relación con el lóbulo izquierdo del hígado y se encuentra recubierta por peritoneo solamente en su cara anterior y lado izquierdo, por detrás el esófago descansa sobre el pilar izquierdo del diafragma. La dirección que sigue en esta porción es hacia la izquierda para continuarse con el orificio gástrico llamado cárdias.

El esófago está irrigado en su porción cervical por ramas de las arterias tiroideas inferiores, en su porción torácica por ramas de la aorta torácica descendente y en su porción abdominal por ramas de la gástrica izquierda de los autores sajones o coronarias estomacales de los franceses y ramas de la diafragmática inferior.

Las venas de la extremidad superior desembocan en las venas áticas y hemiaóxicas.

Las de la extremidad inferior desembocan en la vena gástrica izquierda que es una tributaria de la vena porta.

La porción cervical del esófago está inervada por ramas de los nervios laríngeos recurrentes y de los troncos nerviosos simpáticos. La porción torácica recibe ramas del vago y del plexo esofágico así como de los troncos simpáticos y los nervios espláncnicos mayores. La porción abdominal está innervada por los troncos del vago, los troncos simpáticos torácicos, los nervios espláncnicos mayores y los plexos que rodean las arterias gástrica izquierda y frénica inferior.

En cuanto a los linfáticos del esófago, los capilares que se continúan directamente con los de la faringe hacia arriba y con los del

estómago hacia abajo, nacen en la mucosa la submucosa y los músculos.

Los ganglios que reciben los vasos linfáticos son los ganglios yugulares internos, los ganglios látero-traqueales, los ganglios intertraqueobronquiales, los ganglios del mediastino posterior y los del cardias.

El esófago está constituido por cuatro capas que yendo de fuera, adentro son: muscular, submucosa, muscularis-mucosa y mucosa.

La túnica muscular del esófago la forman fibras estriadas y fibras lisas las cuales se encuentran mezcladas en el cuarto superior del mismo, pero a medida que descienden aumentan las lisas poco a poco y ya en el tercio inferior son las únicas que forman la capa contráctil del conducto; las fibras estriadas reaparecen en la vecindad del cardias donde ellas forman una especie de esfinter. La túnica muscular del esófago se dispone en dos capas una interna circular y otra externa longitudinal.

La túnica submucosa está formada por un tejido conjuntivo elástico y móvil conteniendo los troncos vasculares y nerviosos destinados a la mucosa. Ella es la que permite a esta última desplazarse sobre los planos musculares.

La muscularis-mucosa está compuesta por fibras musculares lisas dispuestas longitudinales y circulares a la vez, hace su aparición en la unión de la faringe con el esófago a la altura del cartílago cricoides.

Finalmente la mucosa está formada por el corión y el epitelio. El corión está formado de fibras elásticas y conjuntivas que presentan sobre todo una dirección longitudinal. El epitelio es del tipo pavimentoso estratificado.

El esófago es un órgano esencialmente de tránsito. Es en el esófago que se verifica la última fase de la deglución, fase conocida con el nombre de fase o tiempo esofágico.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL CÁNCER DEL ESÓFAGO

El estudio del cáncer del esófago comprende un capítulo bastante penoso en la historia de la medicina, debido a que su tratamiento ha sido además de difícil infructuoso durante mucho tiempo, pero ya en los últimos años se han señalado éxitos en su tratamiento mediante el diagnóstico precoz y la mejora de las técnicas tendientes a curarlo.

Estudiamos en este capítulo: a) etiología, b) anatomía patológica, c) sintomatología, d) diagnóstico y e) finalmente el tratamiento.

ETIOLOGIA.— Antes de hablar de los factores mencionados como causa del cáncer del esófago, daremos algunos datos con respecto a su frecuencia.

La estadística vital de Estados Unidos reporta 2804 muertos por carcinoma del esófago en 1940, constituyendo el 2% del total de muertos por cáncer.

En Suiza Renaud señala que el cáncer del esófago constituye el 10% de todos los tumores malignos. En China se ha señalado que es muy frecuente, llegando a constituir el 50% de todos los tumores del tracto gastrointestinal.

Según estadísticas argentinas el cáncer del esófago ocupará el cuarto lugar entre todos los tumores malignos y el 7% de todos los carcinomas del tracto digestivo. Como se ve por todo lo anterior las estadísticas son sumamente variables según los diversos países.

En nuestro país. Posada, en su trabajo presentado en el último Congreso Centroamericano de Medicina celebrado en Honduras señala un caso carcinoma del esófago en 1616 casos de cáncer de su experiencia personal; sin embargo Sosa, en su tesis doctoral, basada en la revisión de 1750 casos de cáncer del Laboratorio de Anatomía Patológica del Hospital Rosales, encuentra el de esófago en el 1.03% del total, o sea 18 casos, y en el 15.38 por ciento de los del tracto gastrointestinal.

No se conoce la causa del carcinoma del esófago, pero se han mencionado numerosos factores como predisponentes, entre ellos la edad, el sexo, el alcoholismo, el fumado, causas psíquicas y espasmódicas, la ingestión de alimentos en forma rápida e irregular y otras más que no creo necesario mencionar.

En cuanto a la edad se ha encontrado que es más frecuente entre los 55 y 65 años que es sumamente raro antes de los 30 años.

El sexo masculino es el más frecuente atacado, la proporción media que los diferentes autores reconocen es de 5 a 1.

Otros factores como el alcoholismo y el tabaquismo se ha dicho que actúan por irritación local y en el caso del alcoholismo también por disminución de la resistencia del individuo.

Se ha dicho también que los espasmos crónicos de la neurópatas serían causa de esofagitis que finalmente degenerarían en cancer.

Lo mismo podría decirse la costumbre de tomar los alimentos en forma rápida y a menudo sumamente caliente, tal es lo que se ha dicho de la mayor frecuencia del cáncer del esófago entre chinos y también entre determinadas clases sociales.

Se ha mencionado también cierta predisposición hereditaria en los individuos que padecen cáncer del esófago pero tampoco ha podido demostrarse que realmente exista.

ANATOMIA PATOLOGICA.— El cáncer del esófago ocurre más frecuentemente en los sitios normalmente estrechados. Se ha establecido generalmente que en el hombre ocurre con mayor frecuencia en la estrechez que sufre el esófago a su paso por el diafragma, secundariamente en la porción media en la estrechez brónquica y finalmente en la estrechez cricoidea. En la mujer se ha dicho que ocurre más frecuente a este último nivel, pero Donaldson señala que lo ha encontrado igualmente en la porción media sea hombre o mujer.

Desde el punto de vista macroscópica se señalan tipos de carcinoma del esófago: 1) ulceroso, 2) poliposo y 3) infiltrativo difuso.

La forma ulcerosa es la más común y comienza como una pequeña lesión en la mucosa que después se extiende hasta afectar toda la circunferencia del esófago, formándose después una úlcera grande y profunda, de base consistente y bordes indurados. El tipo poliposo consiste en una masa que hace salientes en la luz. Finalmente la forma infiltrativa difusa, convierte a la mayor parte del esófago en un tubo estrecho y endurecido sin que existan ulceraciones.

En todos los tipos hay fijación del órgano a las estructuras vecinas y a veces propagación directa de la neoplasia al pericardio, a la pleura y el mediastino.

Esta propagación directa a los órganos vecinos y al mediastino es la que puede dar origen a numerosas complicaciones, tales, como perforaciones de la tráquea y bronquios, las cuales explican la disnea, tos y ronquera que se presentan en los casos avanzados; la perforación de la aorta que produce siempre hemorragias mortales se produciría también por el mismo, así como las mediastinitis y abscesos pulmonares que algunas veces acompañan al cáncer del esófago en sus fases finales.

En relación con las metástasis la mayor parte de autores concuerdan en su rareza. Turner y G. Grey estiman por los resultados de su intervenciones quirúrgicas y de su autopsias, que por lo menos los tres cuartos de los carcinomas del esófago quedan limitados a su sitio de origen hasta la muerte del paciente. J. Ewing opina en su libro Oncología, que una vez atravesada la capa fibrosa sobreviene con rapidez extraordinaria la extensión de las metástasis por

los vasos linfáticos dando lugar a tumores secundarios en el cuello, el tiroides, la pleura el pulmón y el hígado.

Desde el punto de vista histopatológico se puede considerar dos tipos de cáncer del esófago, (epitales) o carcinomas y mesenquimatosos o sarcomas.

Dentro del primer grupo pueden considerarse diferentes variedades según el tipo de epitelio predominante, así veremos carcinoma epidermoide o espinocelular, carcinoma basocelular y carcinoma de célula transicionales.

El carcinoma epidermoide es el tipo propiamente esofágico. En el tercio inferior generalmente pueden encontrarse adenocarcinomas que es el tipo del cáncer gástrico. No hay acuerdo definitivo sobre el origen de este último, para unos estaría en las glándulas esofágicas y para otros en islotes aberrantes de mucosa gástrica.— Según R. A. Moore cerca del 90 por ciento de los carcinomas del esófago son carcinomas epidermoides y el 10 por ciento adenocarcinomas. Como veremos más adelante en nuestros casos el epidermoide es el más frecuente.

SINTOMATOLOGIA.— Al estudiar la sintomatología del cáncer cualquiera que sea su localización debe dársele suma importancia a los síntomas que precozmente denuncien la existencia del tumor maligno y nunca deberá esperarse encontrar los cuadros completos que señalaban los autores antiguos, pues como es muy bien sabido en la actualidad, ellos se presentan sólo en los casos avanzados y por lo general incurables. Estudiaremos pues los síntomas yendo de los que se presentan precozmente a los que lo hacen tardíamente.

Disfagia.— Es el síntoma más precoz en cáncer del esófago, sin embargo puede presentarse muchas veces hasta varios meses después de iniciado el proceso.

Se inicia en forma intermitente y generalmente sólo para los sólidos, mientras tanto los líquidos son ingeridos con facilidad; esto tiene importancia para su diferenciación del cardioespasmo, ya que en esto último los sólidos son mejor tolerados que los líquidos. Posteriormente la disfagia se instala en forma definitiva, es entonces cuando el enfermo generalmente acude al médico, por lo menos en nuestro medio. Se debe pues desconfiar de las disfagias de aparición lenta y progresiva, ya que el grado de obstrucción causada por el cáncer del esófago estará siempre en relación directa con el tiempo de iniciación del síntoma disfagia. Es a partir de la instalación definitiva de este síntoma que el paciente comienza a observar pérdida de peso, el cual aunque no es un síntoma precoz no siempre significa inoperabilidad.

La presencia de disfagia de los 50 años en adelante especialmente si se trata de un hombre, debe hacer presumir el diagnóstico de cáncer del esófago.

En los casos avanzados la disfagia llega a tal grado que al paciente le es casi imposible la ingestión de alimentos líquidos y aun de su propia saliva.

Dolor.— Es un síntoma frecuente y por lo general tardío, se acentúa en relación directa con la evolución del tumor. Su localización es retroesternal, se manifiesta con un ardor poco intenso que puede irradiarse, según la localización tumoral hacia la garganta, hacia atrás al dorso o al abdomen, su intensidad aumenta con la deglución.

Vómitos.— Dependen del grado de estrechez causado por el crecimiento del tumor, por lo que podemos decir que se trata más bien de fenómeno tardíos. Tienen por características aparecer después de las comidas y los alimentos no aparecen digeridos. Se ha señalado algunas veces la ausencia de estos síntomas y en cambio la existencia de ganglios mactastáticos cervicales o supraclaviculares.

Ronquera.— Como dijo al principio no es un síntoma precoz y se presenta por inclusión del laríngeo recurrente. Cuando este síntoma existe el caso es inoperable.

Tos—Igual q' el anterior es un síntoma tardío y puede ser producido por la irritación o la presencia de una fístula entre el esófago y la tráquea o bien entre el esófago y los bronquios. Puede ser producida también por el desbordamiento de los alimentos por la laringe.

La hemorragia es un síntoma poco frecuente, aparece cuando el tumor ha erosionado un vaso esofágico. Puede presentarse como accidente terminal cuando la neoplasia perfora la aorta.

DIAGNOSTICO.— Después del estudio de los síntomas ya mencionados debemos dirigir nuestra atención hacia el encuentro de síntomas objetivos evidenciados por la radiología y la endoscopía.

El examen radiológico deberá ser siempre radioscópico y radiográfico.

El estudio radiológico debe hacerse con la ingestión de sustancias opacas a los rayos X tales como el bario. La mezcla debe ser más espesa que la que se usa corrientemente para que su descenso se verifique muy lentamente y además porque siendo más adherente se visualiza mejor la mucosa y de esta manera el estudio fluoroscópico es hecho en mejores condiciones.

