

## *Esofagitis caustica*

Por los Dres.:

CARLOS BLATTNER ESCARRÁ(4), ORESTES REDONDO CORDOVÉS(5) Y MIGUEL ABALO

(6)

### INTRODUCCION

Hemos escogido la esofagitis cáustica como tema de nuestro trabajo por habernos sido posible estudiar 24 casos de esta afección, seguir su evolución durante un período no menor de un año y haber obtenido buenos resultados en casi la totalidad de los mismos mediante el tratamiento médico por dilataciones. Así hemos evitado la complicación más temible de esta afección, la estenosis cicatricial del esófago, que invalida a estos pacientes y les impide usar dicho órgano para su nutrición, haciéndolos tributarios de procedimientos quirúrgicos complicados y de resultados a veces no muy satisfactorios.

### MATERIAL Y METODOS

Se estudian 24 casos, de los cuales 13 (54.2%) correspondieron a la forma aguda y 11 (46.6%) a la complicación o estenosis

cicatricial (Cuadro 1). La totalidad de estos casos concurren al hospital en estadio agudo o vinieron re-

CUADRO No. 1 ESOFAGITIS CAUSTICA

	Casos	%
Forma aguda .....	13	54.2
Estenosis cicatricial .....	11	46.6
	24	

mitidos por otros centros, con la estenosis cicatricial ya constituida, para ser sometidos al tratamiento por dilataciones. En los casos agudos, después de aplicar el tratamiento de urgencia correspondiente, se les realizaron radiografías de esófago a todos los pacientes y, luego, esofagoscopia, iniciándose aproximadamente entre los días 11° y 14° las dilataciones profilácticas con sondas de Bard. Estas dilataciones se practicaron una o dos veces por semana, pasando en cada ocasión tres sondas de calibres sucesivos de menor a mayor, continuándose las mismas por un período de tres a cuatro meses. En los casos en que fue necesario, en los que hubo lesión gástrica, se realizó yeyunostomía para alimentar a los pacientes y gastrostomía

4 Jefe del Servicio de Gastroenterología del Hospital General Docente "Enrique Cabrera", Reparto Altahabana, Habana, Cuba.

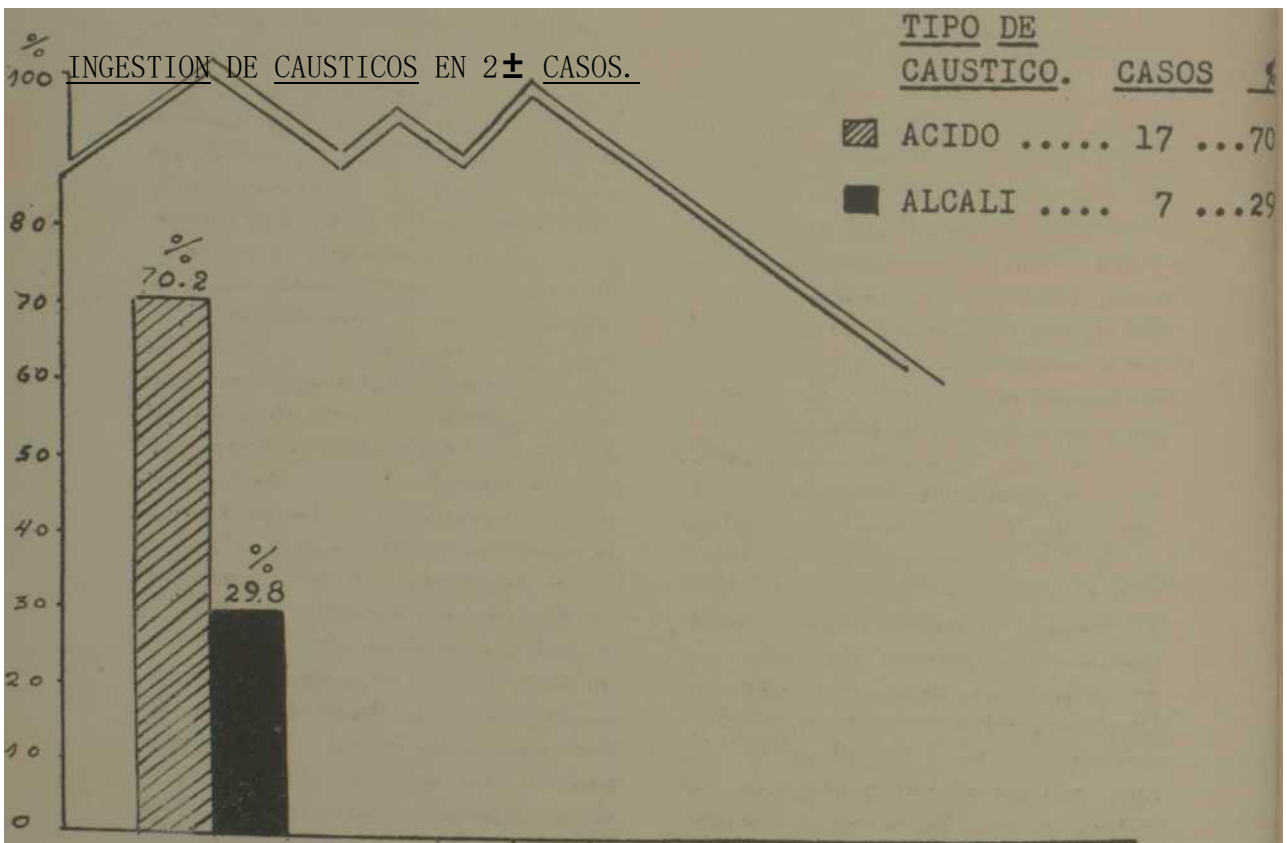
5 Gastroenterólogo del Hospital General Docente "Enrique Cabrera", Reparto Altahabana, Habana, Cuba.

