

Sesión del 24 de marzo 1916.

Las piezas dentarias en el esófago; su extracción esofagoscópica

DOCTOR R. BOTEY

Desde hace algo más de una docena de años Tapia, de Madrid y yo, entre otros, realizamos esfuerzos encaminados a divulgar la endoscopia del conducto esofágico y del árbol tráqueo-bronquial entre nuestros compañeros. El resultado de nuestra labor no ha sido, sin embargo, muy brillante. Hemos ejercido, en realidad, menguada influencia con nuestras publicaciones sobre el ánimo de nuestros colegas.

Muchos, en efecto, siguen desconociendo estas exploraciones, o no quieren convencerse de su eficacia para la extracción de los cuerpos extraños de las primeras vías, empleando todavía métodos ciegos expuestos a terribles consecuencias. Otros parecen considerar como sumamente difícil y penosa la esofagoscopia. Los restantes se figuran que la tráqueo-broncoscopia es una maniobra poco menos que imposible, además de peligrosa.

De ahí el que sean todavía bastantes los enfermos de estas regiones que no recibiendo un tratamiento adecuado terminen por la muerte.

Por lo contrario, la esofagoscopia y la tráqueo-broncoscopia son exploraciones inofensivas, como todos sabéis, y por más que requieren cierta habilidad y costumbre, ello no significa que la técnica sea dificultosa, como lo llevo demostrado desde hace tiempo a todos los que me honran frecuentando mi clínica.

En realidad, únicamente en determinados casos estas exploraciones resultan laboriosas. De estos casos pretendo hablaros hoy.

Numerosos son los cuerpos extraños de diversa índole que llevo extraídos del conducto esofágico, a beneficio de la esofagoscopia, pero las piezas dentarias merecen capítulo aparte, porque además de peligrosas son difíciles de extraer.

Voy a referiros tres ejemplos.

OBSERVACION I.—Por recomendación del Dr. Sabaté, de Tortosa, vi el 4 de Octubre de 1915 un enfermo de 37 años, constructor de carros en Amposta, que se había tragado una pieza dentaria en un ataque epiléptico. Una radiografía hecha por el Dr. Llorca, de Tortosa, evidenció que el cuerpo extraño estaba enclavado en la segunda porción del esófago; retenido allí a consecuencia de múltiples maniobras infructuosas de extracción.

El paciente, pálido y azarado no había podido tragar nada desde el día anterior. Saliveaba casi de continuo y le dolía la base del cuello a cada acto deglutivo.

La introducción de una sonda blanda me cercioró en seguida de que existía un obstáculo a unos 25 centímetros de la línea dentaria, o sea, casi al nivel de la bifurcación bronquial.

Previo una inyección de un centigramo de cloruro mórfico, cocaínicé la faringe y el esófago. Puesto el paciente en posición sentada a horcajadas en mi silla, introduje, estando yo de pie, mi tubo oval de 13 por 18 $\frac{7}{8}$ mm; este que veis (fig. n.º 1).

Afortunadamente el enfermo carecía de incisivos superiores, lo que facilitó las maniobras en posición de ciclista el enfermo, estando entonces yo sentado en un taburete alto, para hundir el tubo hasta la región torácica, posición recomendada por mí, como sabéis, por resultar menos fatigosa para el paciente y mucho más cómoda que la levantada de las exploraciones ordinarias.

Orientado un poco el extremo del tubo, no tardé en ver el cuerpo extraño; éste se había alojado en sentido transversal, con el molar superior izquierdo de la pieza mostrando su blancura en primer término, el cual se ofrecía de frente, junto al canto de la montura parda de caucho.

La salivación ocultando a cada momento la visión del cuerpo extraño me obligaba al uso de los porta-algodones y al de la bomba aspiradora. Por añadidura la mucosa complicaba la situación, contrayéndose fuertemente y aprisionando la pieza. Pacientes toques de cocaína al décimo, acompañados de insistentes ruegos para que el paciente permaneciese inmóvil, consiguieron por fin el desenclavamiento de la pieza dentaria.