Cuando el primer examen radiológico es negativo y los síntomas de disfagia persisten, entonces deberán hacerse nuevos exámenes radiológicos. Se aconseja que las radiografías sean tomadas en ambas posiciones oblicuas, pues de esta manera se visualiza mejor el esófago.

Otro examen sumamente importante en diagnóstico del cáncer del esófago es la esofagoscopía la cual muchas veces descubre lesiones que la radiografía es incapaz de delatar. La esofagoscopía debe acompañarse de biopsia de las lesiones sospechosas encontradas en

las paredes del esófago, cuyo estudio histopatológico, nos permitirá hacer el diagnóstico final de cáncer del esófago.

Se ha señalado por casi todos los autores que si aparece estrechez radiográfica sin que haya historia de ingestión de sustancias corrosivas, dicha estrechez es casi patognomónica de cáncer del esófago.

Sin embargo en los estados iniciales del cáncer del esófago algunas veces resulta difícil aún en ausencia de ingestión de sustancias corrosivas hacer el diagnóstico de cáncer del esófago solamente por la estrechez señalada radiográficamente, pues en estos estados muchas veces se encuentra un espasmo reflejo y las lesiones orgánicas no son aún visibles, lo que hace en ocasiones señalar a estos pacientes como padeciendo de un esófagoespasmo. Lo anterior hace resaltar la importancia de la acción combinada del radiólogo, el cirujano y el patólogo en el diagnóstico precoz del cáncer del esófago.

El diagnóstico (diferencial) se hace con las siguientes entidades patológicas: con una cicatriz retráctil ocasionada por quemaduras de origen químico o calórico, es fácil de descartarla por el interrogatorio, además de que esta clase de lesiones se acompaña casi siempre de una dilatación notable por encima de la lesión.

Con lesiones terciarias sifilíticas en la actualidad muy raras, además de que un examen serológico negativo nos permitirá descartarla con seguridad; con lesiones tuberculosas en las cuales la esofagoscopia y la biopsia son de mucho valor diagnóstico.

Con una úlcera del cardias afección muy rara que generalmente acompaña al mogaesófago, en este caso también la radiografía y la esofagoscopia son decisivas en el diagnóstico.

Con el esófagoespasmo, afección frecuente con la cual el diagnóstico diferencial se vuelve a veces sumamente difícil. En el cáncer del esófago puede haber dilatación por arriba de la lesión, pero nunca tan pronunciada como en el cardiospasmo, esto es demostrable radiográficamente. Olsen, Holman y Andersen en un estudio sobre el esófagoespasmo señalan que cuando habiendo agotado los medios de investigación la duda persiste, si se trata de un espasmo o de una lesión orgánica maligna, la exploración transtorácica se justifica. Sin embargo creo que deben ser muy pocos los casos en que tal situación se presenta.

TRATAMIENTO.— El tratamiento del cáncer del esófago ha constituido durante mucho tiempo un problema bastante serio tanto por su condición maligna como por la dificultad en la aplicación de los métodos considerados como curativos. Igual que en todos los cánceres se ha aplicado dos clases de terapéutica, radium y rayos X por una parte y cirugía por otra.

En la actualidad radium y rayos X se emplean muy poco, pues su aplicación es un tanto difícil y sus resultados han sido bastante pobres. Se emplean más que todo como paliativos pues mejoran la

deglucion, pero tambien se ha senalado la mayor frecuencia de complicaciones en relacion con su uso en otras localizaciones del cáncer.

Puede decirse que el tratamiento del cancer del esofago es en la actualidad esencialmente quirurgico, principalmente si el diagnostico se hace precozmente y en manos experimentadas.

Haciendo un poco de historia nos encontramos con que fue Rehn en 1895 quien movilizó el esofago extrapleuramente por primera vez, Raure en 1903 extirpó en dos pacientes un carcinoma del esofago extrapleuramente y luego en 1907 Wendel reseco el extremo inferior del esofago y restableció la continuidad esofagogastrica mediante una anastomosis término-lateral con un boton de Murphy, pero no fue sino hasta 1913 que se practicó la primera resección exitosa del esofago por carcinoma la cual fue verificada por F. Torek; llevó la extremidad superior del esofago al cuello y luego restableció la continuidad del tracto digestivo mediante un tubo de hule conectado a una gastrostomía, su paciente vivió muchos años más. Luego la cirugía del cáncer del esofago permaneció más o menos estacionaria y no ha sido sino hasta en los últimos 15 años que ella ha alcanzado un desarrollo verdaderamente notable que se compara con el desarrollo de la cirugía del tórax en general.

Indudablemente que a este desarrollo ha contribuido mucho el adelanto de las técnicas anestésicas, el advenimiento de los antibióticos y la mejora en los cuidados pre y postoperatorios.

En la actualidad hay varios cirujanos que pueden vanagloriarse de tener un número regular de éxitos en su experiencia personal con la resección esofágica por cáncer del esofago.

En un trabajo del Dr. S. A. Mackler aparecido en The Journal of Thoracic Surgery del mes de Octubre de 1954 sobre un método paliativo de la obstrucción esofágica mediante el uso de tubos intraluminables, hace una revisión de 2500 casos de cáncer del esofago de los cuales en el 35 por ciento hubo resección esofagica, con una mortalidad operatoria aproximada del 40 por ciento y 28 casos con más de 5 años de sobrevida. En dicha revisión señalan mortalidades operatorias tan bajas como el 11 por ciento y tan altas como el 80 por ciento. La primera en el caso de lesiones del esofago y cardias y la segunda en el caso de lesiones del esofago medio y el superior. Es a Sweet a quien pertenece mortalidad tan baja y es también quien aparece con mayor número de casos. Debo aclarar que en los casos de la revisión citada no se usaron tubos intraluminales.

En nuestro Hospital Rosales quien mas experiencia tiene en estas clases de cirugía es el Dr. Carlos González Bonilla pues muchos de los casos que cito son precisamente los que él ha intervenido.

En la actualidad el procedimiento que mas se prefiere es verificar la excisión de la región tumoral y luego llevar el estómago a la cavidad torácica para verificar en ella la anastomosis esofagogastrica, realizando así la continuidad del tracto digestivo en una so-

la sesión, sin importar la altura a que se encuentre la lesión. Hay cirujanos que aconsejan este mismo procedimiento como medida paliativa cuando las lesiones están situadas en el esófago inferior.

La mayor mortalidad operatoria se encuentra en las intervenciones sobre el esófago medio y superior debido indudablemente a las mayores dificultades técnicas encontradas en su realización.

Citando nuevamente la revisión ya mencionada encontramos lo siguiente: Sweet en casos de operaciones sobre esófago medio y superior tiene una mortalidad operatoria de 24.3 por ciento, en tanto que en las del esófago inferior y cardias es de 11.6 por ciento; Wu y Loucks igualmente tiene cifras del 23.3 por ciento y 16.6 por ciento respectivamente.

Todas estas intervenciones se realizan mediante una toracotomía la cual se hace a diferentes niveles según la altura de la lesión y la experiencia de cada cirujano, generalmente la toracotomía se hace del lado izquierdo; pero otros proponen verificar las intervenciones sobre el esófago medio y superior por carcinoma mediante una vía de acceso tóraco-abdominal, realizada en forma simultánea y combinada por dos cuerpos de cirujanos, unos en el abdomen y los otros en el tórax, acortando de esta manera el tiempo operatorio.

Otros cirujanos prefieren restablecer la continuidad del tracto alimenticio mediante el uso de asas del intestino delgado o de intestino grueso, presentan el inconveniente de las necrosis que algunas veces se presentan en el asa trasplantada, también se ha señalado el desarrollo de úlceras pépticas.

Estos últimos métodos son empleados con relativa poca frecuencia y en general se les prefiere cuando no es posible movilizar el estómago, es decir como un medio más que paliativo.

Otro método que también ha sido empleado para restaurar la continuidad del tracto alimenticio es la creación de tubos de piel, particularmente en el esófago cervical, pero se ha tropezado con el inconveniente de la frecuencia con que se presentan estrecheces, requiriendo nueva intervención ya que resultan inútiles las maniobras de dilatación con bugías. En el hombre también presentan el inconveniente de crecimiento de pelos, el cual no ha podido ser resuelto satisfactoriamente. Esta operación fue ideada por Wookey.

Finalmente mencionaremos el uso de tubos de material plástico generalmente empleados en las lesiones del esófago cervical. S. A. Mackler propone el uso de estos tubos de material plástico en las lesiones inoperables del esófago inferior; este método sería empleado en el momento de hacer la toracotomía exploradora y encontrar el cáncer del esófago inoperable, el tubo se introduciría a través de una abertura practicada en el esófago por encima del tumor y sirviéndole de guía una sonda de Levín previamente introducida hasta el estómago a través de la misma abertura después de haber practicado dilatación de la estrechez; luego se pasa la sonda de Levín.

hasta la nariz por vía retrógrada y se cierra la esofagotomía. Por este medio dice el autor ha observado mayor tiempo de sobrevida y con menos incomodidad que habiendo hecho una gastrostomía o una yeyunostomía.

Como la mayoría de los cánceres esofágicos se originan por debajo del arco aórtico y como las diversas estadísticas lo demuestran son los que menos mortalidad operatoria tienen, además de que esta región ofrece mayores facilidades para la extirpación de tejido mediastinal o nódulos linfáticos que se sospeche que se encuentren invadidos, la esofagectomía con anastomosis esofagogástrica resultará siempre en estos casos el método de elección, ya sea como curativo o como paliativo. En cambio en las lesiones altas donde hay temprana invasión de la arteria pulmonar izquierda, los bronquios, el arco aórtico, el conducto torácico y los nervios laríngeos recurrentes, resultarán mejor como medio paliativo, los procedimientos que utilizan tubos de material plástico para remplazar el esófago.

Indudablemente para tener mejores probabilidades de éxitos en los procedimientos a usar como curativos habrá que hacer un estudio completo de las condiciones generales del paciente para verificar su preparación preoperatoria en forma racional. Generalmente estos pacientes muestran los efectos de un período de iniciación más o menos o corto y en los exámenes practicados se les encuentra padeciendo de anemia, disminución del volumen sanguíneo e hipoproteinemia. Para corregir estos déficits se necesita la administración de transfusiones sanguíneas, la administración de una dieta alta en calorías y rica en proteínas, vitaminas y sulfato ferroso cuando esté indicado. La dieta algunas veces habrá necesidad de administrarla exclusivamente líquida y por sonda de Levín en ocasiones, según el grado de estrechez esofágica existente.

También se hará un chequeo completo de los diversos aparatos ya que tratándose de pacientes viejos muy bien pueden encontrarse otras condiciones patológicas asociadas que pudieran complicar la intervención quirúrgica.

Cuidados post-operatorios.— Antes de cerrar la insición deberá inyectarse cien mil unidades de penicilina y un gramo de estreptomina diluidos en 65 cc. de agua destilada, la mitad en el abdomen superior y la otra mitad en el mediastino.

La administración de dichos antibióticos se continuarán por vía intramuscular hasta que la sospecha de cualquier infección intratorácica o abdominal haya pasado.

La administración de oxígeno se hace de preferencia en tienda o bien por vía intranasal, es empleada durante las primeras 24 horas, después de las cuales puede ser suprimida en el caso promedio.

En los pacientes a quienes se les ha practicado anastomosis esofagogástrica supraaórtica o intracervical, debido a las incisiones grandes, a las disecciones extensas en el mediastino así como la pre-

sencia del estómago casi por entero dentro de la cavidad torácica, la normalización de la función respiratoria será más lenta, por lo que habrá que prolongar la administración de oxígeno por más tiempo, hasta 3 o 5 días.

Sweet recomienda que la sonda de Levin, que se coloca en estos operados, si la anastomosis es bastante baja deberá dejarse solamente por 24 horas debido a que el drenaje es poco y al peligro de necrosis en los sitios de sutura provocada por la misma; pero cuando la anastomosis es supraaórtica o intracervical habrá que dejar la sonda dentro del estómago por un período de tres o cuatro días. Esto último se debe al peligro de la distensión gástrica con la consiguiente dificultad respiratoria provocada por un estómago en esas condiciones, además será necesario colocar nuevamente la sonda de Levin si las regurgitaciones reaparecen.

El tubo de drenaje intratorácico podrá ser extraído en las primeras 48 horas ya que en la actualidad con el uso adecuado de los antibióticos la aparición del empiema es rara, pero debe controlarse debidamente al enfermo para combatir rápidamente esta complicación si aparece.

Durante los primeros días después de la intervención la administración de líquidos se hace casi exclusivamente por vía endovenosa, glucosa, aminoácidos, vitaminas y cuando el caso lo requiere sangre total.