6 Jefe del Departamento de Endoscopia del Hospital General Docente "Enrique Cabrera", Reparto Altahabana, Habana, Cuba.

para dilatación retrógrada con la sonda de Tucker. En algunos, las dilataciones tuvieron que realizarse a través del esofagoscopio con las sondas de Jackson, llegándose a pasar por el misino hasta la sonda No. 28 Fr de Jackson, para continuar posteriormente las dilataciones con las sondas de Bard por vía oral. Se trató de dilatar todos los casos con estenosis cicatricial ya constituida, previa radiografía de esófago y esofagoscopia posterior, siempre que existiera un pequeño orificio por donde introducir la sonda. En los casos con estenosis múltiple utilizamos la dilatación dirigida por hilo con la sonda de Plummer.

#### DISCUSION

Se conoce como esofagitis cáustica la lesión ocasionada en el esófago por la ingestión de sustancias cáusticas. Estas sustancias son, fundamentalmente, los ácidos y los álcalis. Entre los ácidos los más frecuentes son el clorhídrico (sal fuman), el sulfúrico, el acético y el nítrico y, entre los álcalis, la sosa y la potasa. En nuestra serie (Gráfica 1) vemos que 17 casos ingirieron ácido y 7 ingirieron álcalis. El tipo de ácido ingerido en los 17 casos, con ánimo suicida en la mayoría, fue el clorhídrico en la forma llamada sal fuman y, entre los álcalis, predominó fundamentalmente la sosa.



Los ácidos van a producir lesiones a nivel del esófago y a nivel del estómago, aunque las lesiones del esófago habrán de ser neutralizadas por el medio alcalino del mismo; por lo tanto, sólo las grandes cantidades de ácido ocasionarán lesiones esofágicas profundas. Las lesiones del ácido en el estómago están potencializadas por el medio ácido de éste y se van a localizar fundamentalmente sobre la región prepilórica. Los álcalis lesionan principalmente el esófago, ya que en el estómago el ácido clorhídrico neutralizará sus efectos. En nuestra serie (Cuadro 2 y Gráfica 2), de los 17 casos que ingirieron ácido, cuatro (23.5%) presentaron estenosis del esófago, dos (11.8%) estenosis en estómago, tres (17.6%) estenosis de esófago y estómago y ocho (47.1%) esofagitis. De los 7 casos que ingirieron álcalis (Cuadro 2 y Gráfica 3), seis (85.7%) presentaron estenosis esofágica y uno (14.3%) esofagitis. Ningún caso por ingestión de álcalis presentó lesión a nivel del estómago.