Entonces, con mi pinza esofagoscópica para monedas, esta que os muestro (fig. n.º 2), pinza delgadísima y de tallo enteramente liso para que no estorbe la visión, pero de bocados muy robustos, logré coger el cuerpo extraño por su base. Y, poco a poco, con suaves movimientos de lateralidad, la fui extrayendo con lentitud al mismo tiempo que el tubo, procurando que el cuerpo extraño atravesara transversalmente la boca del esófago y la región retrocricóidea.

Cuando casi había terminado la extracción, olvidé de continuar apretando la pinza y como había descuidado el apretar el tornillo que mantiene la presa, la pieza se soltó, quedando parcialmente retenida en la hipofaringe.

Sin embargo, concluí felizmente su liberación metiendo en el acto mi índice izquierdo en el fondo de la boca.

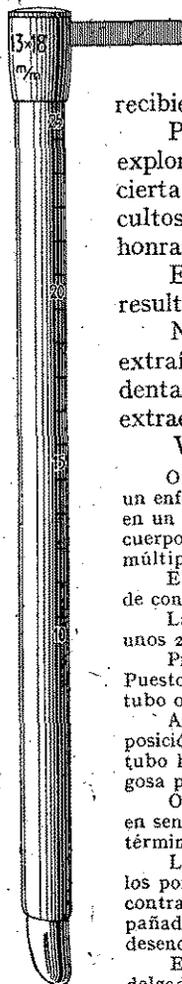


Fig. 1. Tubo oval de Botey con su mandrin, para la extracción esofagoscópica de los cuerpos extraños voluminosos

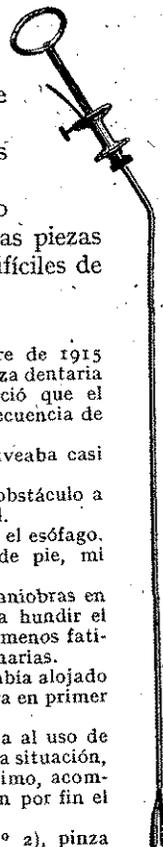


Fig. 2. Pinza esofagoscópica de Botey para monedas

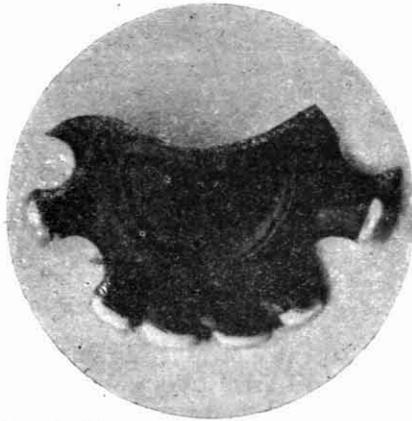


Fig. 3. Pieza dentaria extraída por esófagoscopia a beneficio del tubo oval (tamaño natural)

vías naturales, con la consabida atrición y alguna vez desgarró de la mucosa esofágica, si se prolongan o ejecutan con violencia. Por último, hay que ejecutar, en más de una ocasión extrema, la esófagotomía cervical externa, la que va a menudo seguida de muerte.

Algunos cirujanos consideran esta operación como benigna, proponiéndola en todos los casos de cuerpo extraño del esófago en su porción cervical. Sebilleau, de París y Berard, de Lyon son de este parecer. Pero en mi caso esta operación hubiera sido inútil, porque el intruso se encontraba en el pecho, y esta localización no es infrecuente, sobre todo en los de las consabidas maniobras ciegas de extracción. Abierto el esófago, había que buscar a oscuras con la pinza el cuerpo extraño por la abertura practicada, insinuándola a mayor o menor profundidad, en condiciones peores que por las vías naturales intactas.

La esófagotomía externa expone a fracasos aun cuando se trata de cuerpos extraños cervicales, si son lisos o redondeados, porque se deslizan a menudo hacia el estómago después de un enclavamiento temporal en el esófago.