La administración de líquidos, por vía oral puede comenzarse 24 horas después de la intervención con una onza de agua cada hora, 48 horas después se puede aumentar a dos onzas. Hacia el quinto día puede darse leche aumentando las cantidades por hora. Después de este día las cantidades y el carácter de la alimentación puede aumentarse de acuerdo con la habilidad de cada paciente para tomarlos, gradualmente se aumentará pues la cantidad de los alimentos y los intervalos entre los mismos. Sin embargo hay pacientes que regulan su alimentación de modo que hacen seis comidas. En todo caso el paciente no debe ser urgido a tomar sus alimentos en determinada forma.

La movilización de estos pacientes modernamente se hace a partir del segundo día de operados, sin embargo en los que han sufrido anastomosis esofagogástrica supraaórtica o intracervical la movilización se hará más tardíamente debido al retardo en la normalización de la función respiratoria.

El peso de estos pacientes generalmente disminuye en los primeros días después de operados, debido a la falta de normalización de la alimentación de operados, debido a la falta de normalización nutritiva aún cuando no sea en grandes cantidades.

El hecho de que no pueden hacer sus alimentaciones normales se debe en parte a la distensión del estómago y a la disminución del peristaltismo por resección del nervio vago que retarda el vaciamien-

to del mismo. La explicación puede residir otras veces en la disminución de la capacidad del estómago debida a la resección del fundus o bien en la hipertonicidad del píloro. Se comprenderá por todo lo anterior que es difícil que esta clase de pacientes recuperen su peso normal.

La regurgitación puede ser otra queja frecuente de estos pacientes recién operados y sucede generalmente cuando se acuésa poco tiempo después de las comidas, deberá recomendársele entonces que deje pasar un tiempo prudencial de dos horas antes de acostarse.

Otras veces, aunque raras, puede presentarse disfagia por estrechez, en este caso habrá que practicar dilatación con bugías.

Anestesia.— Los disturbios fisiológicos con la abertura del tórax han creado problemas especiales para el anestesista. El oxígeno deberá ser suplido en suficiente cantidad y el CO₂ debe ser removido continuamente. Para efectuar esto debe haber adecuado cambio gaseoso entre los alvéolos y los capilares y suficiente volumen sanguíneo deberá encontrarse circulando para llevar el oxígeno a los tejidos.

En tanto que los principios arriba mencionados permanecen los mismos habrá variación en la técnica anestésica con cada procedimiento quirúrgico. En el caso particular de la cirugía del esófago por cáncer, la anestesia se hará por un método cerrado e intubación intratraqueal y el anestesista deberá pedir al cirujano suspender la intervención para verificar la expansión pulmonar cuando lo considere necesario.

Las sustancias anestésicas empleados para la inducción varían con la experiencia de cada anestesista, en tanto que el mantenimiento siempre se hace con eter y oxígeno.

CASUISTICA

Presentaré a consideración 24 casos de cáncer del esófago, encontrados al revisar tanto los archivos de la sección de Estadística como los del Laboratorio de Anatomía Patológica del Hospital Rosales.

De los 24 casos 20 tiene comprobación histopatológica, en tanto que las cuatro restantes solamente radiológica por falta de colaboración del personal especializado algunas veces y otras de los pacientes mismos.

También hay casos en los cuales solo se encontró el dato de la biopsia debido talvez a descuido del personal del archivo médico del hospital que permite que algunos protocolos se extravíen y también a la falta de historia clínica en algunos cuadros. Sin embargo creo que siempre es necesario dar a conocer estos casos ya que es de la única manera, conociendo los errores cometidos, que se podrá evitar

que en el futuro se repitan, para bien del paciente que consulta y de la medicina salvadoreña en general.

CASO No. 1

T.C. del sexo femenino, no aparece la edad.

Muestra tomada de región cardiaca del esófago en Septiembre de 1945.

Estudio macroscópico: La muestra recibida se compone de aproximadamente 3 cms. de la región inferior del esófago y 3 cms. de la región cardiaca del estómago, ambas estructuras sumamente engrosadas, al corte muestran una estructura uniforme, blanquecina de consistencia blanda.

Estudio microscópico: las estructuras musculares están bastante perdidas y en sus intersticios se encuentran grandes masas epiteliales constituidas principalmente por células bien cornificadas de núcleo pequeño, con puentes intercelulares manifiestos, que evidencian una formación neoplástica de tipo acantoma. Hay abundantes glándulas de tipo cardiaco que conservan su estructura normal.

Conclusión: Acantoma del esófago.

CASO No. 2

M. A. del sexo masculino, de 60 años de edad, ingresa el 31 de Octubre de 1946.

No hay historia clínica, solamente aparece que el 7 de Noviembre se practica una esofagoscopia, en la cual se encuentra que hay una región irregular y sangrante a 32 cm. de la arcada dentaria, que tiene aspecto de neoplasma.

El estudio radiológico practicado mencionaba: hay una obstrucción casi completa del esófago a 13 cms. abajo de la horquilla esternal. Esta obstrucción es debida a un carcinoma del esófago.

Exámenes complementarios: G. R. 4.610 000, Hb. 71 por ciento, Índice de color 0.95, Leucocitos 10.000, E. 2, B. 1, N. 80, L. 16, M. 1, Examen de orina negativo.

La contestación de la biopsia dice: se aprecia en una zona del epitelio un proceso marcado de hiperacantosis. En otros sitios el proceso ha penetrado el corion tornándose sospechoso de malignidad.

El 19 de Noviembre se interviene quirúrgicamente practicando una toracotomía izquierda, resecando 7a. costilla. Al explorar el esófago no se encontró nada de particular, por lo que se cierra sin practicar esofagectomía.

El paciente falleció el 10 de Diciembre del mismo año. Le fue practicado autopsia, y el estudio macroscópico del esófago dice: a 10 cms. del cardias se encontró un engrosamiento fibroso de las pa-

redes del esófago en una altura de un cm. aproximadamente que obstruía casi completamente su luz. Arriba de esta estrechez y en la pared anterior del esófago se apreciaba una ulceración de 2 cms. de diámetro ligeramente elevada, de diámetro mayor vertical y cuyo fondo descansaba sobre la bifurcación de la tráquea. El estudio microscópico concluye que se trata de un carcinoma malpighiano espinocelular.

CASO No. 3

V. Q. O. de 60 años de edad, del sexo masculino, archivo 475, ingresa el 3 de Febrero de 1949 al Zo. S. H. consultando por dolor epigástrico sobre todo al comer.

Historia: hace más o menos un año al comer siente dolor súbitamente en el epigastrio el cual es de carácter suave y se acentúa al ingerir alimentos sólidos.

No se irradia. Generalmente vomita los alimentos que toma y de esta manera siente alivio. En la actualidad, a consecuencia de la distasia, solamente toma alimentos líquidos; ha rebajado de peso y padece estreñimiento. 2 días antes de su ingreso le había sido tomada radiografía del esófago: hay defecto de relleno en el tercio inferior del esófago, debido probablemente a un proceso neoplástico. Se sugiere esofagoscopia.

Antecedentes familiares sin importancia. Antecedentes personales: ha padecido gonorrea tres veces, ha sido reumático. Fumador moderado.

Examen físico: paciente afebril emaciado, de tegumentos moreno pálidos, tranquilo. En región supraclavicular pequeña tumoración.

Aparato digestivo: dentadura en mal estado. faltan numerosas piezas, lengua saburral amígdalas y faringe O. Dolor a la presión a nivel del hipocondrio izquierdo y región lumbar. El resto del examen físico es negativo. Impresión clínica: Neo del esófago.

Exámenes complementarios. (4 de Febrero). Hemograma: G. R. 3.400 000, Hb. 10.2 grs. 60 por ciento. G. B. 11.000, B. O, E. O, N. 76, L. 18, M. 1.

Examen de orina negativo. Electrocardiograma de Feb. 8 dice: conclusión. Electrocardiograma probablemente normal.

El 10/II/49 le es practicada gastrostomía porque no se pudo practicar esofagoscopia. Fallece el 19 del mismo mes.

En la autopsia referente al tracto gastrointestinal dice lo siguiente: en el tercio inferior del esófago hay una excavación anfractuosa que contiene una secreción mucopuriente. La superficie externa de esta zona tiene adherencias firmes con los tejidos vecinos y con el lóbulo inferior del pulmón derecho presenta franca continuidad. Estómago: mucosa atrófica y en región prepilórica de la pared

anterior hay obertura que da paso a una sonda de las llamadas rectales

Estudio microscópico del tumor: diversas muestras tomadas de la zona ulcerada del esófago muestran estructuras carcinomatosas muy rica en globo córneos y que no penetran muy profundamente en las tunicas musculares del mismo.

Diagnóstico anatómico: cáncer del esófago.

CASO No. 4

P. A. M. de 50 años de edad, del sexo masculino, archivo 1602, ingresa al 3o. M. H. consultando por dolor de estómago el 7 de Marzo de 1949.

En esa ocasión le fue diagnosticada úlcera duodenal. No aparecen datos de tratamiento ni la fecha del alta.

Reingresa el 13/VIII/49 al 2o. S. C. H. consultando por vómitos constantes.

Historia: se inician sus padecimientos un año antes de su ingreso con sensación de pesantez y náuseas después de las comidas, vomitando parte de lo ingerido; varios días más tarde después de una crápula tuvo una hematemesis acompañada de agudo dolor epigástrico y durante 8 días defecaciones con sangre negruzca. No ha vuelto a tener hematemesis. Los vómitos después de las comidas han ido en aumento de tal manera que desde hace cuatro meses los alimentos sólidos son vomitados en su totalidad en tanto que los líquidos sólo en parte.

Hay sensación de opresión retroesternal con las comidas.

Antecedentes familiares sin importancia. Antecedentes personales: chancro 20 años antes, paludismo en su infancia. Alcohólico y fumador moderado.

Examen físico.— Temp. 37o., P. 52, P. A. 100/70. Enfermo enflaquecido y pálido. Y el resto del examen excepto por adenopatías.

Aparatos circulatorios y respiratorios negativos supraclaviculares e inguinales bilaterales, es negativo.

El día de su ingreso le es tomada radiografía del esófago: hay espasmo marcado del cardias con disminución del calibre y dilatación del esófago, probablemente debido a espasmo o proceso orgánico. Se sugiere esofagoscopia.

Exámenes complementarios: Hemograma.— G. R. 3.550.000, Hb. 70 por ciento, G. B. 7.500, N. 78 E. 3, B. O, L. 16, M. 3. Eritrosedimentación 19 mm. x h. Tiempo de coagulación 6 m. Tiempo de sangramiento 2 m. Eagle positivo 2 cruces. Ex. de orina negativo.

El 20/VIII/49 nueva radiografía del esófago: se confirma el diagnóstico de carcinoma de la porción distal del esófago y cardias.

El 24 del mismo mes se practica esofagoscopia y biopsia.

El laboratorio contesta: en los fragmentos remitidos se aprecia

la evidencia de un proceso inflamatorio subagudo con metaplasia espinosa de algunas glándulas. Dr. E. F.

El primero de Septiembre le es practicada resección de la neoplasia y anastomosis esofagogástrica. Falleció el cinco del mismo mes.

El estudio histopatológico de la pieza operatoria concluye: adenocarcinoma del esófago.

En los datos de la autopsia se encontró como causa de la muerte además del cáncer del esófago, pleuresía del lado izquierdo, hiperemia pulmonar bilateral y colapso pulmonar izquierdo.

CASO No. 5

R. V. R. de 50 años de edad, del sexo masculino.

Archivo 30590.

Ingresa el 11 de febrero de 1950, consultando por dificultad para tragar.

Historia.— Se inician sus padecimientos un mes antes de su ingreso, con dificultad para tragar alimentos sólidos y dolor retroesternal después de la ingestión, este dolor permaneció continuo durante 24 h. impidiéndole alimentarse durante ese lapso de tiempo. Con el transcurso de los días esta sintomatología se ha ido acentuando, siéndole posible después solamente la ingestión de líquidos; a su ingreso en este centro aún los líquidos le provocan dolor y regurgitaciones. Ha rebajado 70 lbs. en los últimos 6 meses.

No se señalan antecedentes familiares ni personales de importancia.

El examen físico fue completamente negativo, excepto por una escabiosis generalizada y una hernia inguinal derecha recidivante. I. C. Esófagoespasmo.

El 14 de Febrero le toman radiografía del esófago, cuya contes-tación dice: Hay una disminución de calibre del tercio inferior del esófago, a nivel del cárdias y defecto de relleno del fondo del estómago, debido a un proceso ulceroso neoplástico de la extremidad distal del esófago y fondo del estómago.