Cuando se ingieren estas sustancias en grandes cantidades, la muerte se produce en pocas horas en forma de somnolencia, coma y síncope, precedidos de dolor intenso a la deglución localizado a nivel del cuello y del tórax, así como por las lesiones de la boca y la orofaringe. O bien, la muerte puede producirse en el transcurso de un período de seis a diez o doce horas por complicaciones de tipo respiratorio: la respiración se acelera por edema de la glotis, se producen trastornos respiratorios de tipo bronconeumónico por aspiración de las sustancias cáusticas al árbol tráqueobronquial a causa de los vómitos,

bien, debido a complicaciones de tipo mediastinal por perforación del esófago o complicaciones peritoneales por perforación del estómago. Cuando el caso se atiende antes de las seis horas de haber ingerido el cáustico,

puede neutralizarse la sustancia ingerida; si es ácido, se utilizarán diversos alcalinos, y, si es álcali, vinagre diluido, jugo de limón, etc. Pero si han transcurrido más de seis horas, todo esfuerzo para neutralizar estas sustancias será inútil, pues ya las secreciones orgánicas habrán hecho lo posible para desembarazar al organismo de las mismas. Hay que tener en cuenta la acción de la saliva como vehículo de estas sustancias cáusticas y recordar que aunque se ingiera una pequeña cantidad de las mismas, la saliva puede extenderlas a lugares distantes de las mucosas. Tanto la concentración del ácido, como la cantidad del cáustico ingerido son importantes, pues los ácidos muy concentrados y los álcalis tienen consistencia de miel y se deslizarán lentamente por las superficies mucosas, prolongando su efecto nocivo al contacto con las mismas. Al recibir estas sustancias cáusticas, el esófago contrae por un mecanismo reflejo su segmento inferior, haciendo que las mismas estén más en contacto con la mucosa esofágica y, al pasar al estómago, se producirá el vómito y un segundo ataque de dichas sustancias a las mucosas esofágicas, orofaríngeas y yugales. El tratamiento de los casos que hayan ingerido cantidades moderadas consistirá en la aplicación de bolsas de hielo a nivel del cuello y la región epigástrica a fin de aliviar el dolor intenso que experimentan estos pacientes a la deglución, imposibilitando la misma. Se combatirá el shock con las medidas usuales; se administrarán por vía parenteral analgésicos del tipo de la morfina, el demerol, etc., para calmar el dolor. Se darán soluciones de electrolitos para corregir el desequilibrio de los mismos si lo hubiere. Se administrarán precozmente por vía parenteral corticosteroides (hidrocortisona, 100 mg.) y antibióticos. Se continuará así hasta que el paciente co-