Fig. 4. Dilatador esofagoscópico de G. Killian para la porción superior del esófago

Tengo, señores, visto más de un chiquillo con una *soi-disant* moneda en el esófago, evidenciada por la radiografía que me trae su papá, la cual moneda se encuentra ya en el ventrículo gástrico o en el intestino al proceder yo, lleno de fe, a la esofagoscopia. Claro está que ello carece de importancia para una sencilla esofagoscopia, pero la tendrá y mucha si, fiado en los datos radiográficos, procedemos a la abertura del conducto esofágico.

Conservo una radiografía del doctor Torres Carreras mostrando una moneda de cinco céntimos en la entrada del conducto esofágico, la cual hallé seis horas después en el mismo cardias, de donde afortunadamente la pude extraer con la esofagoscopia.

Recuerdo un caballero con una pieza dentaria en la boca del esófago, que no quiso le esofagocopizara. La pieza, por sus pequeñas dimensiones, descendió a los dos días, al nivel de la bifurcación bronquial, para enclavarse a los tres en el mismo cardias y caer en el estómago al siguiente día. Todo ello fué sucesivamente mostrado a la

radioscopia por los doctores Comas y Prió.

Excuso hablar ahora de lo que hubiera acontecido si en estos enfermos se hubiese ejecutado la esófagotomía externa. Por lo tanto, sáquese la deducción de que para que la radiografía reporte utilidad debe preceder, en estos casos, inmediatamente a toda intervención cruenta.

En cuanto a la benignidad de la esófagotomía externa, jamás he creído profundamente en ella. Lo cierto es que las estadísticas, cuando son sinceras y sobre todo globales, proporcionan una mortalidad operatoria de más del 20 por ciento, mortalidad que aumenta cuando hay lesión de las paredes del esófago.

Llevo hace tiempo publicado el caso de una mujer, esposa de un mozo de la Escuadra en San Vicens del Horts, a quien extraje por esófagotomía cervical un hueso de ternera. Esta mujer falleció al día siguiente de la operación. Hace 4 ó 5 años hablé aquí de un enfermo que vi con el doctor Ribas y Ribas. El paciente tenía una moneda de

Esta pinza, como veis, sujeta por sí sola el cuerpo extraño dando algunas vueltas a un tornillo.

Se trataba de un cuerpo extraño enorme, dadas las dimensiones normales del conducto esofágico. Tiene, en efecto, la pieza dentaria que veis, cuatro incisivos y dos molares, con los espacios para ambos caninos (fig. 3). Por gran suerte no existía en ella gancho alguno. Las medidas de la pieza arrojaban: 31 % de anchura por 50 % de longitud; pareciendo por lo tanto imposible que cupiera en el esófago.

La pieza es de las más grandes extraídas, incluyendo las de las colecciones del doctor Guisez y del profesor Killian, que he visto. No fragmenté esta pieza protésica ni dilaté el esófago para su extracción. No obstante ello, el cuerpo extraño, a pesar de sus grandes dimensiones, pudo salir. ¿Es que el tubo oval, la experiencia adquirida por mí en casos anteriores y las ausencia de ganchos metálicos hicieron esto posible? Todo pudiera ser. Pero si he de juzgar con toda la imparcialidad de que soy capaz los hechos de mi práctica, se me antoja que la fortuna me favoreció esta vez. Con efecto, la mayoría de casos de esta índole no son tan felices; necesitan, casi siempre, penosísimas maniobras de extracción por las

cinco céntimos enclavada en el esófago, y al intentar extraerla con el cestillo de Græf, quedaron moneda y gancho retenidos. No habiéndome sido posible a mí extraerlos por la esofogoscopia, se procedió a la esofagotomía, siendo entonces ambos cuerpos extraños extraídos con toda felicidad. Mas no obstante el enfermo falleció al siguiente día.

