



Estenosis esofágicas.

Antecedentes

Pedro Ramos*

Al inicio de la pasada centuria, las principales entidades que reconocemos dentro de la patología esofágica estaban ya perfectamente identificadas. Se describían las estenosis causadas por un proceso tumoral o por engrosamiento cicatricial de las paredes, de evolución progresiva y fatal; la hernia de la faringe en espera de ser redescubierta por Zenker; las compresiones por ganglios o tumores mediastinales, al parecer entonces más frecuentes que ahora; los grandes esófagos ensanchados, semejantes a estómagos, que habían permitido llevar una vida más o menos satisfactoria; los esófagos acortados que no causaban molestias y la parálisis del esófago, conocimientos adquiridos relacionando síntomas y hallazgos cadavéricos.

En realidad, se iniciaba la etapa histórica en la que, unidas ya la cirugía y la medicina, se iban a aprovechar los frutos de la revolución iniciada por Vesalio en el siglo XVI.

Se conocían el mecanismo de la deglución y los músculos y vías nerviosas que participaban en ella. Y desde 1813, Jourdan hizo notar que el término disfagia, que desde entonces designó al síntoma capital de la patología que nos ocupa, estaba mal empleado, porque etimológicamente disfagia es dificultad para comer, significado que limitamos al acto de la deglución. Hoy casi dos siglos después, continuamos dándole la misma equivocada acepción.¹

Pero, tal vez lo que más preocupaba a los antepasados eran los cuerpos extraños, entre ellos lo que ahora suena extravagante, las sanguijuelas con las que se convivía porque se conservaban en las barberías y se contraían bebiendo agua de los arroyos

campestres. Según el Barón Larrey, durante la expedición de Napoleón a Egipto los casos fueron numerosísimos. Para extraer los cuerpos extraños, por ejemplo las espinas de pescado y otros objetos pequeños, se recomendaban diversas maniobras y fueron muchos los dispositivos que se idearon para extraerlos. A mediados del siglo XVIII, Venel de Lausana propuso cuatro; uno de ellos, un pequeño paraguas que se abría una vez introducido hasta el fondo del esófago para intentar apresarlo al sacar el instrumento y con el mismo objeto se practicaban esofagostomías supraclaviculares. Se buscaba en el esófago, al fondo de esa región llena de vasos, se le abría y una vez extraído o no el cuerpo extraño, se cerraba la herida con un emplasto. Intervenciones que se practicaban sin anestesia y sin ninguna precaución antiséptica.² Lo extraordinario es que se sabe de casos que sobrevivían.

Desde el final del siglo XVIII se contaba ya con sondas de goma huecas y flexibles que permitían alimentar a los enfermos en caso de parálisis. En cambio, no existía material para dilatar estenosis cicatrales; cabe advertir que, en 1813, Magedie comunicó que entre las mucosas esofágica y gástrica no hay continuidad.³ La causa se supo después, una y otra son de estirpe embrionaria diferente, la primera es ectodérmica y la segunda mesodérmica.

Por último, vale la pena recordar otras lesiones que contribuían a dificultar la deglución. Eran las causadas por la sífilis, entonces muy virulenta. Eran destructivas y proliferantes. Para evitar que, por la perforación de la bóveda del paladar, los alimentos pasaran a la nariz, se utilizaban placas de plata, pero las lesiones más notables eran las del istmo de las fauces. El tratamiento con mercurio producía gingivitis con caída de la dentadura. Tal era el estado de nuestros recursos diagnósticos y terapéuticos para

* Academia Nacional de Medicina.

los padecimientos esofágicos, al tiempo de convertirse la Nueva España en el México Independiente.

Sobre el periodo que media desde entonces y hasta 1924 (cuando la Gastroenterología fue reconocida como especialidad por primera vez en el Hospital General de la Secretaría de Salud) contamos con poca información. Sin embargo, con la que poseemos es suficiente para enterarnos de los grandes pasos que caracterizaron la evolución del tratamiento y del diagnóstico en esa etapa.

Tomaremos en cuenta tres tesis, sobre las que tuve noticia por el señor doctor Vicente Cerecedo. Se encuentran en la Biblioteca Histórica de la Antigua Escuela de Medicina de Santo Domingo.

