

inervación renal, las funciones de carácter físico eran las condicionadas por la actuación nerviosa, y nuestros trabajos demuestran que lo son de manera más delicada y estrecha las de carácter químico, las que se creían únicamente sometidas a condiciones humorales.

No ya tan sólo en Fisiología normal, sino en Fisiología patológica deben revisarse muchos puntos a la luz de los resultados de las enervaciones, y seguramente algunos síndromes inexplicables serán notablemente aclarados. Algunos puntos de Farmacología, la acción de determinados diuréticos por ejemplo, podrán interpretarse sin el pie forzado de la vasodilatación circunscrita al territorio renal, y en el estudio y el tratamiento de las poliurias nerviosas tendremos una base más racional. En nuestro Laboratorio de Zaragoza tenemos en marcha la parte experimental de estos estudios, de la que os tendré al corriente si, como hoy, me dispensáis en otras ocasiones vuestra benévola atención.

Caso de pieza dentaria detenida en el esófago.

Extracción esofagoscópica

POR EL DOCTOR D. LUIS SUÑE Y MEDAN

Las aplicaciones de la esofagoscopia a la extracción de cuerpos extraños de las primeras vías digestivas, ha producido un sinnúmero de éxitos, no sólo en el sentido de poder liberar por trayecto natural el intruso, sino también por el mínimo de peligros a que se halla expuesto el sujeto, en comparación con los medios anteriores a dicho procedimiento, como son el cestito de Graeffe y la esofagotomía externa.

Sería interminable hacer mención de los diversos objetos que, ya sea accidentalmente o por capricho infantil, han quedado detenidos en el conducto esofágico; pero creo yo que entre todos ellos merecen atención especial las piezas dentarias, puesto que tratándose de cuerpos de contornos muy irregulares, se atascan y hunden fuertemente en la mucosa del esófago, resultando muy difícil su extracción, aun con el auxilio del instrumental moderno y la mejor técnica operatoria.

El doctor Botey, en una de las sesiones últimamente celebradas por esta Real Academia, nos refirió algunos casos de piezas dentarias extraídas por esofagoscopia, y nos exponía las grandes dificultades con que se tropieza en la práctica para quitarlas del punto donde quedan retenidas, sin lesionar gravemente dicha porción del tramo digestivo. Otros autores, laringólogos, que han observado casos análogos, están conformes en admitir la serie de obstáculos que representa la extracción esofagoscópica de los mencionados objetos protésicos.

El caso que me permito hoy someter a la consideración de la Academia puede sumarse a los relatados por mi distinguido compañero, y se presta, además, a algunas reflexiones.

Se trata de una señora de unos cuarenta años de edad. El día 7 de diciembre corriente, mientras estaba durmiendo, se le desprendió una pieza protésica compuesta de un incisivo superior (aquella noche olvidó de quitársela) y apenas tuvo tiempo de darse cuenta de ello... era ya tarde para evitar el accidente: la pieza dentaria había franqueado la hipofaringe, deslizándose en pleno esófago. La paciente sintió en seguida un gran estorbo en el cuello, acompañado de dolor no muy vivo por detrás del esternón que se irradiaba hacia la espalda.

Al día siguiente consultó con un compañero especialista, quien intentó extraerle el cuerpo extraño con procedimientos ciegos, no consiguiendo otro resultado que el subsiguiente traumatismo de la mucosa esofágica.

Repetidas por dos veces más, con tres días de intervalo, las mismas tentativas por idéntico método, procedióse después a practicar una radioscopia, de la que se encargaron los distinguidos radiólogos doctores Comas y Prió, y según los datos obtenidos, el cuerpo extraño hallábase al nivel del espacio entre la segunda y tercera costillas y colocado en la parte anterior y derecha del conducto esofágico. Al día siguiente tuvo lugar la cuarta sesión de prueba de desprendimiento del intruso, que tampoco pudo lograr nuestro colega, y por la tarde del propio día híceme cargo de la paciente (14 de diciembre).