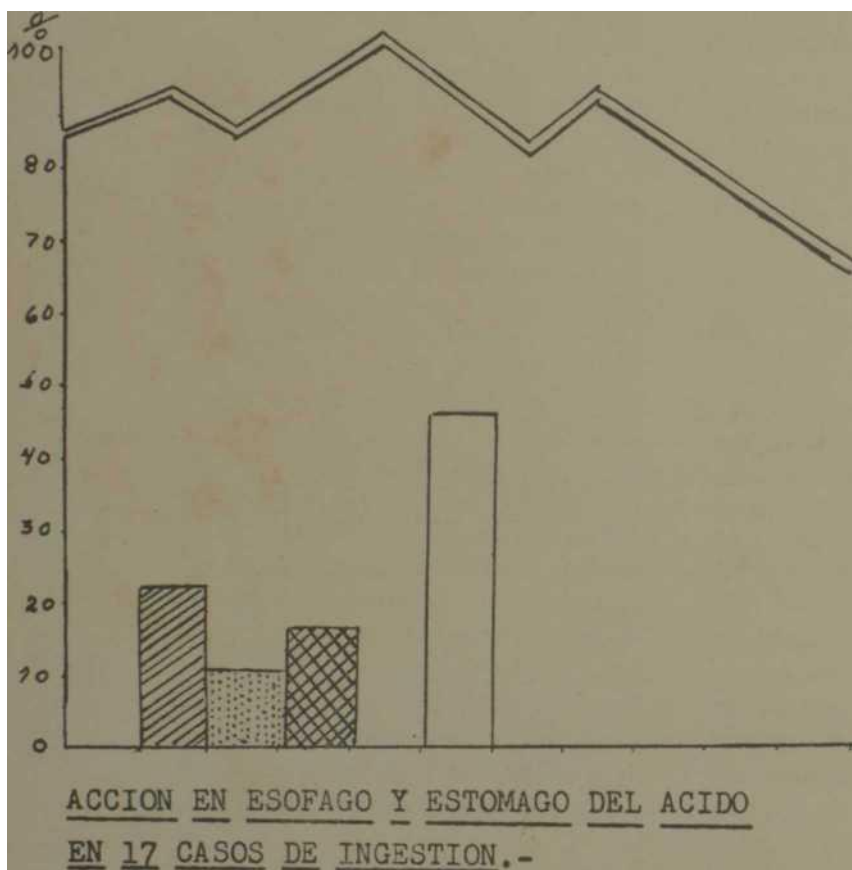
CUADRO No. 2 ESOFAGITIS CAUSTICA

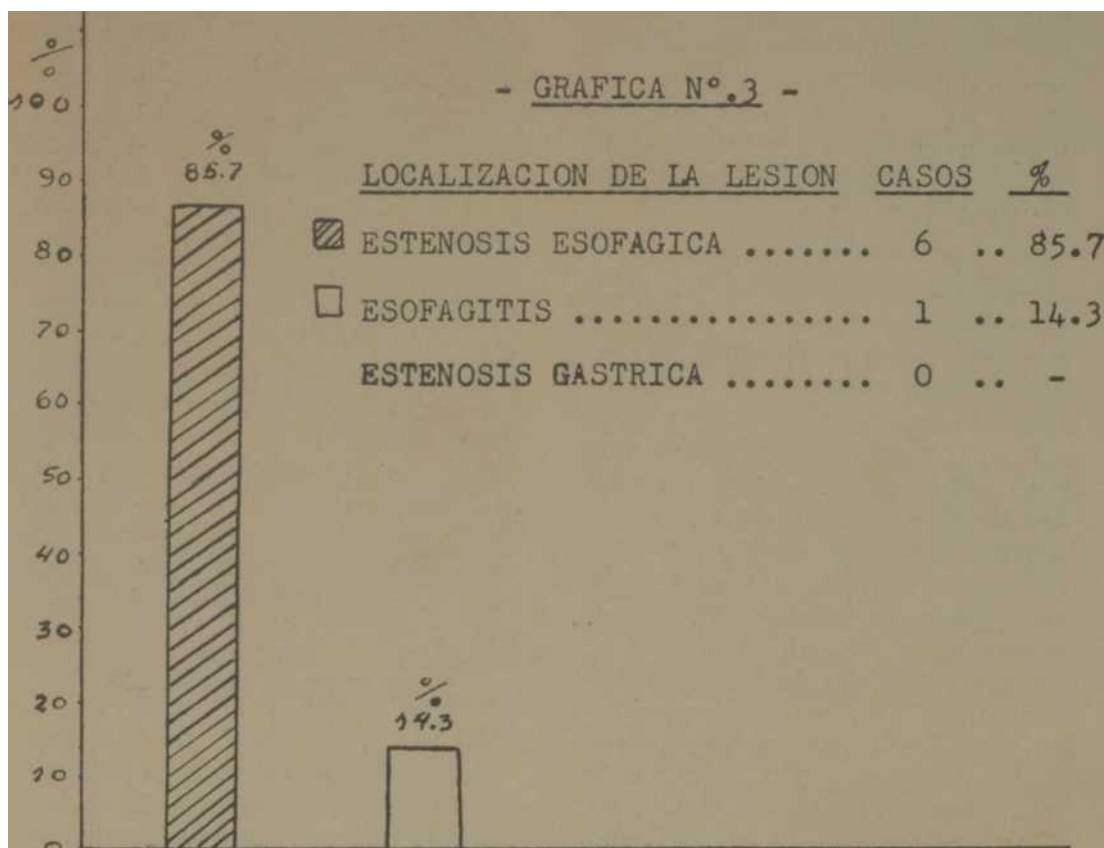
Tipo de Caustico	No. de Casos	Localización de la estenosis			Esofagitis
		Esófago	Estómago	Esófago y estómago	
ACIDO .....	17	4 (23.5%)	2 (11.8%)	3 (17.6%)	8 (47.1%)
ALCALI .....		6 (85.7%)	0 —	0 -	1 (14.3%)
TOTAL .....	24	10	2	3	9

GRAFICA N° . 2.

