

ciación de ideas nos ha sugerido. Está en vigor la vacunación antituberculosa por vía digestiva, preconizada en Francia por Calmette y por Guérin. Los gérmenes son atóxicos, inofensivos al parecer; ni sombra, en el orden patológico causal, de sus remotos progenitores los bacilos de Koch tuberculógenos. Pero están vivos.

Hay muchísimos niños vacunados, con estadísticas brillantísimas en el sentido favorable; mas como en toda estadística vacunal, con un estrecho margen de casos en que, a pesar de todo, luego sobrevino la tuberculosis. La consigna hasta ahora, ha sido de interpretar los casos de fracaso debidos a efecto insuficiente de la vacuna, que no pudo contrarrestar una infección ulterior de mayor cuantía. Pero ya surgen espíritus poco disciplinados a dicha consigna: y así el Doctor Vaudeme, del Instituto Pasteur, se aventura a escribir lo siguiente: "Como se advierte, la vacuna Calmette está hecha con bacilos vivos. Sería preferible, para su aplicación sistemática al hombre, que los gérmenes estuviesen muertos. Todavía se conoce demasiado mal la biología del bacilo tuberculoso, para no temer que los bacilos saprofitos pudieran recuperar un poder patógeno en las condiciones particulares producidas por una infección vulgar, o por otra causa cualquiera".

Estimamos oportuna la advertencia, porque si como ejemplo cardinal para el desarrollo del tema hemos tomado lo que una lección objetiva nos enseñó con respecto a la vacunación antituberculosa, nuestro epígrafe dice, en términos genéricos: "Examen crítico de los métodos para la confección de vacunas bacterianas".

Sesión del día 29 de Abril de 1926

PRESIDENCIA DEL DR. RIBAS Y PERDIGÓ

Caso curioso de permanencia prolongada de un cuerpo extraño en el esófago.

POR EL DR. LUIS SUÑE Y MEDAN

Considero de gran interés la publicación de este caso extraordinario, por haber ocurrido en el mismo una serie de circunstancias especiales que lo apartan algún tanto de otras observaciones parecidas que frecuentemente vemos en nuestra práctica.

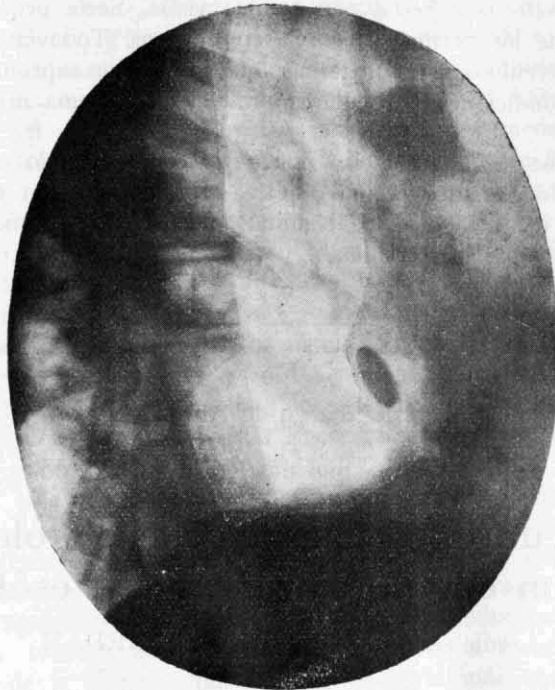
He aquí los pormenores del caso:

Isidro Castanys, natural de Zaragoza, de 41 años de edad. Constitución baja, raquitismo (Cofosis dorsal), bronquitis crónica, asma. Mencionaré tan sólo los datos relacionados con el hecho clínico en cuestión: a los 9 años de edad ingerió cierta cantidad de ácido clorhídrico, que produjo disfagia absoluta durante algunos días, mejorando paulatinamente hasta conseguir una muy aceptable deglución al cabo de algún tiempo. El día 1.º de Septiembre de 1904 (o sean 11 años más tarde) en el momento de acostarse, se puso una moneda de oro (20 francos) en la boca y durante el sueño se deslizó aquella en el esófago, no sin darse cuenta de ello el enfermo quien despertó bruscamente en medio de un acceso de tos e intentó extraer dicha moneda con los dedos, pero sin lograrlo. Luego se sintió algo más aliviado, y creyendo que dicha pieza pasaría el estómago, tuvo la esperanza de que saldría por vía rectal.