En estos dos casos había habido previamente, a consecuencia de maniobras, considerable atrición de los tejidos. Esto induciría a pensar que, cuando las paredes del esófago están intactas, es muy posible que la esofagotomía no resulte tan ofensiva. Sin embargo, hay que conceder que se trata en realidad de una intervención grave y más difícil que la esofagoscopia.

Ello no significa en modo alguno que deba desecharse la esofagotomía; creo que ésta debe reservarse para los casos en que fracasa la esofagoscopia, la cual saca de apuro en casos al parecer graves.



Fig. 6. Dilatador de Brünings para región torácica del esófago

OBSERVACION II. En efecto, en una señorita de 21 años, doña Rosario M... que me recomendó, hace cuatro años, el Dr. Verderau, había una pieza dentaria fuertemente enclavada bajo la boca del esófago, a 20 centímetros de la línea dentaria. Esta pieza dentaria, recién estrenada por cierto, contenía tres incisivos y un gancho de oro. Cogida con la pinza, el gancho desgarraba la mucosa, arrastrando consigo las paredes del conducto. Luego de angustiosas maniobras de desenclavamiento y de versión con pinza y gancho, conseguí finalmente, gracias al dilatador de Killian, (fig. 5) la extracción del intruso nocivo: esta pieza dentaria (fig. 4). Sobrevino luego una esofagitis purulenta, que duró varios días, curando, sin embargo la enferma sin estenosis ulterior del conducto esofágico.

OBSERVACION III. En otro caso análogo, un hombre de 40 años, recomendado por el Dr. Gea, de Castellón, la pieza dentaria se había roto al masticar, siendo deglutido el fragmento más voluminoso. Este, primeramente apresado en la región cervical, se hallaba, a consecuencia de maniobras infructuosas de extracción, en el hiatus diafragmático.

No consiguiendo sacar el intruso más arriba de la región cervical, lo descendí en plena región torácica. Recurriendo entonces al dilatador de Brünings (fig. 6) y a los toques locales de cocaína, conseguí que cesara el espasmo, pudiendo colocar la pieza entre las valvas del dilatador para que permitiera la acción de la pinza de Kahler (fig. 7). Esta logró cortar en dos trozos el cuerpo extraño, el cual fué entonces extraído junto con el dilatador. He ahí los pedazos (fig. 8).

Estas complicadas maniobras parecen de difícil explicación si se parte de la idea clásica de que el esófago es un conducto estrecho. Si la anatomía del anfiteatro así lo indica, en cambio la esofagoscopia muestra cada vez que este conducto solamente es tal en sus porciones cervical y cardíaca; la porción torácica es cavitaria, pudiendo a beneficio de la dilatación alcanzar 6 centímetros de diámetro.

De ahí el que los cuerpos extraños grandes y angulosos, como las piezas dentarias, a causa de la estrechez y efecto del fuerte espasmo de sus fibras musculares, queden atascados en semejantes sitios. De ahí también el que a menudo las maniobras de extracción no consigan más que hundir el cuerpo extraño en la región torácica más ancha y dilatada, donde molesta menos y es más fácil de pescar, de orientar y aun de cortar para luego extraer.

Sin embargo, cuando las piezas dentarias son pequeñas, pueden ser espontáneamente deglutidas después de corta permanencia en el esófago. A este propósito recuerdo, además del mentado caso, otro en el que pude observar yo mismo, una vez introducido uno de mis tubos ovales, como el tubo, desplegando y dilatando las paredes del esófago, obligó a esta deglución ante mis ojos, por despreñimiento de la pieza dentaria, la que se escurría hacia el estómago sin darme tiempo a que la pescara con la pinza.

Para explicar la posibilidad de tales cosas hay que tener en cuenta esta dilatabilidad esofágica de que os hablaba. En efecto, el orificio superior, el menos dilatado, admite un tubo cilíndrico de $16 \frac{m}{m}$ en el adulto; pero sus paredes laterales lo son: más permiten el paso de un tubo aplanado de $25 \frac{m}{m}$ de diámetro mayor. El cardíaco admite forzosamente una dilatación de 5 cent. y esta dilatación en la porción torácica puede llegar a 6 cent.