Hemograma: G. R. 3.050 000, Hemogl. 9.4 gr. 65 por ciento. Examen de orina negativo, examen de heces positivo a sangre oculta. Fue dado de alta 7 días después de su ingreso, por haberlo exigido el paciente. No se le hizo ningún tratamiento.

CASO No. 6

F. C. T. de 70 años de edad, del sexo masculino, archivo 3208.

Ingresa el 20 de Marzo de 1950, consultando por dificultad para tragar, vómitos después de comer y dolor en hipocondrio izquierdo.

Historia.— Se inician sus padecimientos 4 meses antes de su

ingreso, con dificultad en la ingestión y náuseas después de éstas que poco tiempo después va seguida por vómitos de alimentos no modificados. Cuando ingería alimentos sólidos se presentaban además dolor y opresión torácica con sensación de llenazón en el estómago. Actualmente le es imposible la ingestión de toda clase de alimentos. Ha enflaquecido mucho y sus cámaras son verificadas cada 8 días. Antecedentes familiares sin importancia. Entre sus hábitos señala ser fumador de puros, no alcoholista desde hace 2 años.

Examen físico: T. 37o., T. A. 100 x 50. Paciente emacido, cuyo examen de los diferentes aparatos es negativo. En el epigastrio se ordenó una esofagoscopia para lo cual fue llevado varias veces al servicio del Tisiología sin q' se le practicara ninguna. El 24 /III/50 le fue tomada una radiografía del esófago, la cual fue contestada así: Hay un defecto de relleno del tercio superior del esófago, probablemente debido a proceso tumoral. Sugiero la conveniencia de esofagoscopia.

A su ingreso le fueron practicados los siguientes exámenes de laboratorio: Hemograma G. R. 3.280.000. Hg. 9.4 gr. 65 por ciento. Vol. Gl. M. 90. Conc. Hb. glob. media 32, Hb. glob. media 29. G. B. 7.200, N. 53, Eos. 3, B. 1, L. 39, M. 4.

Ex. de orina negat. P. T. 63.05. S. A. 36.85, S. G. 22.20, Rel. A/G. 1. Eritrosedimentación. 30 mm x h. Eagle negat.

El tratamiento del paciente consistió: dieta líquida, tintura de belladona, dextrosa al 5 por ciento en solución salina fisiológica, levadura de cerveza y sulfato ferroso. En mayo 8 aparece una nota indicando que el paciente continúa presentando regurgitación constante de alimentos, sin haber tomado una decisión terapéutica por falta de esofagoscopia. Ese mismo día el paciente exige el alta y sale del hospital en el mismo estado. Diagn. Cáncer del esófago.

CASO No. 7

I. G. B. de 50 años de edad y del sexo femenino, registro No. 51849, ingresa al 6o. servicio de Cirugía, consultando por dificultad para tragar.

Historia.— Se inician sus padecimientos tres meses antes de su ingreso, con sensación de ardor y dolor a nivel del tercio inferior del estérón cada vez que ingiere sus alimentos, particularmente si estos eran sólidos. Hace 2 meses comienza a regurgitar los alimentos, acompañándose este síntoma de abundante salivación. Ha enflaquecido bastante, no ha tenido hematemesis y sus cámaras las verifica cada 6 días.

En el examen físico se anota: paciente enflaquecida, de tegumentos y mucosas pálidas, pulso, temperatura y tensión arterial son normales. El examen de los diferentes aparatos es negativo.

Previo al ingreso al Hospital le había sido tomada una radio-

grafía del esófago, cuya contestación es la siguiente: hay estrechez y deformidad de la mucosa en el tercio inferior del esófago, probablemente debido a proceso ulceroso maligno.

Después de una semana de tratamiento con sulfato ferroso, hígado I. M., suero mixto y alimentación líquida, se practica esofagoscopia cuyo reporte dice así: Previa anestesia local con percaína, se introduce esofagoscopio, encontrando en el tercio inferior del esófago una tumoración irregular en coliflor que sangra fácilmente, por esta razón no se toma biopsia.

El 10 de Octubre le es practicado nuevo estudio radiológico que dice: El examen radiográfico del tubo digestivo superior, demuestra esófago normal en su primera porción. Hay un defecto de relleno a nivel de la unión de tercio medio e inferior como de 6 cm. de longitud, que se extiende hasta la última porción del esófago. Hay obstrucción casi completa de la luz con deformación de la mucosa. Estos hallazgos son probablemente debidos a carcinoma de la porción distal del esófago.

Exámenes complementarios.

Hemograma: G. R. 2.910 000, Hb. 8.7 gr. 80 por ciento, V. G. 1.03. G. B. 7.800, N. 78, E. 9, B. O, L. 12, M. 1. Eritrosedimentación 31 mm. x h.

T. S. 2 m., T. C. 4 m. Eagle P. 3 cruces. Orina negativa.

El 17 de Octubre le fue practicada una gastrostomía paliativa.

El post-operario fué afebril, se le administró durante el resto de su estancia hospitalaria penicilina y estreptomina, alimentándola por la sonda gástrica. Alta el 28 de octubre, mejorada y con indicación de alimentación solamente por la sonda.

CASO No. 8

C. C. D. de 55 años, del sexo masculino, archivo 53.662, ingresa el 21 de Octubre de 1950 al 2o. Servicio de Cirugía, consultando por dificultad para tragar.

Historia.— Se inician sus padecimientos hace 8 meses, con ligera dificultad para tragar alimentos sólidos, acentuándose dicha dificultad 2 meses después.

Hace tres meses le extrajeron sus piezas dentarias, a consecuencia de lo cual se vió sometido a una dieta blanda y líquida, notando entonces ligera mejoría en sus padecimientos; posteriormente al mes después al ponerle su prótesis dentaria y tratar de ingerir alimentos sólidos se ve obligado a ayudarse con agua, pero en la actualidad solamente los líquidos le es posible pasar y en poca cantidad ya que de otro modo le producen vómitos. Ha adelgazado bastante. El 20 de Octubre antes de su ingreso le fue tomada una radiografía por el Dr. V. M. Esquivel, la cual fue contestada así: hay una deformidad en el tercio inferior del esófago en una extensión como

de 5 cm. con dilatación en la parte superior y media de este mismo órgano, debido a un proceso ulceroso probablemente neoplástico. Sugiero esofagoscopia.

Antecedentes familiares sin importancia.

Antecedentes personales: ha padecido de dolor de estómago con frecuencia desde su juventud, el cual le fue curado hasta hace dos años con tratamiento médico; bebedor inmoderado de alcohol hasta hace dos años, fumador.

El examen físico señalaba temperatura, pulso y T. A. normales; enflaquecimiento bastante marcado, examen negativo, no señalaban presencia de adenopatías.

Con la sospecha de se trataba de un cáncer del esófago, le fue practicada esofagoscopia el 4 de Noviembre, la cual señaló: hay estrechez del tercio inferior del esófago con marcada dilatación arriba de dicha estrechez. La mucosa no parece ulcerada donde principia el estrechamiento pero no se puede apreciar el resto de la mucosa por debajo del límite superior del mismo debido a que es imposible introducir más el esofagoscopio y ni aún la pinza de biopsia.

Me parece que se trata de un proceso tumoral probablemente maligno y que es aconsejable tratarlo quirúrgicamente.

Un día después de la esofagoscopia nueva radiografía, la cual dice: las radiografías del esófago muestran una estrechez con deformación de la mucosa en la porción inferior del esófago, extendiéndose hasta el cárdias en una longitud de 6 cm. más o menos, estos hallazgos son debidos a un carcinoma.

Los exámenes practicados en este momento fueron los siguientes: Hemograma normal, eritrosedimentación 17 mm. x h. ex. de heces y orina negat. Eagle negat., T. de C. 6m., T. de S. 2 y medio m.

Luego después de preparar el enfermo con varias transfusiones de sangre, vitaminas inyectadas I. M. y dextrosa en solución salina fisiológica diariamente se decidió intervenir quirúrgicamente el 21 de Noviembre del 50.

Previa anestesia general, induciendo con pentotal y manteniéndola con éter y oxígeno, se practica toracotomía a nivel de la

es: Hemograma normal, eritrosedimentación 17 mm. x h. ex. de heces y orina negat. Eagle negat., T. de C. 6m., T. de S. 2 y medio m.

Luego después de preparar el enfermo con varias transfusiones de sangre, vitaminas inyectadas I. M. y dextrosa en solución salina fisiológica diariamente se decidió intervenir quirúrgicamente el 21 de Noviembre del 50.

Previa anestesia general, induciendo con pentotal y manteniéndola con éter y oxígeno, se practica toracotomía a nivel de la 7a. costilla con resección de la misma. Se comprobó tumoración del esófago de porción media e inferior como de 5cms. de longitud y después de incidir el diafragma y comprobar que el estómago se encontraba intacto y móvil se practica gastrectomía parcial, cerrando el muñón respectivo; luego se practica esofagostomía por encima del tumor y se verifica anastomosis esofagogástrica término-lateral, se cierra diafragma y se fija el estómago. Cierre de toractomía previa colocación de dreno, sulfas y penicilina locales.

Este paciente falleció 24 horas después. No se practicó autopsia, pero la contestación del laboratorio de A. P. de la muestra de pieza operatoria fue: Carcinoma malpigliano espino-celular.

CASO No. 9

J. M. G. de 56 años de edad, del sexo femenino, archivo 54499, ingresa el 1o. de Noviembre de 1950 al servicio de Pensión Señoras por dificultar para tragar.

No aparece historia clínica, sino solamente el dato de una esofagoscopia practicada el 2/XI/50. El esofagoscopio se introduce sin dificultad, se encuentra abundante saliva en el esófago. En la extremidad inferior se encuentra un tumor vegetante que ocupa los dos tercios de la circunferencia esofágica y que sangra fácilmente. Se toma biopsia. Esta fue contestada así: Carcinoma malpighiano es-pino-celular.

CASO No. 10

J. M. R. P. de 63 años de edad, sexo masculino, archivo 66689, ingresa el 12 de Abril de 1951 al I. S. M. H. consultando por no poder tragar.

Historia.— Remonta sus padecimientos a tres meses antes de ingreso, iniciándose con dificultad para tragar alimentos sólidos, logrando algunas veces pasarlos con mucho esfuerzo, se acompaña esta dificultad de sensación de opresión en el pecho produciéndole algunas veces dolor retroesternal. Dicha disfagia ha aumentado de tal manera que en la actualidad se presenta hasta con los líquidos, vomitando todo lo que intenta ingerir; a pesar de todo lo anterior siente siempre sensación de llenazón en el estómago. Ha enflaquecido bastante.

Antecedentes familiares sin importancia. Enfermedades: sarampión, paperas y paludismo en la infancia, en la edad adulta ha sido muy sano. Hábitos: fumador antiguo. Ex. físico: cabeza n.q.n.; cuello, adenopatías submaxiliares. Aparatos respiratorio y circulatorio negativos. Abdomen: circulación complementaria, hígado palpable a dos traveses de dedo debajo el reborde costal, doloroso. El resto del examen físico es negativo.

El 16/IV/51 fluoroscopia del tórax que dice: campos pulmonares limpios, hay sombra redonda a nivel del 2o. E. I. D. (metástasis?), hilios cargados, diafragma móvil, ángulos costofrénicos libres. Corazón y aorta de volumen, sinecia y contornos normales. La comida de bario en posición oblicua derecha se detiene a 5cms. de la entrada del estómago permitiendo el paso filiforme de la columna de bario. Imp. Probable neoplasma de la porción terminal del esófago. Metástasis pulmonar derecha. Dr. J. J. F.

El 19/IV/51 radiografía del esófago: hay una disminución de calibre e irregularidad de la mucosa en la porción terminal del esófago, debido probablemente a un proceso ulceroso neoplásico. Sugiero la conveniencia de esofagoscopia. Hay engrosamiento pleural izquierdo.

Le fueron practicados dos esofagoscopías, el 27 de Abril y el 4 de Mayo, en esta última se tomó biopsia, la cual fue contestada negativa.

El 10/V/51 radiografía del tórax: no se observan metástasis pulmonares al presente, hay engrosamiento pleural izquierdo, hay un pequeño neumotórax como de un 5 por ciento en la base izquierda. Hay fibrosis pulmonar izquierda.

El 17 de Mayo es trasladado a un servicio de Cirugía. Se le trata con transfusiones, dextrosa al 5 por ciento todos los días, hígado crudo, tint. de belladona y el, 24 de Mayo se interviene.