Practicada la esofagoscopia, previa anestesia local con cocaína-adrenalina, vese en primer lugar una viva flogosis y edema de la mucosa y algunas erosiones de la misma. Observo en aquel momento una fetidez especial que remonta por el tubo, la que se acentúa al llegar a unos 25 centímetros de los incisivos superiores; hay infección probable de la pared esofágica. En aquel instante descubro perfectamente una porción de la pieza dentaria, de la que no conozco exactamente su forma, dimensio-

nes y manera de estar colocada, y procedo inmediatamente a su extracción. Mediante las pinzas de garfios de Brünings, me es muy fácil coger fuertemente el intruso, logrando hacerle subir unos 4 centímetros, pero de allí no pasa más. Es imposible desenclavarlo. Me valgo del ganchito especial para esos casos, a fin de hacerle bascular o cambiar de posición, pero después de varias pruebas alternadas con los consabidos descansos, véome obligado a aplazar la operación para otro día, en que pensaba utilizar al efecto un tubo dilatador esófagoscópico.

Al cabo de cuatro días (día 18), practico nueva esófagoscopia, valiéndome del espéculum dilatador de Killian. Pero este instrumento no fué muy manejable esta vez, debido ello a la gran inflamación y constricción del esófago, especialmente al nivel del rosetón cricoideo. La sesión prolongóse casi en demasía y no era prudente abusar de la tolerancia de la paciente; de modo que, con la contrariedad que es de suponer, hubo de suspenderse de nuevo la intervención. Como quiera que tenía la seguridad de que el cuerpo extraño se había desenclavado y ascendido un poco, quise cerciorarme de la posición en que quedaba y de la forma del mismo, por medio de una radioscopia que fué seguida de radiografía, ejecutadas por los rontgenólogos antes nombrados.



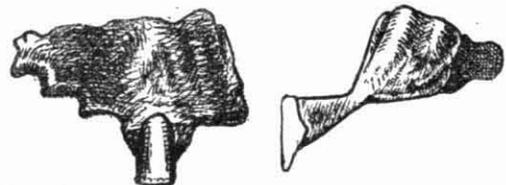
Pieza dentaria en el esófago. Extracción esófagoscópica (23 diciembre 1916).

de mayor calibre (unos 14 milímetros de diámetro), observé que el cuerpo extraño, que se hallaba fuertemente cogido por la pinza, subía un poco más con relativa facilidad, notando en aquel momento que el extremo inferior del tubo debía estar casi a flor de la boca del esófago. Un poco más de paciencia, unos movimientos de rotación y basculamiento de la pieza dentaria, y algunas tracciones ejecutadas con cierta violencia, consiguieron desprender el intruso fuera de su prisión; pero con sorpresa de todos salió el tubo junto con la pinza, sin que entre los garfios de ésta se viese el cuerpo extraño. Comprendí seguidamente lo ocurrido: introduciendo mi índice en la laringe de la paciente, saqué con facilidad el cuerpo del delito al exterior. He ahí un diseño del mismo:

Se trata de una pieza protésica, algo gastada ya, que llevaba la paciente hacía más de seis años, y que por lo tanto no es raro se hubiese desprendido fácilmente de su sitio de implantación.

Vese en ésta su situación entre la primera y segunda costillas, por detrás de la horquilla del esternón, de manera que había subido unos centímetros en relación con la radioscopia verificada unos días antes.