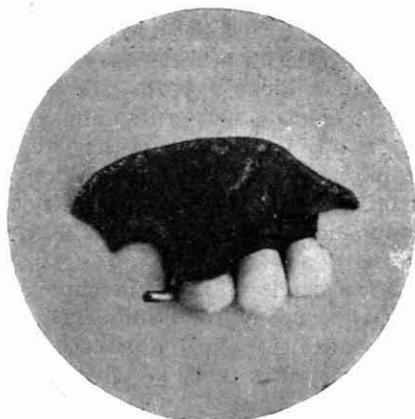


Fig. 5. Pieza dentaria de tres incisivos y un gancho, extraída del esófago de la enferma Rosario M., a beneficio del dilatador de Killian (tamaño natural)



Fig. 8. Fragmentos de pieza dentaria extraídos del esófago del enfermo de la observación III, a beneficio del dilatador de Brünings, luego de haber sido cortados con la pinza de Kahler (tamaño natural)

Todo lo expuesto me ha enseñado a emplear para los cuerpos extraños voluminosos tubos esófagooscópico-ovales de gran calibre, como este que véis (fig. 1). El uno, que os he mostrado ya, a propósito de mi primer caso, tiene, como llevo dicho, $13 \times 18 \frac{m}{m}$ de diámetro; el otro, más grueso aún, de $15 \times 21 \frac{m}{m}$ de diámetro, tiene del propio modo 25 centímetros de longitud. Ambos tubos son fabricados aquí, y enchufan perfectamente en el mango iluminador de Brünings y también en el panelectroscópico de Kahler que prefiero, por ser más práctico aún.

Dirigiendo transversalmente la parte más ancha de estos tubos, se prepara la ruta al cuerpo extraño, impidiendo que enganche la mucosa, principalmente al nivel de la boca del esófago, donde existe el peligro del borde inferior del rosetón cricoideo. Con semejantes tubos se salva este escollo, pudiendo extraer hasta sin dilatador cuerpos extraños voluminosos. Estos mis tubos poseen un n.º andr.º olivar aplanado, de dos centímetros de diámetro, que facilita su introducción.

Los cuerpos planos (huesos, monedas, medallas, botones) se colocan también en sentido transversal, apegados casi siempre a la pared anterior del esófago, dejando constantemente tras ellos un espacio libre, por donde se insinúan, la sonda, el gancho y aun el tubo, si no es de gran calibre, dejando escapar el cuerpo extraño, descendiendo el tubo por debajo de él sin verlo; cosa frecuente en los niños con las consabidas piezas de cinco céntimos.

Actualmente evito tamaños percances con mis nuevos tubos de pico acanalado (fig. 9 y 10), cuyo extremo laminar se desliza sobre la pared anterior del esófago, que aparta hacia delante, metiéndose por delante del cuerpo extraño, sin hundirlo más profundamente, como lo verifican con frecuencia los tubos corrientes. Gracias al pico aplanado el cuerpo extraño se hace visible porque se coloca en el campo de exploración. El mayor de estos tubos es oval; tiene $14 \times 20 \frac{m}{m}$ de grosor y 30 centímetros de longitud. Los otros dos tubos son cilíndricos, de 14 y 11 $\frac{m}{m}$ de grueso respectivamente y de 28 y 25 centímetros de largo. Su extremo adelgazado permite además su fácil introducción sin mandrín, aun estando fuertemente espasmódica la boca del esófago, cosa sumamente frecuente en semejantes circunstancias.

Considero finalmente útil el no descuidar ante todo la exploración de la hipofaringe con mis tubos cortos, cuya pico metido tras los aritenoides empuja la laringe hacia delante, mostrando la boca del esófago, en donde se enclavan también ciertos cuerpos extraños. Es de notar que por hábil que se sea, por la hipofaringe pasa siempre difícilmente un tubo corriente, el cual además empuja inevitablemente el cuerpo extraño, mientras que el pico aplanado de mi tubo corto se insinúa por delante de él (fig. 11).