Se encuentran adherencias de la pleura parietal, diafragmática y mediastinal, las que se desprenden. El proceso neoplásico del esófago se encuentra bastante extendido por lo que se juzga inoperable. Cierre sin drenaje. Anestesia: método cerrado intubación intratraqueal.

La evolución fué ligeramente febril, sin llegar nunca a 38o., se le administró durante el resto de su estancia hospitalaria, penicilina, estreptomycin, suero mixto y dieta líquida. Alta 10 días después de la intervención.

CASO No. 11

C. F. C. de 75 años de edad, del sexo masculino, archivo 72777, ingresa el 4 de Julio de 1951 al 2o. S. C. H., consultando por dificultad para tragar.

Historia: se inician sus padecimientos un mes antes de su ingreso, con molestias en la ingestión de alimentos, consistentes en náuseas después se agregan vómitos una a dos horas después de la ingestión. No sentía ningún dolor pero en cambio le quedaba una sensación de atoramiento a nivel del apéndice xifoides en el momento de verificar la deglución. Estos síntomas se han ido acentuando gradualmente y cinco días antes de su ingreso solamente le es posible ingerir los líquidos a condición de que sea en muy pequeña cantidad. Ha tenido una regurgitación sanquinolenta.

Antecedentes familiares sin importancia. Antecedentes personales: pleuresía izquierda diez años antes, padeció una afección cardíaca hace dos años.

Hábitos: alcoholista asiduo hasta hace seis meses.

En el examen físico se señala temp. pulso y T. A. normales enflaquecimiento marcado, microadenopatías supraclaviculares bilaterales. El resto del examen es negativo. Con anterioridad a su ingreso el 29 de Junio del mismo año le habían tomado radiografía del esófago la cual decía así: hay una deformidad con defecto de relleno y estrechamiento de la luz del esófago en su porción distal. Estos hallazgos son a mi juicio debidos a carcinoma del esófago. Dr. R. A.

El 19 de Julio esofagoscopia: se encuentran formaciones botonas en la pared posterior y tercio inferior del esófago de las cuales se toma biopsia.

La contestación de la biopsia fué: epiteloma espino-celular.

Exámenes complementarios: Hemograma normal. T. de S. 1 y medio m. T. de C. 3 y medio ms. Eagle negativo. Examen de orina y haces negativos. Prot. T. 7.65, S. A.4.88, S. G. 2.77, relación A. G. 1.7

Con el diagnóstico de neo del esófago se interviene el 28 de Julio.

Se practica toractomía a nivel del VII/E/I.I., resecando séptima costilla, en la exploración se encontró pulmón sano, en cambio en el esófago se encuentra tumoración en tercio medio, como de 6 cms. de longitud. Se verifica esofagectomía parcial y anastomosis esófago-gástrica, con fijación de estómago al diafragma. Se ponen antibióticos localmente y se cierra. Se deja sonda para drenaje por aspiración. Anestesia general por método cerrado e intubación intratraqueal. Durante el acto operatorio le pasaron 1. 100 gr. de sangre.

El paciente se mantuvo más o menos bien durante 24 horas habiendo fallecido al cumplir 25 horas de operado. Post-operatoriamente recibió penicilina, estreptomina, morfina, vit. k, vitace, suero mixto; además se controló la T. A. el pulso, la orina y el drenaje por la sonda.

CASO No. 12

T. B. de M. de 55 años de edad, del sexo femenino, archivo 73455, ingresa el 24 de Julio de 1951 al 6o. S. C. M. consultando por no poder tragar y dolor de estómago.

Historia: se inician sus padecimientos mes y medio antes de su ingreso con dificultad para tragar alimentos sólidos con sensación de atoramiento, dicha dificultad ha ido aumentando progresivamente al grado de que hace tres días le es imposible tragar aún los líquidos, presentándose vómitos y abundante salivación y dolor de estómago.

Antecedentes familiares sin importancia, entre sus hábitos señalan ser fumadora empedernida.

Examen físico: temp. 37° 6, pulso 116, P. A. 110 x 80. Paciente sumamente enflaquecida, de tegumentos y mucosa pálida. Ap. circ. q. n. Aparato respiratorio: macidez con disminución de las vibraciones bucales en la base derecha. El resto del examen físico fue negativo.

El 9/VIII/51 radiografía del esófago que dice: hay una obstrucción al paso de la comida opaca de la porción media del esófago a

cuatro traveses de dedo abajo del nivel del cayado aórtico debido a carcinoma.

El 21/VIII/51 se practica esofagoscopia que dice: a nivel del tercio medio del esófago se encuentra una producción tumoral botonosa que obstruye la luz del órgano y de la cual se toma biopsia. Diagn. Cáncer esofágico.

La biopsia contestada así: Epitelioma malpighiano espino-celular.

El 8 de Sept. del mismo año radiografía del tórax que dice: hay pleuresía derecha con pequeño derrame que pudiera ser de origen metastásico.

Después de esta radiografía el 11 de Sept. le fué practicada una punción pleural derecha, y le fueron extraídos 600 cc. de líquido amarillo citrino.

El examen del líquido pleural fue el siguiente: líquido pleural de color amarillo citrino, aspecto turbio, coagulación negativa, sedimento negativo, hemot. 126, leucocitos 507. Fórmula: linfocitos 90 por ciento, polinucleares 10 por ciento. Rivalta negat. Albúmina 6 grs. por litro. Investigación de células neoplásicas negativas.

Exámenes complementarios: Hemograma: G. R. 3.500 000, Hg. 12 grs. 70 por ciento V. G. M. 100, Conc. Hg. 34 grs. por ciento Hg. glob. media 34. G. B. 6.600, L. 12, M. 2, N. 83, E. 3, B. C. Cardiolípina negativa. Ex. de heces y orina negativa.

El proceso fue febril durante casi toda su evolución, teniendo en ocasiones elevaciones hasta de 40°. Se le administro penicilina amigen, suero mixto, hígado, complejo B.

En vista de la presencia de metástasis pulmonares se consideró innecesaria la intervención quirúrgica y se le dió alta el 20 de Septiembre de 1951.

CASO No. 13

J. M. A. de 73 años de edad, del sexo femenino, archivo 98714, ingresa el 4 de Junio de 1952 al 3o. S. C. M. consultando por dificultad para tragar.

Historia: se inician sus padecimientos 6 meses antes de su ingreso con dificultad para tragar alimentos sólidos, dificultad que se ha ido ocentuando al grado de que en la actualidad solamente los líquidos le es posible ingerir, siente además dolor faríngeo constante.

No señalaban ninguna clase de antecedentes en la historia clínica. El examen físico fue negativo, aún el de la faringe practicado por un especialista.

Los exámenes complementarios practicados no demostraban ninguna particularidad.

El 13/VI/52 radiografía del esófago que dice: no se observan lesiones orgánicas del esófago al presente.

La paciente siempre continuó con igual sintomatología, por lo que se le practicó esofagoscopia el 16 de Junio, cuyos datos son los siguientes: a nivel del estrechamiento crico-faríngeo se encuentra una infiltración de aspecto neoplásico que estrecha la luz del esófago, se toma biopsia de esta zona.

La contestación de la biopsia fué carcinoma basocelular.

La evolución fue completamente afebril, el tratamiento consistió en hígado I. M., tiamina, dieta blanda y líquida.

No fue posible intervenirla por la oposición de los familiares y salió el 27 de Junio en el mismo estado.

CASO No. 14

R. M. P. de 54 años de edad, del sexo femenino, archivo 124695, ingresa el 20 de Mayo de 1953 al 2o. S. M. M. consultando por dificultad para tragar.

Historia: se inician sus padecimientos dos meses antes de su ingreso con dificultad para ingestión de alimentos sólidos, ayudándose con tragos de agua para poder pasarlos, pero generalmente estos esfuerzos se acompañaban de vómitos y algunas veces de eructos. Hace 15 días salivación abundante de 7 días de duración que desapareció espontáneamente. Ha conservado el apetito perdiéndole únicamente durante los días que tuvo la salivación, sin embargo ha perdido muy poco peso. Hace 4 meses caída sobre el hemitórax izquierdo, a la cual atribuye dolor epigástrico sin relación con las comidas.

Antecedentes familiares sin importancia.

Entre sus antecedentes personales solamente señalan: 3 embarazos a término normales, no abortos, 1 hijo vivo y sano, no hábitos.

El examen físico general es negativo. Imp. Cl. Esófagoespasmo.

Dos días después de su ingreso le tomaron radiografía del tórax, la cual contestada negativa. El 6/VI/53 radiografía del esófago que dice: hay un defecto de relleno de la porción distal del esófago debido a un carcinoma. Dr. R. A.

Con la sospecha de que se tratase de un carcinoma fue pedida la colaboración del Departamento de Cirugía, siéndole practicada esofagoscopia el 18 de Junio de 1953, con anestesia general. El reporte operatorio dice: a 35 cms. de la arcada dentaria superior se encuentra una producción botonosa irregular y sangrante, que da la impresión de dureza y que disminuye la luz del esófago sin estrecharlo totalmente y que corresponde a un neoplasma. Se hizo biopsia. Es operable. Dr. C. G. B.

La biopsia fue contestada así: Carcinoma malpighiano espinocelular.

La evolución fue completamente afebril y durante su estancia hospitalaria se le administraron antiespasmódicos por vía oral.

Los exámenes complementarios practicados no demostraron ninguna particularidad.

Se le propuso intervención quirúrgica, pero como no la aceptara la paciente le fue dada el alta el 20 de Junio de 1953 en el mismo estado.

CASO No. 15

F. A. R. M. de 80 años de edad, del sexo masculino, archivo 5533, ingresa el 23 de Marzo de 1953 al Hospital Militar, consultando por dificultad para tragar.

Historia: en Agosto de 1952 siente que repentinamente le es imposible tragar sus alimentos por impedírsele un obstáculo en el esófago, esto sucedió solo momentáneamente. Desde esa época dificultad progresiva para tragar, al grado de tener que suprimir en la actualidad toda alimentación sólida. Ha tenido una pérdida considerable de peso.

Dos días antes de su ingreso le había sido tomada una radiografía del esófago que decía: hay marcada irregularidad de la mucosa del tercio superior del esófago debido posiblemente a un proceso maligno. Infiltración neumónica de la base del lóbulo superior derecho. Dr. R. D.

Antecedentes familiares sin importancia.

Enfermedades: eruptivas en la infancia, paludismo en una ocasión, gonorrea en su juventud, niega chancro. Hábitos: fue bebedor inveterado hace muchos años, fumador empedernido de puros.

Examen físico: temp. 36o. 2, pulso 60 x m., presión arterial 150/70. Anciano enflaquecido, tegumentos y mucosa aparentemente normales. Dentadura en mal estado de conservación e higiene. En región supraclavicular derecha pequeño lipoma. (Sólo un observador lo palpó). Aparato respiratorio negativo en la fecha de su ingreso, segundo tono, aórtico clangoroso. El resto del examen, excepto por puntas de hernia inguinales bilaterales, es negativo.

La impresión que se tuvo en este momento fue de que la lesión esofágica era de origen luético (V. D. R. L. positiva, 80 dils), aconsejando tratamiento antiluético, previa esofagoscopia.

El 14/IV/53 esofagoscopia bajo anestesia local: en la extremidad superior del esófago se encuentra un engrosamiento de la mucosa, la cual aparece también despulida. En la parte inferior de esta zona que está como a 4 cms. de la extremidad superior del esófago, hay una producción botonosa y tumoral que sangra fácilmente en contacto con el instrumento y de la cual se toma biopsia. Imp. Cáncer de la extremidad superior del esófago. Dr. C. G. B.

La contestación de la biopsia dice: Carcinoma malpighiano espinocelular.

El 3 de mayo del mismo año aparece un tacto rectal el cual señala: próstata grado 2, de superficie lisa y regular, no dolorosa, pero es fija, tan fija que no se puede movilizar para ningún lado. Vesícula seminal izquierda es palpable, dura, fija, no dolorosa. Imp. Carcinoma de la próstata. Dr. F. A. P.

En vista de lo anterior se tomó radiografía de la pélvis la cual fue negativa a metástasis.

Los exámenes complementarios practicados, datos dignos de consideración no señalaban, excepto la serología ya mencionada y el examen de orina que mostraba la presencia de abundantes hemáties y leucocitos.

El tratamiento consistió en la administración de dicristicina, complejo B, hígado, alimentación láctea con vipeptolac y dieta blanda.

Por los datos que aparecen en la hoja del alta se sabe que se aplicó rayos X y radium al tumor del esófago, pero no, aparecen datos de la dosis.

Alta el 11 de Julio bastante mejorado

CASO No. 16

A. M. C. de 52 años de edad del sexo masculino, archivo 132112, ingresa el 20 de Agosto de 1953 al 2o. M. H. consultando por dolor epigástrico y vómitos.