La primera es la del joven estudiante José María Yris,⁴ presentada en 1877, en la que presta más atención a los estrechamientos uretrales por haber tenido conocimiento de ellos en el antiguo Hospital Juárez. Insiste en la opinión general de aquella época, de que no hay estenosis uretrales infranqueables, lo que hay son estrechamientos infranqueables cuando son varios. En lo que concierne a los esofágicos, los distingue en espasmódicos y cicatriciales. Es interesante que, en éstos, aconseja la dilatación progresiva y periódica con el instrumental del que se disponía; un tallo más o menos rígido al que se atornillaban olivas de calibre creciente. No hace todavía ninguna advertencia sobre cuidados contra los gérmenes, a pesar de que la teoría microbiana y uno de sus maestros al que nos referiremos después, había empleado el método antiséptico en 1872 en los heridos de los combates realizados en ese año para apoderarse de la plaza de San Luis Potosí. Lo emplearon por primera vez en el Continente Americano los médicos militares Manuel Soriano y Juan Fenelon, acompañados por el médico Juan Cabral residente en San Luis.

La tesis se escribió en 1877, al año siguiente de la Revolución de Tuxtepec, que eliminó a Don Sebastián Lerdo de Tejada e inauguró la era porfiriana. En el año anterior, en 1876, el joven Yris se encuentra entre los firmantes de un documento que encabezaba Don Francisco Montes de Oca, a quien dedicó la tesis y el doctor Manuel Soriano, ya mencionado. En él, todos los integrantes del cuerpo médico militar presentaron su renuncia en masa, porque no deseaban servir a un gobierno emanado de una revuelta, en contra del orden constitucional. Único caso en el historial militar de México.⁵

La mayor parte de los firmantes sirvieron después en el ejército. No así el doctor Soriano que volvió a él honrosamente en 1917, al serle reconocido por el

gobierno de Don Venustiano Carranza el grado que le había sido concedido por el Presidente Juárez.

La segunda tesis es de Alberto Escobar, quien enfoca su atención definitivamente a los padecimientos esofágicos.⁶ Aconseja la dilatación progresiva y continua, de acuerdo a la experiencia adquirida en un caso que siguió durante algún tiempo. Desaconseja el uso de un instrumento diseñado por Demarquay para la dilatación forzada por medio de tres ramas que se abrían, lo que demuestra que era poseedor de un juicio razonable. Al ocuparse de los cuerpos extraños menciona que se ha usado la esofagotomía supraclavicular e incluso cita con detalle a Velpeau que expuso las dificultades que habían para llegar al sitio del esófago. En cambio, habla con gran esperanza de la gastrostomía recomendada por Sedillot desde 1849, pero que no había podido practicar todavía con éxito, debido a las infecciones peritoneales. Sin embargo, ya para final del siglo, en otros medios, la gastrostomía era una intervención corrientemente practicada. Thomas había acumulado 1,638 casos, lo que parece por lo menos sorpresivo y Spencer Wells, 250 con 70% de éxitos.

Termina su tesis con el relato de la primera gastrostomía practicada en México con Don Francisco Montes de Oca y Don Eduardo Liceaga. Transcribo su relato:

En el mes de enero de 1877, fue llamado el señor Montes de Oca para hacerse cargo de la curación de un enfermo llamado Andrés Ramírez, a quien se le había diagnosticado por algún médico tifo. El enfermo era un joven como de 26 años, de constitución mediana, llevando en sus órganos genitales la huella de un chancre duro, con ganglios inguinales formando una pléyade perfecta, un infarto característico en los posteriores del cuello y numerosas sifílides en vía de descamación en toda la piel. Se instituyó tratamiento con yoduro de potasio, a dosis alta y creciente, con lo que el estado tifoideo se disipó en pocos días.

Descripción que muestra la virulencia con la que en ese tiempo atacaba la sífilis.

Cinco meses después, se presentó el enfermo con obstrucción de las vías respiratorias y digestivas altas, por un proceso destructivo y proliferativo faríngeo, que no le había permitido ingerir alimento durante varios días. Se practicó otra traqueotomía para salvar el obstáculo a la respiración y el 4 de junio se fijó el estómago a la pared abdominal por medio de "siete hilos metálicos por tracción sobre tubos de ca-

III" y en la víscera se colocó una "sonda inglesa enteramente flexible". Terminada la operación se colocó al enfermo en un lugar conveniente y se organizó un grupo de estudiantes, de manera que constantemente se cuidara y vigilara al operado. El enfermo murió el día 8 y en la autopsia no se encontraron signos de peritonitis. Probablemente el paciente no superó la desnutrición en que se encontraba.