LOCALIZACION DE LA ESTENOSIS

	CASOS	%
ESTENOSIS ESOFAGICA	. 4	.23
ESTENOSIS GASTRICA	. 2	..11
ESTENOSIS DE ESOFAGO Y ESTOMAGO	3	17





ACCION DEL ALCALI EN ESOFAGO Y ESTOMAGO EN 2 CASOS DE INGESTION. -

mience a tragar, entre los días 10<sup>o</sup> y 14<sup>o</sup>, aproximadamente, prosiguiéndose entonces la administración de corticosteroides por vía oral. Luego se procederá a realizar placa de esófago, estómago y duodeno y, posteriormente, esofagoscopia, pudiéndonos encontrar una mucosa esofágica de aspecto normal o una mucosa esofágica congestiva, sangrante, esfacelada, con tejido de granulación, ulceraciones superficiales o profundas estenosando toda la luz del órgano y, a veces, estas lesiones alternando con mucosa aparentemente normal. Esto es debido a las ondas peristálticas esofágicas y al espasmo reflejo esofágico, que detienen

momentáneamente estas sustancias cáusticas en zonas limitadas, dejando zonas indemnes de mucosa. En los casos en que se hayan observado o se observen por la placa lesiones gástricas extensas, se realizará en el remanente gástrico gastrostomía para posibles dilataciones retrógradas y yeyunostomía, para la alimentación del paciente.

Entre los días 11<sup>o</sup> y 14<sup>o</sup> deben iniciarse las dilataciones de tipo profiláctico utilizando los distintos tipos de sondas conocidos, aun cuando la mucosa tenga aspecto normal, ya que de no procederse así y dársele el alta al paciente, se

producirá indefectiblemente estenosis cicatricial y el enfermo volverá a los dos, tres o seis meses o, quizás, más tarde, con una estenosis ya completamente irreductible y entonces tendrá que ser tributario de técnicas quirúrgicas complicadas.

La base anatómica para iniciar las dilataciones entre los días 11<sup>o</sup> y 14<sup>o</sup> es la siguiente. Cuando se ingieren sustancias cáusticas, se produce una invasión de leucocitos polimorfonucleares a nivel de la mucosa esofágica, originando una barrera que separa el tejido muscular necrótico de las zonas indemnes. Los fibroblastos comienzan a originarse a las 24 horas de la ingestión de la sustancia cáustica; el tejido de granulación comienza a formarse alrededor de la semana; al final de la primera semana o a mediados de la segunda, no más allá del 14<sup>o</sup> día, van a empezar a formarse fibras colágenas a expensas de los fibroblastos (Fig. 1). Estas fibras colágenas tienen una doble función: la primera es la de llenar el hueco producido por la necrosis y, la segunda, a causa de su propiedad de retraerse, la de retraer y estrechar el esófago. Para utilizar o aprovechar esa propiedad elástica de las fibras colágenas es pie comenzamos la

dilatación profiláctica en el momento en que comienzan a formarse, para que la utilización de distintas sondas haga que dichas fibras se moldeen, adoptando la forma y contornos de un esófago lo más cercano a la normalidad.

El resultado del tratamiento por dilataciones (Cuadro 3) fue en nuestra serie el siguiente. Bueno en la totalidad (100%) de los 13 pacientes que presentaban la forma aguda. En los 11 que presentaban estenosis cicatricial, bueno en 8 (80%), regular en 1 (10%) y malo en 1 (10%). Tuvimos dos casos (8.6%) de perforación del esófago por el tratamiento por dilataciones. En uno de los casos de estenosis cicatricial, la administración de tripsina por vía oral evitó la necesidad de realizar dilataciones.

PRESENTACION DE 3 CASOS Caso 1.