Historia: se inician sus padecimientos dos meses antes de su ingreso en que estando en aparente buen estado de salud, empieza a sentir dolor epigástrico suave pero continuo, que poco después se acompaña de imposibilidad para ingerir alimentos sólidos, pues le aumentaban el dolor y además casi inmediatamente vomitaba. Estos trastornos se acentúan rápidamente, yendo precedidos los vómitos por hipo, desde hace tres semanas le es imposible ingerir aún los líquidos. Conserva el apetito pero ha perdido mucho peso. Cámaras, una cada 8 días.

Antecedentes familiares sin importancia. Antecedentes personales: eruptivas en su infancia, fiebre tifoidea hace 28 años, gonorrea y chancro hace 25 años. Entre sus hábitos señala ser alcoholista habitual.

Examen físico: excepto por el enflaquecimiento marcado el resto del examen físico es negativo. La impresión que se tuvo en ese momento fue de que se trataba de un esófago-espasmo.

Los exámenes complementarios eran prácticamente normales.

El 25/VIII/53 radiografía del esófago y estómago que dice: examen radiográfico del esófago muestra dilatación del mismo en forma de ampolla. Entre el estómago y esta porción dilatada del esófago se encuentra una porción estrecha que pudiera corresponder a

lesión orgánica. El estómago no alcanza a llenarse completamente por lo que es imposible hacer un examen completo. Se sugiere esofagoscopia.

El 2^o/VIII/53 esofagoscopia por un gastroenterólogo que dice: hay una estrechez a nivel del tercio inferior del esófago, la cual es de naturaleza orgánica (maligna), de ninguna manera se trata de un espasmo. Trasladar a Cirugía para posible intervención.

Nueva esofagoscopia el 5/XI/53 dice: la exploración del esófago no muestra ninguna normalidad. Sobrepasando el cardias hay una producción granulosa en el aspecto izquierdo del campo visual, de la cual se toma biopsia.

La contestación de la biopsia es: Carcinoma malpigliano espino-celular.

Estudio radiográfico practicado el 11/IX/53 dice: examen radiográfico del esófago muestra dilatación de la extremidad distal del mismo en forma de ampolla, probablemente debida a una obstrucción a nivel del cardias. Hay un defecto de relleno que se extiende del cardias a la porción superior del estómago que creo debida a neoplasma gástrico con invasión esofágica.

Tórax: negativo a lesiones pulmonares. También en las estructuras óseas no se observan evidencias de normalidad.

Un electrocardiograma practicado el 12 de Sept. indicaba: E. C. G. puede considerarse dentro de los límites normales.

El tratamiento hasta el final del mes de Sept. consistió en la administración de varias transfusiones, amigen, tintura de belladona, dieta líquida, huevos tibios y sulfato ferroso.

Completado el estudio del caso se interviene el 4/X/53 con el diagnóstico de Carcinoma del esófago. Se practica una toracotomía izquierda exploradora.

Se constató tumoración a nivel del cardias dura e invasión nodulosa del diafragma, se palpan además ganglios con posible metástasis. Considerando inútil tratar de hacer un esofagectomía, se cierra por planos después de comprobar que el pulmón se encuentra bien reexpandido, se deja drenaje.

Anestesia: etileno, éter, oxígeno. Método cerrado con cánula intratraqueal.

Durante su evolución post-operatoria se mantuvo con antibióticos todo el tiempo, glucosa al 5 por ciento un litro diario, no hay datos de cuando fué suprimido el drenaje. Dos semanas después presentó una complicación pulmonar, la radiografía tomada el 16 de Octubre, indicaba aumento de densidad de la base izquierda probablemente debido a proceso pulmonar neumónico.

Alta el 30/X/53 en el mismo estado.

CASO No. 17

V. M. F. de 47 años de edad, del sexo femenino, archivo 136201, ingresa el 24 de Octubre de 1953, al 6o. S. C. M. consultando por dificultad para tragar.

Historia: se inician sus padecimientos 6 meses antes de su ingreso, con dificultad para tragar sus alimentos, acompañándose algunas veces de hipo. Dicha dificultad fue acentuándose poco a poco hasta que hace tres meses solamente los líquidos le es posible ingerir. No ha padecido de ningún dolor. Ha perdido mucho peso y su estado de debilidad le hace padecer mareos.

Antecedentes familiares sin importancia. Antecedentes personales: no enfermedades graves antes de la actual. Dos partos a término, no abortos, amenorrea desde los 42 años. No señalan hábitos.

En el examen físico el único dato positivo señalado es el enflequecimiento notable de la paciente.

En vista del estado general bastante malo de la paciente, antes de cualquier maniobra quirúrgica fue tratada con transfusiones de sangre, amigen, suero glucosado, tiamina, hígado y dieta líquida a base de leche y vipeptolac. De esta manera se hizo subir el peso en unas 14 libras aproximadamente.

El 13/XI/53 le fue practicada esofacoscopia en la cual se encuentra una masa úlcerovegetante y sangrante a 2 cms. de la entrada del estómago, se toma biopsia. Esta fué contestado así la mucosa esofagagica aparece engrosada con moderada hiperactividad de la basal. A pesar de cortes repetidos no ha sido posible encontrar un foco canceroso en la muestra remitida.

Previa a la esofagoscopia se había tomado radiografía del esófago y estómago la cual decía: Hay un defecto de relleno en la porción distal del esófago que se extiende hasta la primera porción del estómago en un trayecto aproximado de 7 cms. de longitud, con estrechez de la luz del esófago. Estos cambios probablemente son debidos a un neoplasma del esófago.

Una radiografía del tórax de la misma fecha es negativa a lesiones pulmonares.

El 25 de Noviembre nueva esofagoscopia la cual dice: se encuentra a unos cinco cms. del estómago un tejido granular que sangra fácilmente y obstruye parcialmente la luz del esófago. Se toma biopsia. Imp. Carcinoma. Dr. C. G. B.

La contestación de esta biopsia fue: Carcinoma malpighiano espinocelular.

El 5/XII/53 nueva radiografía del esófago, la cual dice: hay una estrechez de la porción distal del esófago en una extensión de 5 cms., debida a un carcinoma. Negativa a lesiones pulmonares y cardíacas.

Los exámenes practicados antes de la intervención fueron los siguientes: hemograma normal, prueba de la bromosulfaleína normal, Hanger negativa, Timol 5.8 unidades, N. N. P. 30 mgrs. Finalmente le fue practicado un electrocardiograma, el cual fue contestado: sugestivo de derrame pericárdico y posible hipertrofia auricular derecha.

El 4/II/54 fue operado, practicándole una esofagectomía y gastrectomía parciales y una anastomosis esófagogástrica. No se encontraron metástasis ni extensión del proceso neoplásico fuera del esófago o del estómago. Se dejó drenaje de la cavidad torácica.

Como post-operatorio se indicó penicilina 800.000 u. diarias, estreptomycinina 2 grs. el primer día, los siguientes un gr., terramicina 500 mgrs. diarios en un litro de suero glucosado, suero mixto dos litros diarios hasta el 6o. día en que se empezó a dar agua hervida. Se ordenó además control de T. A. pulso y respiraciones cada hora el primer día, control diario del balance líquido. Se indicó también vitamina C y vitamina K, las cuales fueron suspendidas hasta que la paciente comenzó a tomar una dieta adecuada.

La alimentación se inició seis días después de operada, comenzando con agua hervida, luego se agregó caldo de carne sin grasa y te negro, un día después se agregó leche y finalmente el 10º día se comenzó a dar dieta blanda con la cual continuó hasta el final de su estancia hospitalaria.

La evolución postoperatoria fue prácticamente afebril, sin elevaciones mayores de medio grado arriba de lo normal.

Se practicaron exámenes de control de reserva alcalina y cloro total el segundo día después de la intervención, siendo ambos exámenes normales.

El 9/II/54 radiografía del tórax dice: radiografía del tórax tomada con la enferma acostada, muestra exudado pleural izquierdo y elevación del diafragma a la izquierda. Hay sonda de hule en el esófago.

El estudio anatomopatológico de la pieza operatoria dice: porción de estómago y esófago fijada en mala posición, que mide 7 x 6 x 8 cms. su superficie presenta los pliegues de la mucosa bastante bien conservados y en uno de sus extremos una ulceración de 4 cms. de diámetro, de bordes levantados e irregulares. Al corte a este nivel la pared está engrosada y fibrosa midiendo 1 cm. de espesor. Estudio microscópico: Carcinoma malpigliano espinocelular. Ganglio negativo a metástasis.

El 8/III/54 estudio radiológico de control de esófago y estómago, dice: la anastomosis aparece funcionando correctamente al examen fluoroscópico. Hay obliteración del ángulo costofrénico izquierdo con pequeña colección de derrame a este nivel.

Alta el 15/III/54 curada y con recomendación de regresar dos

meses después para control. El último se hizo el 4 de Junio del mismo año habiendo encontrado en la radiografía que había buen funcionamiento de la anastomosis esofagogástrica. La paciente se encontraba en buenas condiciones habiendo aumentado considerablemente de peso. En la actualidad se encuentra aún viva.

CASO No. 18

R. F. de 54 años de edad, del sexo masculino, archivo 140720, ingresa el 8 de Diciembre de 1953 al 3o. M. H. consultando por no poder tragar.

Historia: se inician sus padecimientos un año después de su ingreso cuando, sin causa aparente nota dificultad en la deglución de alimentos sólidos, viéndose obligado a tomar agua para pasarlos. Estos padecimientos se mantuvieron estacionarios durante nueve meses, pero hace tres meses a la disfagia ya mencionada se agregan vómitos después de la ingestión y dolor retroesternal y epigástrico. Los líquidos aún puede tragarlos perfectamente. No ha perdido el apetito, pero por la imposibilidad de alimentarse normalmente ha rebajado 8 libras en el último mes. Sus cámaras las verifica cada 8 días, niega melenas.

Antecedentes familiares sin importancia. Antecedentes personales: fiebres eruptivas en la infancia, paludismo hace 12 años. No señalan hábitos.

En el examen físico señalan como datos positivos los siguientes: adenopatía supraclavicular izquierda móvil bajo el dedo explorador. En el examen abdominal la palpación es dolorosa en epigastrio. El resto del examen aparece completamente negativo.

El 15 /X/II 53 esofagoscopia que dice: a una distancia de 40 cms. de la arcada dentaria superior se observa una producción tumoral que estrecha la luz del esófago y que ofrece una superficie botonosa de la cual toma biopsia. Imp. Cl. Cáncer del esófago 1/3 distal. Dr. C. G. B.

La contestación del laboratorio de A. P. fué la siguiente: Carcinoma colóide del esófago.

Exámenes complementarios: hemograma más o menos normal, V. D. R. L. negat., examen de heces, positivo a sangre oculta, examen de orina negativo.

El estudio electrocardiográfico concluye: probable daño miocárdico con isquemía de la pared anterior, casi seguramente de etiología coronariana.

Prueba de Hanger positiva tres cruces.

El tratamiento consistió en tintura de belladona, atropina inyectada y dieta líquida al principio, luego se continuó con amigen, suero mixto, transfusiones de sangre, vitaminas.

Alta el 2/II/54 sin ningún otro tratamiento que el ya señalado,

CASO N° 19

R. J. A. de 51 años de edad, del sexo femenino, archivo 145523, ingresa el 12 de Febrero de 1954 al Io. M. M. consultando por no poder tragar.

Historia: se inician sus padecimientos un año antes de su ingreso con sensación de ardor a nivel de la parte media del tórax, así permaneció hasta hace 6 meses en que agrega al padecimiento anterior sensación de opresión torácica en momento de verificar la deglución, siente poco después náuseas pero no llega nunca a vomitar, únicamente le queda abundante salivación. Ha perdido 44 lbs. en los últimos 6 meses.

Antecedentes familiares sin importancia. Entre sus hábitos señalan ser fumadora de 4 cigarrillos diarios, no alcoholista.

El examen físico general es negativo y únicamente se señalan como datos positivos el enflaquecimiento y leve dolor epigástrico producido a la palpación.

Previo a su ingreso le había sido tomado un examen radiológico en la clínica de el Dr. Vilanova, la cual dice: fluoroscopia del tórax negativo. Esófago en posición normal. De mayor calibre que lo normal, muestra espasmo del cardias observándose además un defecto de relleno de la mucosa y deformidad de la misma debido a una lesión neoplásica que se extiende hasta la primera porción del estómago, en un espacio como de 4 a 5 cms. El resto del tubo digestivo, es decir esófago, estómago y duodeno no presenta ninguna evidencia de anormalidad.