La tercera tesis es de 1898. En ella, José María Balmaseda, cita un caso de estenosis cicatricial por ingestión de cáustico, que comenzó a padecer disfagia después de un periodo de aparente silencio del proceso inflamatorio. En contraste con las tesis anteriores, en ésta se insiste sobre las precauciones de asepsia y antisepsia que deben acompañar a toda dilatación.⁷

Por entonces, la técnica de la gastrostomía era ya bien conocida, y anota que por medio de ella se puede practicar cateterismo retrógrado. Además, nos proporciona información interesante sobre lo que se estaba intentando en México. Don Adrián de Garay y el farmacéutico Víctor Lucio estaban experimentando en perros la posibilidad de alimentación parenteral con leche. Además, nos dan noticia de que ya se empleaba suero artificial en inyección subcutánea y se recomendaba inyección de aceite de olivo como alimento por la misma vía.

Para las obstrucciones espasmódicas recomendaba dilatación brusca, sugerida por Broca, quien pensaba que había pequeñas ulceraciones alrededor del cardias. En realidad faltaba muy poco para que Goldstein inventara su aparato dilatador por medio de agua que se regulaba con un manómetro, que tengo entendido llegó a usar el maestro Ayala.

El último trabajo, ya en vísperas de 1920, que debemos mencionar es el de Don Pedro Peredo, otorrinolaringólogo, leído en la Academia Nacional de Medicina en 1919. En el que da cuenta de los resultados que daba la endoscopia iniciada en 1868 por Kussmaul. Probablemente el instrumental que empleaba era el de Guisez. En su trabajo hace una revisión de los hallazgos descritos por diversos autores, pero lo más valioso es el relato del primer caso de megaesófago por cardioespasmo, correctamente diagnosticado y tratado en México.

Vale la pena transcribir algunos de sus fragmentos:

La señora V. Ll. de R se presentó a mi consultorio el día 12 de diciembre de 1917, manifestándose que a mediados de septiembre de ese año había sufrido una gastrostomía que le había permitido alimentarse por el estómago durante tres meses, "practicada de urgencia para salvarle la vida".

El objetivo se había conseguido. Había recobrado sus fuerzas y su estado general había mejorado, pero estaba sujeta a sufrimientos constantes y cada vez más intolerables, por la presencia de la cánula. La radiografía que se tomó empleando bismuto, mostró dilatación de la última porción del esófago. Téngase en cuenta que aun cuando en otros países se empleaban ya otros medios de contraste, en México eso no era posible, aislado como se encontraba por su Revolución y por la Primera Guerra Mundial. Se le practicó esofagoscopia el 13 de diciembre de 1917, pasando el instrumento hasta el estómago sin ninguna dificultad. Después de algunos sondeos, el tránsito se restableció y dejó de sufrir. La fistula gástrica fue cerrada en abril de 1918. Éste fue el primer caso de megaesófago comprobado en nuestro medio por radiología y endoscopia, antes de que a finales de 1924, Don Genaro Escalona, Director del Hospital General, destinara "Pabellones especiales para la atención de enfermos de las vías urinarias altas, circulatorias y digestivas", encargándolos a los estimables jóvenes médicos Don Aquilino Villanueva, Don Ignacio Chávez y Don Abraham Ayala González. Con lo que se inició el reconocimiento y cultivo de estas tres especialidades en nuestra patria.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Dictionnaire des Sciences Médicales*. Paris: Panekouke, 1814; 10: 435-446.
2. *Ibidem* 1819; 57: 52.
3. *Ibidem* 1819; 57: 186.
4. Yris JM. *Estrechamientos uretrales, esofágicos y del recto*. Tesis. México: Archivo Histórico de la Facultad de Medicina. UNAM, 1877.
5. León N. *El Doctor Soriano*. Nota biográfica. México: Murguía, 1922: 31-32.
6. Escobar A. Sobre los estrechamientos esofágicos. Tesis. México: Archivo Histórico de la Facultad de Medicina, UNAM, 1877.
7. Balmaseda JM. Los estrechamientos esofágicos (sic) y su tratamiento. Tesis. México: Archivo Histórico de la Facultad de Medicina, UNAM, 1898.

Dirección para correspondencia:

Dr. Pedro Ramos
Gabriel Mancera 1713
Col. Del Valle
03100 México, D.F.
Tel: 55-24-94-91