Por fin el día 23 practico una tercera prueba, esta vez utilizando el tubo dilatador de Brünings que me prestó galantemente el doctor Botey (y que aun no poseo, con tenerlo encargado desde hace mucho tiempo); pero, quizá por las mismas razones referidas al tratar del empleo del espéculum de Killian o por ciertos defectos de que adolece el expresado tubo, no pude conseguir se colocara la pieza dentaria entre las valvas del mismo, y por lo tanto, la tan apetecida liberación no llegó a realizarse. Por último, cuando ya temía abandonar de nuevo toda manipulación esófagoscópica, una de las veces en que cambié los dilatadores por el tubo de Brünings



Pieza dentaria vista de frente Vista de perfil
(Tamaño natural)

Su forma es muy irregular y aunque no posee ganchos, presenta ángulos, crestas y aristas que constituyen serios obstáculos para su desenclavamiento y extracción. Las dimensiones, sin ser extraordinarias (el doctor Botey nos habla de una de esas piezas dentarias que tenía 5 centímetros y no obstante pudo extraer sin dilatadores), puesto que tiene 3 centímetros de largo por 2 centímetros de ancho, son lo bastante considerables para llenar de dificultades las manipulaciones esofágoscópicas y para poner a prueba la paciencia del operador.

En cuanto al estado en que quedó el esófago de dicha señora (inútil es decir que no practiqué ya otros exámenes esofágicos), que según lo ya observado tenía un foco de supuración cuando vi a la enferma por vez primera, aparte de algún pequeño desgarro inevitable, puedo declarar que actualmente (han transcurrido siete días) no presenta síntoma alguno que induzca a pensar en infección profunda de la pared, ni fenómenos de estenosis que pudieran iniciarse. Durante los dos primeros días siguientes al de la extracción del intruso, sintió la paciente fuerte dolor en la garganta y cuello y cierta disfagia que desapareció al tercer día, si bien le permitía pasar solamente líquidos. Luego pudo tragar bien alimentos de mayor consistencia, hasta el día de hoy en que sigue sin alteración alguna digna de exponer (1).

Para terminar, unas breves reflexiones.

Con toda seguridad el cuerpo extraño se atascó, inmediatamente después de su deglución accidental, en la primera porción del esófago al nivel del hiato cricoideo, punto de mayor resistencia y más sensible a la contracción o espasmo, siendo, por lo tanto, la región donde se detienen gran número de cuerpos extraños. Mas, luego, las maniobras ciegas que se emplearon, empujaron el intruso hacia la región torácica más dilatada sin duda y en consecuencia más tolerable su permanencia en dicho lugar. Desde ahí, donde hubo de hacer presa de él para extraerlo, pude remontarlo unos centímetros solamente, dada la intensa inflamación que ofrecía la mucosa esofágica cervical.

Aun admitiendo las dificultades enormes que presenta la extracción de esas piezas dentarias, creo que en el presente caso, de no haber mediado antes otras manipulaciones ejecutadas sin el auxilio de la vista y que flogosearon los tejidos, hubiera hallado por mi parte mayores facilidades y quizá a la primera o segunda sesión se hubiera alcanzado el resultado que se deseaba.

Como a detalle de técnica, haré observar el modo de coger esos cuerpos extraños para dislocar su posición en lo posible. En efecto, en el campo inferior del tubo esofágoscópico aparece uno de los bordes del fragmento de paladar postizo en cuestión que lo cruza siguiendo el diámetro de aquél; los garfios de la pinza cuidarán de cogerlo por uno de los extremos que tenemos a la vista, en contacto con la circunferencia del tubo, y alternativamente por el otro extremo si no se ha conseguido nada todavía. El uso del gancho podrá, asimismo, dar algún resultado, procurando pasarlo cuidadosamente por debajo del objeto atascado, y evitando se hunda aquél en algún repliegue de la mucosa. También pueden intentarse movimientos de rotación del cuerpo extraño por medio de la pinza, combinados o no con los del tubo. La tracción debe ser algo fuerte, pero con la prudencia necesaria para no desgarrar el tejido esofágico, lo que en algunas ocasiones resulta inevitable, si bien creo no ofrece graves consecuencias cuando las erosiones y los desgarros no son de consideración. La misma esofagitis purulenta evoluciona muchas veces favorablemente sin dejar estenosis cicatricial, como ha ocurrido en el caso que he tenido el honor de exponer.

(1) Tenemos noticias, al imprimir este trabajo, de que la expresada señora continúa del todo bien. (Nota de la R. A. de M.)