Conclusión: creo tratarse en el presente caso de un neo esofágico con invasión gástrica principiante.

Con la sospecha de un neo del esófago le fue tomada nueva radiografía el 18 de Febrero, la cual fue contestada así: negativa a lesiones pulmonares, corazón y aorta normales.

Los exámenes practicados a su ingreso fueron todos normales.

El 22/II/54 le es practicada esofagoscopia que señala: se introduce el esofagoscopio sin ninguna dificultad y bajo anestesia general. En la porción inferior del esófago como a 2 cms. y a nivel del cardias se encuentra masa que impide la introducción del esofagoscopio hasta el estómago, la mucosa sobre esta masa está bien conservada, no hay ulceración. Se toman biopsias de esta región. Dr. Pineda.

El laboratorio de A. P. contestó: muestra muy pequeña, sin embargo hay un fragmento que parece corresponder a un carcinoma epidermoide.

En vista de lo anterior fue trasladada a un servicio de Cirugía.

En éste, después de un período de preparación de aproximadamente de un mes, con alimentación líquida y recibiendo varias transfusiones, fue operada el 20/IV/54.

Le fué practicada esofagectomía, gastrectomía y pancreatocetomía parciales y esplenectomía y finalmente anastomosis esofagogástrica.

Anestesia por sistema cerrado e intubación intratraqueal. Inducción con etileno-oxígeno y mantenimiento con éter-oxígeno.

Durante el acto operatorio se inyectó 1200 grs. de sangre, un litro de dextrosa al 5 por ciento en agua destilada y un litro de dextrosa al 5 por ciento en solución salina fisiológica.

Durante los días siguientes a la intervención se administraron líquidos por vía parenteral exclusivamente, durante 5 días, además se le administró penicilina, estreptomina, aureomicina, esta última solamente durante la primera semana, morfina durante los dos primeros días, igual que el oxígeno por cateter nasal.

Durante todo el tiempo que se mantuvo con líquido exclusivamente por vía parenteral se verificó un control minucioso del balance líquido y por exámenes de laboratorio el control de los cloruros en sangre.

El sexto día se inició la alimentación líquida por vía oral, posteriormente se dió dieta blanda rica en proteínas.

La temperatura permaneció poco elevada, excepto hacia el 12º día en que se elevó hasta 39º probablemente por una complicación pulmonar ya que aparece una radiografía del tórax del 7 de Mayo que dice: hay aumento de densidad de la base izquierda muy marcado que corresponde probablemente a una consolidación neumónica.

El 21 de Mayo nueva radiografía del esófago y estómago que dice: la esofagogastrotomía aparece funcionando correctamente. El estómago aparece retraído hacia arriba y se encuentra parcialmente dentro de la cavidad torácica.

El estudio anatomopatológico de la pieza operatoria dice: porción de estómago de 7 cms. de longitud y esófago 5 cms., que presenta curvatura menor y casi a nivel del cardias una tumoración de 7 x 6 cms., ulcerada a nivel de la mucosa. La pared del estómago a ese nivel es de 3 cms. de espesor, de color blanquecino y consistencia firme. Bazo de 10 x 6 x 5 cms. sin particularidades microscópicas.

Microscópico: Adenocarcinoma.

Bazo: no se observan metástasis. Páncreas: acinos bien formados, con moderado edema, conteniendo numerosos islotes de Langerhans. Ganglios: metástasis de adenocarcinoma.

Salió del hospital el 31/V/54 prácticamente curada y con recomendación de regresar dos meses después para control. Sin embargo la paciente no regresó sino hasta el 12 de Octubre del mismo año

con síntomas de obstrucción esofágica, pero no ingresó para hacerle el estudio debido de su situación.

En la actualidad esta paciente se encuentra viva siempre con trastornos de la deglución, no ha aumentado de peso.

CASO No. 20

J. A. C. de 76 años de edad, del sexo masculino, archivo 108742, ingresa el 9 de Octubre de 1952 al 2o. S. C. H. consultando porque vomita los alimentos sólidos.

Historia: hace aproximadamente 7 semanas empezó a sentirse decaído, anoréxico. Hace un mes comenzó a padecer de hipo al empezar a comer. Hace dos semanas toma sólo líquidos porque los sólidos se le regresan inmediatamente después de tomarlos y le producen opresión retroesternal. Cámaras diarias difíciles desde hace varios meses. Fumador y alcoholista desde su juventud.

Examen físico: anciano flaco, decaído, muy pálido. Boca: dentadura sucia. Excepto por el hígado que se encontró ligeramente aumentado de tamaño, el resto del examen fué completamente negativo. Imp. C1. Carcinoma del sófago.

Dos días antes de su ingreso le había sido tomada radiografía del esófago que decía: hay un defecto de relleno de la porción distal del esófago en una extensión aproximada de 8 cms., tanto arriba como abajo del diafragma. El calibre del esófago no está disminuido pero hay sombras lacunares producidas por tejido tumoral. Estómago y duodeno sin particularidades. Los datos anteriores indicaban la existencia de un carcinoma de la porción distal del esófago.

El 11 de Octubre esofagoscopia: aproximadamente a unos 38 cms. de la arcada dentaria superior y a nivel de la pared anterolateral derecha del esófago se encuentra una superficie irregular sangrante de la cual se toma biopsia. Dr. C. G. B.

La contestación de la biopsia fué: Epitelioma malpighiano de tendencia espinocelular. Dr. E. F.

Exámenes complementarios: 3.800 000, Hb. 9.9 grs. 62 por ciento E. 28, V. G. M. 64, Conc. Hb. glob. 35, Hb. glob. media 26 G. B. 9.600, L. 20, M. 2, N. 73, E. 5, B. O. T. de S. 1 y medio m, T. de C. 17 y medio ms. El resto de los exámenes complementarios eran normales. Un electrocardiograma practicado en la misma fecha indicaba Aparato cardiovascular de acuerdo con la edad del enfermo. Trazo normal.

Un nuevo hemograma practicado un mes después del anterior fue más o menos normal.

El 15 de Octubre nueva radiografía que dice: hay un defecto de relleno de la porción terminal del esófago y fondo del estómago debido probablemente a un proceso neoplásico. Tórax negativo.

Fué operado el 18 de noviembre del mismo año. Se le practicó una esofagectomía y gastrectomía subtotales y anastomosis esófago-gástrica a través de una tóraxofreno laparotomía.

El estudio anatomopatológico de la pieza operatoria fué el siguiente: Esófago terminal y estómago. Superficie externa presentando sus pliegues mucosos bien conservados, se encuentra una tumoración que se extiende desde la porción terminal del esófago a toda la curvatura menor, nodulosa, superficie color blanco rosada haciendo prominencia en la cavidad del estómago, de consistencia blanda. Conclusión: Adenocarcinoma gástrico.

El 25 de Noviembre radiografía de control: ausencia de 7ª costilla izquierda. La sombra cardíaca es ahora más grande que en el examen anterior. Hay aumento de densidad del lado izquierda con muy pequeña cantidad de exudado pleural.

El 6 de Diciembre nueva radiografía de control la anastomosis funciona perfectamente bien. Hay irregularidad de la mucosa de la anastomosis del esófago con el estómago.

Tratamiento postoperatorio: Penicilina y estreptomycinina mientras la temperatura no se normalizó, aureomicina E. V. los primeros días de operado, succión torácica y control de balance líquido. Mientras no se restableció la alimentación oral se mantuvo con líquido por vía E. V., glucosa, suero mixto y amigen.

El 24 de Noviembre se comenzó a dar agua hervida, luego se agregó en los días siguientes sustancia de carne alternada con leche y leche con bipeptolac. Hasta el 8 de Diciembre se comenzó a dar dieta blanda.

Después de la intervención la temperatura permaneció con elevaciones hasta de 38° pero a partir del 23 de Noviembre fué prácticamente afebril. Tuvo nueva elevación febril el 29 de Diciembre pero después de una dosis de Camoquín aquella bajó.

Alta el 19 de Enero de 1953. En la actualidad se encuentra en buenas condiciones.

CASO N° 21

R. M. Ch., de 62 años, del sexo masculino, archivo 128601, ingresa el 28 de Julio de 1953 al 2º S. C. H. consultando por dolor en región esternal.

Historia: hace aproximadamente 8 meses se inician sus padecimientos con dolor en la región epigástrica de carácter constante pero de poca intensidad. Hace tres meses el dolor se localiza en la región retroesternal exacerbado con la ingestión de alimentos sólidos. No relata vómitos ni regurgitaciones. Padece de estreñimiento, ha enflaquecido mucho pero no ha perdido el apetito. El 2 de Julio antes de su ingreso le había sido tomada radiografía del esófago la cual decía:

los hallazgos radiográficos corresponden a la existencia de un proceso maligno de naturaleza neoplásica localizado en la porción terminal del esófago y primera del estómago.

El examen físico fué señalado como negativo.

El 8 de Agosto le es practicada esofagoscopia: a una distancia de 37 cms. de las arcadas dentarias se encuentra una producción botonosa irregular, sangrante, que estrecha la luz del esófago y que está implantada sobre una superficie dura aparente en el aspecto anterior del esófago. Se toma biopsia.

La biopsia fué contestada así: Adenocarcinoma.

Los exámenes complementarios practicados estaban más o menos normales. Un electrocardiograma practicado era catalogado como en los límites de lo normal.

Fuó operado el 18 de Agosto con anestesia por intubación intratraqueal.

En la exploración se encontró tumor en el cardias que invadía la porción terminal del esófago y la curvatura menor del estómago. Se encontró también invasión de los ganglios del tronco celíaco así como una masa en el páncreas que parecía ser una invasión tumoral. Finalmente se practico esofagectomía y gastrectomía parciales con anastomosis esofagogástrica término-lateral. Se practicó también esplenectomía. Se dejó drenaje torácico.

Estudio anatomopatológico: Pieza operatoria consistente en un estómago, una costilla y el bazo. El estómago posee en su parte más superior 4 cms. de esófago y todo el cardias. Al abrir el estómago se comprueba la presencia de un neoplasma en la curvatura menor, este tiene 10 cms. de largo por 2 y 1/2 de ancho, es de aspecto papilífero, de consistencia firme y hace protrusión hacia la luz del estómago. Toda la mucosa alrededor de esta tumoración y sobre todo a nivel del cardias está formada por pequeñas tumoraciones papilíferas, el resto de la mucosa se encuentra ligeramente atrofiada y muy hiperemiada. La costilla no muestra particularidades. El bazo que mide 14x24 cms. es de consistencia sumamente blanda. La cápsula es de color blanquecino. El parenquima es de color rojo carne.

Microscópico: Estómago: adenocarcinoma muy bien diferenciado. Esófago: epitelio bien conservado, hay hiperplasia de las glándulas de la mucosa. Bazo: cápsula ligeramente engrosada, irregular, folículos bien formados. Hay abundante pigmento en la pulpa roja.

Tratamiento postoperatorio; penicilina y estreptomina hasta que la temperatura se normalizó, aureomicina por vía E. V. los primeros días, succión torácica y control de balance líquido. Mientras no se restablació la alimentación del enfermo por vía oral se le administró los líquidos por vía parenteral, glucosa, suero mixto y amigen.

Igual que en los casos anteriores se comenzó administrando des-

pués del 5º día agua hervida al principio y luego los días restantes se agregó leche, sustancia de carne y finalmente se estableció una dieta blanda alternada con líquida.

Su evolución postoperatoria fué prácticamente afebril.

La última radiografía tomada el 4 de Septiembre dice: examen radiográfico del esófago muestra buen funcionamiento de la anastomosis. No se observan lesiones pulmonares. Las radiografías comprobaron los hallazgos fluoroscópicos.

El 10 de Septiembre alta en condiciones de mejoría. Este paciente ya falleció, no he podido obtener el dato de cuanto tiempo después de su salida del hospital.

Finalmente agregaremos tres casos de los cuales solamente se pudo obtener el dato de la biopsia.

CASO Nº 22

M. C., del sexo femenino, no aparece la edad.

Estudio histológico de biopsia de tumor del esófago: carcinoma epidermoide tipo acantoma.

CASO Nº 23

M. G. C., de 75 años de edad, del sexo masculino, archivo 105968. Biopsia de esófago: Carcinoma malpigliano espinocelular.