Paciente I.R.M., historia clínica 108,167, 26 años, ingirió ácido clorhídrico (sulfumán) el 20 de septiembre de 1965. Concurrió al Cuerpo de Guardia del Hospital General Docente "Enrique Cabrera", donde fue tratado de urgencia, administrándosele sueroterapia y analgésicos para el dolor, ingresando seguidamente en el Departamen-

CUADRO No. 3  
RESULTADO DEL TRATAMIENTO POR DILATACION

	No. de cas*s	Bueno	Regular	Malo
FORMA AGUDA	13	13 (100%)	0	0
ESTENOSIS CICATRICIAL ...	11	8 (80%)	1 (10%)	1 (10%)
TOTAL	24	21 (91.3%)	1 (4.3%)	1 (4.3%)

*Complicación del tratamiento por dilatación:*

2 Casos (8.6%) con perforación de esófago.

NOTA. 1 caso de estenosis cicatricial no se dilató. (Tripsina oral).

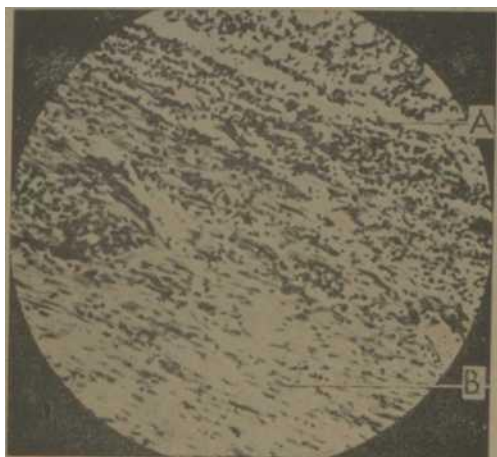


Fig. 1.—Microfotografía en donde se aprecia: A, tejido de granulación y B, fibroblastos con fibras colágenas 20 días después de ingestión de sustancia cáustica: potasa. (Tomada de J. Terracol y R. H. Sweet "Diseases of the Esophagus").

to de Medicina Interna, continuándose allí el tratamiento con alimentación parenteral, corticoides por vía intramuscular y antibióticos. Días después de ingresado, hace una complicación respiratoria traducida por bronconeumonía que cede al tratamiento habitual.

El día 6 de octubre se le practica la primera radiografía de esófago, estómago y duodeno (Fig. 2), en la que el esófago aparece afinado en casi toda su extensión, observándose también marcado afinamiento del estómago a nivel del antro y del cuerpo del mismo, con atrofia de la mucosa con el aspecto de corresponder a una estenosis postcáustica (Fig. 3). El 15 de octubre se efectúa por primera vez esofagoscopia, observándose una estenosis en la unión del tercio medio con el tercio inferior del esófago, sin que sea posible progresar más en el examen. Se procede a pasar bujías dilatadoras de Jackson a través del esofagoscopio hasta llegar a la No. 24. El 20 de octubre se realiza la segunda esofagoscopia, dilatándose a través del esofagoscopio con sondas de Jackson hasta la No. 28. Durante todo este tiempo el

paciente fue alimentado parenteralmente, pues casi no podía tragar a causa de la disfagia ocasionada por las lesiones a nivel del esófago, a las cuales se asociaba la estenosis gástrica. El 22 de octubre y con el objeto de alimentar al enfermo, se practica una yeyunostomía, pasándose a través de la misma ponches de huevo y leche. Se intenta dilatar por la vía oral con la sonda de Bard, pero como sólo pasó la No. 18 con gran dificultad, no se consideró seguro continuar este tipo de dilataciones por el peligro de la perforación gástrica. Ante el fracaso de esta dilatación oral, se decide recurrir a la dilatación retrógrada con sonda de Tucker. Al objeto de ver la extensión de la estenosis del estómago, se había realizado radiografía de este órgano (Figura 4), comprobándose que sólo quedaba del mismo una porción del cuerpo y del fundus. Se esperó un tiempo prudencial para que cesara lo más posible el efecto inflamatorio a nivel de la mucosa gástrica y observar lo que en realidad quedaba de remanente gástrico para realizar la gastrostomía (Fig. 5). Se le practica entonces por el Departamento de Cirugía (Dr. Camayd) gastrostomía y, al mismo tiempo, gastrectomía, resecaando el estómago a nivel del tercio superior con los dos tercios inferiores, dejándose una bolsa gástrica cerrada y abocada al exterior por el orificio de la gastrostomía. El paciente se alimentaba por la yeyunostomía, completándose su aporte calórico con la administración de suero. A través de la gastrostomía se comenzaron dilataciones retrógradas, llegándose a alcanzar el 19 de enero de 1966 un calibre que permitió pasar la sonda No. 32 (Fig. 6). En ese momento se le realizó radiografía de esófago (Fig. 7), en la que ya se puede observar la mejoría en el calibre esofágico obtenida con estas dilataciones retrógradas. Se consi-