Pero, al notar que persistía cierta molestia por detrás del esternón, y que no aparecía la moneda en las deposiciones, al cabo de 4 días fué a consultar un radiólogo para saber si realmente aquella estaba o no detenida en el conducto esofágico. Los Dres. Comas y Prió practicaron la inspección radioscópica y según los datos galantemente proporcionados por nuestros distinguidos compañeros, la sombra del cuerpo extraño se veía claramente en la pantalla, pudien-

do ser localizado en el tercio medio del esófago a tres traveses de dedo por encima de la línea convexa del diafragma. El enfermo ofrecía entonces disfagia y disnea.

Nuestro malogrado colega Dr. Antonio Raventós intentó extraer la moneda mediante un instrumento que, dada la explicación del enfermo, sería probablemente el cestito de Graeffe. Todas las tentativas fueron infructuosas. Desde aquel instante no se hicieron otras pruebas de extracción, pues el paciente se encontró mejor al cabo de pocos días, y como quiera que la deglución se verificaba bastante bien, quedó abandonada toda idea de liberación manual del cuerpo extraño.



En tal estado transcurren 20 años, sin que el enfermo observe nada especial que le haga pensar en la moneda aprisionada en el esófago. Dice solamente que en ciertos momentos notaba como una sensación de ascenso y descenso del cuerpo extraño, especialmente al ingerir bebidas. Por otra parte durante el expresado lapso de tiempo, sin poder precisar la fecha, dicho sujeto contrae una bronquitis que le dura meses enteros y luego le queda una tos persistente, alternando con períodos de relativa calma y de accesos asmáticos algo intensos, descuidando dicha afección bronquial. Pero desde hace algunos meses, por el hecho de haber aumentado los accesos de sofocación y por sentir dolores retro-esternales y dorsales, el enfermo cree que quizás la moneda influye en la alteración bronquial o es la causa directa de la misma. Entonces acudió a la consulta de un cirujano haciéndose cargo del paciente nuestro reputado compañero Dr. Corachán, quien después de hacerle una radiografía muy demostrativa (en Julio de 1925) aconsejó que fuese tratado el enfermo por un especialista oto-rino-laringólogo (1). Un competente colega intentó por varias veces y en varias sesiones la extracción a beneficio de la esofagoscopia. Pero el enfermo no toleraba bien el tubo explorador: sobrevenia siempre tos y sofocación, con o sin

(1) Años atrás le fué practicada por un radiólogo otra radiografía para explorar los campos pulmonares, pero no se pensó entonces en la moneda ni se vió tampoco en la placa a causa de hallarse oculta por la sombra del corazón (posición anteposterior).

anestesia; de todas maneras, se consiguió introducir un tubo a bastante profundidad que pudo mantenerse largo rato, pero no hubo posibilidad de ver la moneda. Todas estas pruebas, aunque realizadas con prudencia y con intervalos de descanso, produjeron cierto grado de esofagitis: había dolor y disfagia; la deglución era tan sólo factible para los líquidos, y todo ello contribuyó a intensificar los síntomas bronquiales. Ante tales molestias, el enfermo decidió suspender por algún tiempo toda prueba de extracción. Acaeció esto a mediados de Diciembre de 1925.

Transcurrieron algunas semanas sin que el paciente mejorase de sus trastornos bronco-esofágicos, si bien la deglución para los sólidos todavía no era perfecta: había a veces, regurgitaciones, sensación de atascamiento alimenticio y opresión o peso por detrás del esternón.

El enfermo desea entonces ponerse de nuevo en tratamiento para librarse del áureo intruso de su esófago, y es en este estado cuando le veo por primera vez al día, 11 de Febrero de 1926. De antemano se me pide examine el paciente en su domicilio (hace días guarda cama), pues teme que las maniobras de extracción le dejen abatido en exceso; pero queriendo por mi parte hacerle tan sólo un examen radioscópico previo, aconsejo sea trasladado a mi consultorio. Esta exploración muestra el cuerpo extraño en el mismo punto indicado en la radiografía obtenida por el Dr. Corrachán siete meses antes. El enfermo manifiesta estar algo fatigado a consecuencia de haber salido de su casa, y dice me avisará el día en que haya de intervenir para la extracción de la moneda.