CASO Nº 24

E. V., de 62 años de edad, del sexo masculino, archivo 84671. Biopsia de esófago: carcinoma sólido.

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO	LOCALIZACION	TRATAMIENTO	OPERACION PRACTICADA	RESULTADO
Acantoma del esófago	1/3 inferior	Quirúrgico	Resección del tumor	?
Carcinoma malpighiano espi- nocelular	1/3 medio	Quirúrgico	Toracotomía exploradora	Falleció 21 días después
Carcinoma malpighiano espi- nocelular	1/3 inferior	Quirúrgico	Gastrostomía	Falleció 5 días después
Adenoacantoma del esófago	1/3 inferior	Quirúrgico	Esófagogastrrectomía parciales y Anastomosis esófagagástrica.	Falleció 5 días después
No se hizo	1/3 inferior	Ninguno		Alta en el mismo estado
No se hizo	1/3 superior	Sintomático		Alta en el mismo estado
No se hizo	1/3 inferior	Quirúrgico	Gastrostomía	Paliativo
Carcinoma malpighiano espi- nocelular	1/3 medio e inferior	Quirúrgico	Esófagogastrrectomía parcial y Anastomosis esófagagástrica	Falleció 24 horas después
Carcinoma malpighiano espi- nocelular	1/3 inferior	Ninguno		Alta en el mismo estado
No se hizo	1/3 inferior	Quirúrgico	Toracotomía exploradora	Alta en el mismo estado
Epitelioma espinocelular	1/3 inferior	Quirúrgico	Esófagectomía parcial y Anastomosis esófagagástrica	Falleció 25 horas después
Epitelioma malpighiano espi- nocelular	1/3 medio	Sintomático		Alta en el mismo estado
Carcinoma basocelular	1/3 superior	Ninguno		Alta en el mismo estado
Carcinoma malpighiano espi- nocelular	1/3 inferior	Sintomático		Alta en el mismo estado
Carcinoma malpighiano espi- nocelular	1/3 superior	Radium y R. X.		Paliativo
Carcinoma malpighiano espi- nocelular	1/3 inferior	Quirúrgico	Toracotomía exploradora	Alta en el mismo estado.
Carcinoma malpighiano espi- nocelular	1/3 inferior	Quirúrgico	Esófagectomía y gastrectomía parciales y anastomosis esó- fagagástrica	Bueno, en control
Carcinoma coloide	1/3 inferior	Sintomático	Esófagogastrrectomía parcial.	Alta en el mismo estado
Adenocarcinoma	Esófago inf. y estómago	Quirúrgico	Pancreatocotomía parcial v esple- nectomía. Anastomosis esó- fagagástrica	Paliativo, en control
Adenocarcinoma	Esófago inf. y estómago	Quirúrgico	Esófagogastrrectomía subtotal y anastomosis esófagagástrica	Bueno
Adenocarcinoma	Esófago inf. y estómago	Quirúrgico	Esófagogastrrectomía subtotal y anastomosis esófagagástrica. Esplenectomía	Paliativo. Falleció
Carcinoma malpighiano tipo acantoma	?	?	?	?
Carcinoma malpighiano espi- nocelular	?	?	?	?
Carcinoma sólido	?	?	?	?

ANALISIS DE LOS CASOS ESTUDIADOS

Como podrá verse por los cuadros anteriores los casos presentados son en número de 24, de los cuales sólo 20 tienen comprobación histopatológica, pero también se encontrará que entre los que tienen comprobación histopatológica hay casos que carecen completamente de datos clínicos, nos indica lo anterior la deficiencia con que aún trabaja nuestro hospital en materia de estudio de los pacientes. Esto hace adolecer el estudio hecho de numerosas fallas.

Si comenzamos por analizar la edad y agrupamos los pacientes por décadas, observaremos lo siguiente: de 41 a 50 años 4 casos, de 51 a 60 años 9 casos, de 61 a 70 años 4 casos y de 71 a 80 años 5 casos. Como puede verse la mayor frecuencia se encuentra de manera predominante en la quinta década de la vida, tal como las estadísticas extranjeras lo señalan.

En cuanto al sexo encontramos 15 pacientes del sexo masculino y 9 del sexo femenino o sea el 62.5% y el 37.5%, respectivamente, esto parecería estar en desacuerdo con la mayor parte de autores que señalan una frecuencia mucho mayor del sexo masculino, pero creo que debido al pequeño número de casos la predominancia de éste no sea muy notable.

Referente a los síntomas y analizando solamente los casos que tenían datos clínicos veremos lo siguiente:

Disfagia	18	94.73%
Vómitos	15	78.94%
Dolor	13	68.42%
Hemorragia	1	5.26%

Los otros síntomas señalados al hablar de la sintomatología no aparecieron en ningún caso o por lo menos no aparecían anotados en las hojas clínicas.

Como podrá muy bien deducirse del cuadro anterior, el síntoma más constante es la disfagia de modo que puede tomarse como el único síntoma precoz en el diagnóstico precoz del cáncer del esófago. Dato que deberá tomarse muy en cuenta para iniciar un estudio completo en un paciente de edad avanzada en quien se presenta este síntoma en ausencia de cualquier causa aparente.

De las localizaciones como podemos ver la más frecuente es la inferior con 15 casos (71.42%), después la superior con 3 casos (14.28%), luego la media con 2 casos (9.52 por ciento), y finalmente 1 caso (4.76 por ciento) en el cual el cáncer invadía tanto el tercio medio como el inferior del esófago. Como es fácil comprobar en nuestro país igual que en el extranjero la localización más o menos guarda la misma relación.

En cuanto al tipo histológico del cáncer del esófago encontramos la siguiente frecuencia:

Epidermoide	15 casos	75%
Adenocarcinoma	4 casos	20%
Sólido	1 caso	5%

Como podrá observarse, el carcinoma epidermoide constituye el grupo o tipo histológico más frecuente con un porcentaje del 75 por ciento de los casos, y es lógico que así sea por el tipo de epitelio de revestimiento de la mucosa esofágica. El adenocarcinoma alcanzó el 20 por ciento de los casos, en todos ellos había invasión tanto del esófago como del estómago, es probable que su origen haya estado en la mucosa gástrica. Finalmente el carcinoma sólido es el tipo menos frecuente.

En cuanto al diagnóstico clínico y radiológico podemos decir que en general fue bastante acertado; en muchos casos como puede verse en los resúmenes de las historias clínicas la primera radiografía no fue concluyente, pero los exámenes repetidos permitieron al radiólogo reafirmar su primera impresión.

Indudablemente el médico general como el especialista que hace las esofagoscopías deberán actuar de común acuerdo con el radiólogo para que se pueda en todos los casos hacer un diagnóstico precoz del cáncer del esófago, cuya confirmación final estará en manos del patólogo.

Finalmente comentaremos el tratamiento que en los casos presentados se siguió.

Quiero insistir ante todo que en la actualidad es el tratamiento quirúrgico el que mayores probabilidades tiene de curación para los pacientes que padecen de cáncer del esófago; pero indudablemente, insisto, para que el éxito sea mayor debe haber más preocupación del médico general y del especialista en descubrir esta afección en una fase más temprana, de igual manera debe tenerse especial cuidado en la preparación preoperatoria del paciente así como en los cuidados postoperatorios.

Los casos que recibieron tratamiento ya sea con fines curativos o paliativos los podemos resumir de la siguiente manera:

Resección tumoral con anastomosis esofagogástrica	8 casos
Gastrostomía	2 casos
Radium y rayos X	1 caso

El resto no recibieron sino tratamiento sintomático.

De los 8 pacientes en quienes se practicó resección tumoral y anastomosis esofagogástrica 4 fallecieron encontrándose en el período postoperatorio; probablemente la causa de la muerte en ellos fue la infección, la hemorragia interna y más que todo la falta de buena expansión pulmonar postoperatoria debida a la deficiencia del sistema de aspiración torácica. De los 4 pacientes restantes, uno ya falleció sin que se lograra averiguar cuanto tiempo después de la

intervención; otro se encuentra en condiciones no satisfactorias por encontrarse padeciendo en el momento actual de síntomas de obstrucción esofágica y los otros dos se encuentran en buenas condiciones, teniendo uno de ellos más de dos años de sobrevida.

De los pacientes en quienes se practicó gastrostomía uno falleció al noveno día de operado en tanto que el otro no se supo más de él después de su salida del hospital. El paciente tratado con radium y rayos X mejoró temporalmente falleciendo durante el mismo año.

Un hecho que llama la atención es el siguiente, de los pacientes intervenidos que salieron bien del hospital, todos fueron intervenidos en los últimos tres años; lo anterior habla mucho en favor de la mejora tanto de las técnicas operatorias como anestésicas e igualmente de los cuidados pre y postoperatorios.

Debo agregar finalmente que los casos operados aquí señalados, los ocho son del Dr. Carlos González Bonilla.

CONCLUSIONES

El presente trabajo se basa en el estudio de 24 casos de cáncer del esófago encontrados desde 1945 a 1954, ambos años inclusive, en el Hospital Rosales. En mi opinión debieron haberse descubierto más casos y si no se hizo fue por la falta de estudio de los mismos que no permitió que tuvieran una comprobación válida.

La época de la vida en que con más frecuencia se encontró el cáncer del esófago fue en la quinta década de la vida y el más atacado fue el sexo masculino aunque no en la proporción tan elevada que lo señalan algunas estadísticas extranjeras.

El síntoma más frecuente y el más precoz fué la disfagia, siguiéndole en orden de frecuencia los vómitos y el dolor, este último unas veces epigástrico y otras retroesternal.

Como puede verse de la lectura de los casos presentados, algunos pacientes fueron vistos poco tiempo después de iniciados sus padecimientos y el diagnóstico se hizo clínica radiológica e histopatológicamente, pero los pacientes rehusaron la intervención. Lo anterior nos indica la necesidad de una campaña de divulgación que insista en que el cáncer es curable si se diagnostica precozmente y se inicia su tratamiento cuanto antes.

Los resultados del tratamiento quirúrgico han sido pobres, pero llama la atención que los resultados de supervivencia son los intervenidos en los últimos tres años lo que hace prever que en el futuro los éxitos serán mayores.

El pronóstico actual de dos de los operados me parece bueno en cambio el del otro me parece reservado por encontrarse en malas condiciones.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Callanan J. G. Simultaneous Occurrence of Simple and Malignant Tumors in the Esophagus.— The Journal of Thoracic Surgery, Julio 1954. Pag. 5.
- 2.— Cámara López L. H. The Intratoracic Use of the Large Bowel After Subtotal Esophagectomy for Cáncer. Report of a Case. The Journal of Thoracic Surgery. Febrero 1953, pag. 205.
- 3.— Costero Isaac. Tratado de Anatomía Patológica 1946.
- 4.—Ewing James. Oncología 1948.
- 5.—Donaldson J. K. Surgicals Disorders of the Chest. Diagnosis and Treatment. Philadelphia 1948.
- 6.— Finestone Albert J. Esophageal Carcinoma with Alveolar Cell Tumor or the Lung. Diseases of the Chest. Marzo 1953, pag. 305.
- 7.— Graham Evarts Ambrose, Singer Jacob Jesse and Ballon Harry C. Surgical Diseases of the Chest. 1935.
- 8.— Gray Henry Anatomía Humana Descriptiva y Aplicada.
- 9.— Johnson Julian and Kirby Charle K. Surgery of the Chest. The Year Book Publishers. 1953.
- 10.— Mackler S. A. and Mayer M. Palliation of Esophagel Obstruction Due to Carcinoma with a Permanent Tube Intraluminal. The Journal of Thoracic Surgery 1954 Octubre, pag. 431.
- 11.— Moore Robert Allan. Anatomía Patológica 1a. edición 1944.
- 12.— Olsen Arthur M. Holman Colin B. and Andersen Howard A. The Diargnosis of Cardiospasm. Diseases of the Chest. Mayo, 1954, pag. 471.
- 13.— Pessano Juan Esteban. Cáncer. Inducción a su diagnóstico Buenos Aires 1947.
- 14.— Posada hijo, Ricardo. El Diagnóstico Precoz del Cáncer. 1941.
- 15.— Posada hijo, Ricardo. Contribución a la Lucha Contra el Cáncer en Centro América. 1954.
- 16.— Sosa Mario. Cáncer en El Salvador. Estudio Analítico de 1750 casos. 1954.
- 17.— Sweet Richard. Thoracic Surgery. Second Edittion 1954.
- 18.— Seiler Hawley H. Sincronus Combined Abdominal Right Thoracic Approach for Carcinoma of the Middle And Upper Thoracic Esophagus. The Journal of Thoracic Surgery. Septiembre 1954, pag. 305.
- 19.— Thompson J. Robert. Carcinosarcoma of the Esophagus. Report of a Case with Autopsy Findings. The Journal of Thoracic Surgery. Marzo 1953, pag. 261.
- 20.— Terracol J. Les Maladies de l'Oesophage 1938.
- 21.— Torek Max. Técnica Quirúrgica Moderna 1953.