En suma, los cuerpos extraños más peligrosos y difíciles de extraer son las piezas dentarias, dado su volumen, forma irregular y ganchos que presentan.

Para extraerlas, se utilizará de preferencia un grueso tubo oval, o un dilatador, si la pieza es muy grande. Se coqueinizará la mucosa, se orientará la pieza y, amparándola con el tubo o con las valvas del dilatador se la extraerá entera o seccionada.

Las piezas dentarias pequeñas, a imitación de los cuerpos planos, serán extraídas con los tubos de pico acanalado.

La esófagotomía externa quedará únicamente reservada para cuando fracasen las maniobras esófagooscópicas de extracción.

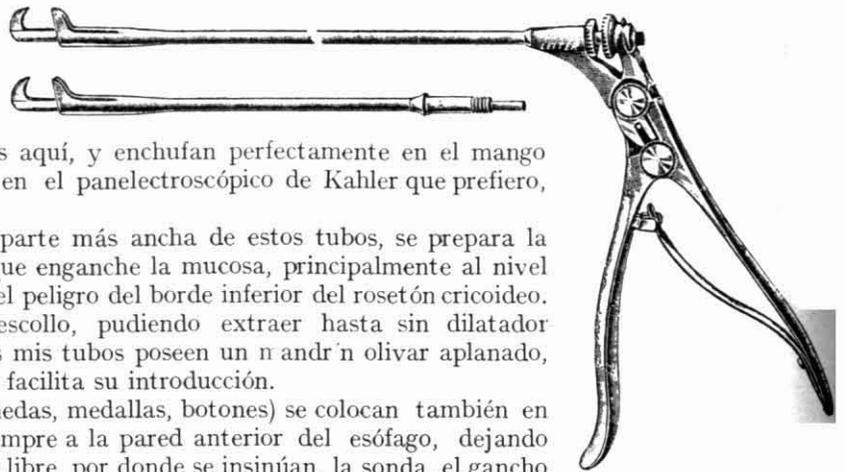
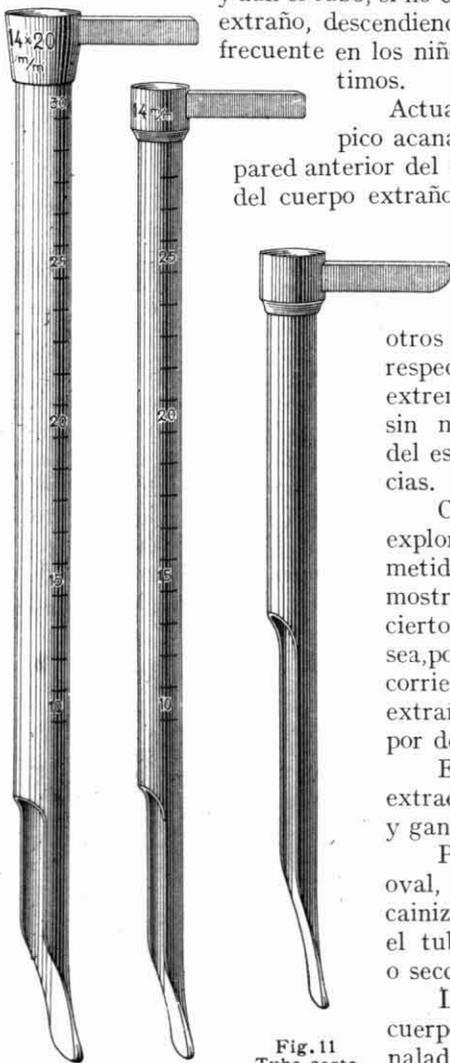


Fig. 7. Pinza cortante de Kahler para fragmentar los cuerpos extraños del esófago



Figs. 9 y 10. Tubos de Botey, de pico acanalado, para la extracción de los cuerpos extraños aplanados

Fig. 11. Tubo corto de Botey, para la hipofaringe y la entrada del esófago