El día 18 tiene lugar la primera prueba en el domicilio del paciente. Anestesiada la faringe, la epiglotis y la entrada del esófago con solución de cocaína al 1 por 10, estando el enfermo encima una mesa, en decúbito dorsal, introduzco un tubo de Brünings de 11 mm. de diámetro hasta la boca del esófago, hallando una resistencia enorme, verdadero espasmo o contractura de la región cricoidea que impide empujar el instrumento. Sobreviene, además, un intenso acceso de tos, el enfermo grita, se mueve y por su propia mano se saca el tubo con cierta brusquedad. Al poco rato se reanuda la endoscopia, pero al colocar el tubo, el enfermo prorrumpe en fuerte exclamación y tira de aquel con fuerza. ¿Qué ha sucedido? Que había un corto circuito o un falso contacto en la línea, por cuanto el electroscopio apenas podía sostenerse en la mano, y si bien me había aislado de antemano mediante unas tablas de madera, ocurrió que una de las personas que estaban al lado de la mesa tocó al enfermo sin querer, y se produjo la sacudida eléctrica.

Al cabo de cuatro días, un poco más aliviado el enfermo de sus accesos asmáticos y accediendo a sus ruegos, intento otra esofagoscopia, que resulta negativa en cuanto a sorprender el cuerpo extraño. El tubo llegó a unos 32 cm., pero el paciente no quiso o no pudo resistir más la prueba.

En este estado de cosas y al objeto de obtener mayores comodidades clínicas, propongo sea trasladado el enfermo a la Casa de Salud de Ntra. Sra. del Pilar. El día 27 verifico una nueva exploración esofagoscópica, consiguiendo introducir el tubo hasta 36 cm., punto donde probablemente correspondía al sitio de la moneda, pero ésta no se ve: hay una fuerte contractura esofágica o un pliegue de la mucosa que oculta seguramente el intruso. Los toques de cocaína consiguen rebajar la mucosa, y el tubo penetra 1 cm. más, pero en aquel momento sobreviene un intenso acceso de tos acompañado de gritos y movimientos del enfermo que ocasionan nuevamente la salida del instrumento explorador.

Entonces decido poner en práctica una idea que hacía días se me había ocurrido, o sea extraer la moneda a través de la pantalla radioscópica. Trasladado el enfermo al departamento radiológico que dirige el Dr. Gamisans y en colaboración con éste, podemos apreciar claramente la silueta de la moneda, siendo fácil entonces introducir la pinza de Brünings con las ramas cerradas hasta llegar al nivel del cuerpo extraño. Al abrir entonces las pinzas, nótase que este extremo queda distante de la moneda cosa de 2 cm. por detrás de la misma, siendo imposible cogerla. Extraído de nuevo el instrumento al objeto de darle una curva a propósito para alcanzar el intruso, entonces me exige el enfermo que aplase la prueba para otro día, pues se halla muy excitado y fatigado.

El resultado antedicho hizo me entrar en sospechas respecto la verdadera situación del cuerpo extraño, puesto que el hecho de su permanencia constante en el mismo punto y los años

transcurridos podían hacer creer en la formación de adherencias o de una bolsa diverticular y quizás también de una situación, sino extraesofágica, cuando menos en el espesor de la mucosa. A fin de esclarecer tan importante cuestión el día 2 de Marzo, practiqué una exploración radioscópica mediante la ingestión de una pasta opaca (barita), la cual se deslizó fácilmente hasta el sitio de la moneda, envolvió a ésta por todos lados especialmente por su parte posterior, viéndose una pequeña dilatación del esófago, y luego caía rápidamente la pasta al estómago, atravesando un pequeño trayecto algo estenosado.

Todo esto me convenció de que la moneda estaba libre, o cuando menos, muy poco adherida, procediendo actuó seguido por radioscopia a extraerla con la pinza cuyo tallo arqueé un poco de modo que el extremo distal llegase a alcanzar el cuerpo extraño. De esta suerte pude ver muy bien como las ramas del instrumento llegaban a la misma moneda, sintiendo claramente la transmisión de su contacto metálico. La solemnidad de aquel instante es nuevamente interrumpida por el propio enfermo quien tira de la mano con que yo sostenía la pinza, haciendo fracasar la inminente liberación del objeto extraño.

Por fin, el día 6 de Marzo, el paciente a quien se le había administrado un narcótico periférico, está dispuesto y decidido a tolerar todas las pruebas que se an necesarias. En efecto, guiándome por la sombra a través de la pantalla radioscópica, y sin anestesia alguna me es fácil introducir una pinza empleando esta vez la esofágica flexible de Movij si bien su longitud es tan solo de 35 cm. Para ello introduje este instrumento de tal manera que las ramas del mismo penetraron unos dos centímetros más en la boca del enfermo rozando las comisuras labiales, pudiendo entonces alcanzar el nivel de la moneda, la cual fué cogida con toda seguridad y extraída sin molestia alguna por parte del enfermo.

El aspecto de la pieza de oro era negro en ambas caras, a causa de una capa de materia orgánica depositada en el transcurso de tan largos años. En cambio en varios puntos de su canto veíase el metal con toda su pureza. No había desgastes, de modo que una fricción algo enérgica hizo reaparecer los relieves de la acuñación.

Inútil es decir que los resultados fueron excelentes desapareciendo la sensación de peso que sentía el paciente. Por otra parte, no mejoraron los síntomas torácicos teniendo en cuenta el carácter de su afección bronco-pulmonar, hecho que no me extrañó por no haber creído que todas las molestias del enfermo se pudiesen imputar exclusivamente al cuerpo extraño.

Particularidades.—El hecho de tratarse de una moneda de oro, constituye una rareza, puesto que en las estadísticas de cuerpos extraños que he consultado no se consigna dicho metal, sino monedas de cobre y alguna de plata. Por mi parte, he extraído numerosas piezas de cinco céntimos, algunas de diez céntimos y una peseta, ésta última en un niño de dos años de edad.

Otra particularidad se refiere a la *permanencia prolongada* del cuerpo extraño en el esófago. Tampoco las estadísticas registran casos de tan larga fecha. Entre todos merece citarse el del Dr. Pérez Mateos, de Murcia, publicado en la Revista del Dr. Tapia (Nov. Dbre. 1919), referente a una moneda de cinco céntimos detenida *6 años* en el esófago, afirmando mi distinguido colega que en un gran número de trabajos hojeados, no ha encontrado un lapso de tiempo tan excepcional. En el mismo número de dicha publicación, el Dr. Portela, de Cádiz, nos habla de otro caso de moneda de cinco céntimos atascada en el esófago por espacio de *seis meses*; y el Dr. Tapia también ha observado un caso en que la permanencia de la moneda alcanzó *tres años y tres meses*. En el niño visto por mí, ya referido, la moneda de plata estuvo retenida durante *siete meses y veinte días*. Hay todavía un caso observado por Braden Kyle (1913), en que el cuerpo extraño (placa dentaria), estuvo *18 años* en el esófago. Todos estos casos son muy extraordinarios, y por lo tanto el presente, en que la pieza aurea permaneció *veinte y un años y medio* en el conducto esofágico, resulta batir el *record* en tal sentido (1).

Este mismo hecho demuestra la *tolerancia* de la mucosa esofágica por los intrusos que se ponen en contacto de la misma. Cuando se trata de cuerpos extraños irregulares, muy grandes, ásperos o puntiagudos, ocurre ordinariamente que la reacción de las paredes se traduce al prin-

(1) Chevalier Jackson, en más de 150 casos de cuerpos extraños esofágicos y bronquiales, cita la permanencia de *horas, días y meses* en el esófago, y expone el caso más notable de prolongada existencia de un cuerpo extraño en un *bronquio*: un botón de cuello retenido durante *veinte y seis años* en este conducto respiratorio.

cipio por un tejido de granulación que aprisiona al intruso, y si no sobreviene complicación alguna (absceso, ulceración, perforación, obstrucción total) al cabo de cierto tiempo se transforma en tejido fibroso resistente que enquistá el cuerpo extraño, pudiendo así permanecer largo tiempo tolerado. Si el objeto es liso, sin aristas ni puntas, también puede quedar rodeado de tejido inflamatorio, sobre todo si aquel queda situado en un punto de estenosis anatómica como por ejemplo en la región cricoidea, la más frecuente, respecto al atascamiento de cuerpos extraños. No deja, pues, de ser raro, que en el caso expuesto no se hubiese formado tejido aprisionante, quizás porque el cuerpo extraño estaba en una región muy dilatada y podía ser desplazado por pequeños movimientos de oscilación y de ascenso.

El marcado grado de tolerancia que ofrece la mucosa esofágica en tales circunstancias es favorecida por el sitio donde queda definitivamente instalado el cuerpo extraño, y en efecto en la mayor parte de casos de larga fecha (Tapia, Pérez Mateos), la moneda suele descender a un plano inferior, ya sea espontáneamente o por las maniobras de extracción o propulsión; llegado ya en el tercio medio inferior, donde el esófago tiene mayor calibre, el cuerpo extraño molesta poco o nada y estorba menos como obstáculo al paso del alimento, especialmente si el intruso tiene forma aplanada, como sucede en las monedas. De esta manera puede tolerarse un cuerpo extraño casi indefinidamente.

En la observación descrita, la pieza de oro debió franquear pronto la estenosis cricoidea, por cuanto sin haber mediado maniobras de extracción, al cabo de 4 días vióse por radioscopia la moneda en el tercio medio, un poco por encima de la línea diafragmática. Este hecho se explica por las dimensiones de dicha moneda que tiene 21 mm. de diámetro (las de 5 céntimos tienen 25 mm. y las de 10 céntimos 30 mm.), y por lo tanto no es raro que en un momento dado se deslizase fácilmente en la región torácica. En cambio de ahí no pasó, y sabemos que todo cuerpo extraño liso que traspasa espontáneamente la porción cricoidea, suele también atravesar el anillo diafragmático y el cardias y caer al estómago. Si no ocurrió ello en nuestro caso, fué debido a la curiosa coincidencia, ya relatada, de existir una *estenosis cicatricial* cerca del cardias, causada por la ingesta de ácido clorhídrico 9 años antes de que el enfermo se tragase la moneda.

La *esofagoscopia* presentó grandes dificultades, aun tomando toda suerte de precauciones. Un hábil compañero había intentado ya esofagoscopizar muchas veces al enfermo sin conseguir ver la moneda, y por mi parte tampoco me fué posible alcanzarla por medio del tubo explorador las tres veces que hice la prueba (1). Estos resultados negativos eran debidos en parte al exagerado nerviosismo del paciente y a sus intensos accesos de tos y sofocación y a los dolores torácicos que aquejaba con mucha frecuencia; y aunque la administración de sedantes y narcóticos lograsen calmar un poco dichos síntomas, nada conseguían contra la excitación nerviosa y la violenta impaciencia del enfermo. La anestesia local tampoco producía los efectos deseados. Así es que, ya me disponía a utilizar la narcosis general, cuando se me ocurrió emplear la pantalla radioscópica como guía para verificar la extracción del cuerpo extraño, y reservar entonces aquélla para el caso de que ésta fracasase.

Y en efecto, la liberación de la moneda por dicho procedimiento fué un éxito completo, por la facilidad y la rapidez de su ejecución y por la perfecta tolerancia del enfermo. En estos casos el empleo de una pinza flexible como la de Movij permite maniobrar con toda suavidad y podemos ver claramente la acción de la misma a través de la pantalla. Pero, conviene hacer constar que este método sólo está indicado en los casos de cuerpo extraño *libre de adherencias, de forma lisa, regular y opaco a los rayos X*.

Para ello la papilla intransparente, es capaz de orientarnos respecto las condiciones de situación y movilidad del intruso endoesofágico.

No consideré oportuno emplear *el gancho de Kirmisson* que es excelente para extraer monedas, porque hubiera sido muy difícil insinuar el canto de la pieza en la hendidura del gancho, teniendo en cuenta la situación baja del cuerpo extraño, su movilidad y su asiento en un espacio ancho, aun cuando nos hubiésemos valido de la pantalla radioscópica.

No quiere decir todo esto que la esofagoscopia resultase un evidente fracaso en la ob-

(1) Es muy admisible suponer que la moneda estuviere oculta por un pliegue de la mucosa.

servación referida, y es muy posible que hubiésemos llegado a salir victoriosos con el auxilio del tubo. Pero, en razón a las circunstancias especiales del caso, hemos de afirmar que la *extracción radioscópica fué superior a la esofagoscópica*, por los motivos ya apuntados.

Por último, he de hacer hincapié sobre la necesidad de huir de exclusivismos terapéuticos en tales casos, evitando el empeñarse en usar sistemáticamente un método determinado, por clásico y corriente que sea, cuando pueden ponerse en práctica otros procedimientos fáciles, inofensivos y bastante seguros. Cada caso requiere un estudio especial a fin de aplicar al mismo el tratamiento que sea más adecuado y más práctico para el médico, y sobre todo también para el pobre enfermo.