*Fig. 2.—Radiografía de esófago en la que éste se observa completamente afinado en la unión de los tercios medio y superior.*



*Fig. 4.—Radiografía de estómago y duodeno donde se aprecia la estenosis gástrica ocasionada por la acción del cáustico, que ha dejado solamente el fundus y el tercio superior del cuerpo gástrico.*

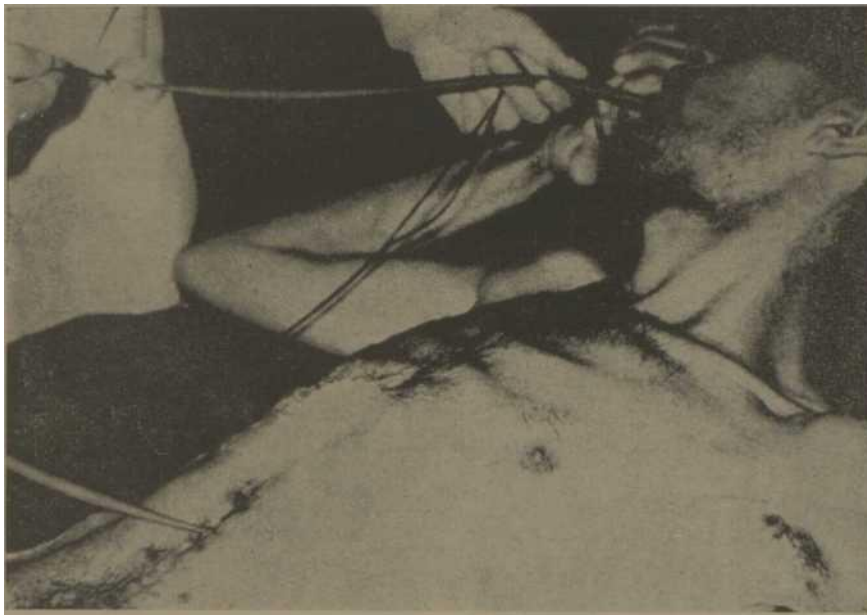


*Fig. 3.—Obsérvese el marcado afinamiento del estómago con atrofia mucosa por la acción del ácido.*



*Fig. 5.—Radiografía de estómago que muestra la bolsa gástrica que ha quedado después de la retracción cicatricial por lesión cáustica de la mucosa gástrica. Obsérvese la sonda de la yeyunostomía para alimentar al paciente.*





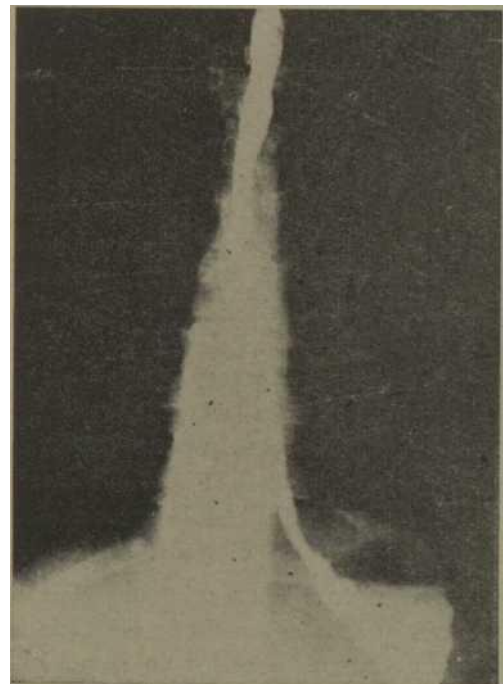
*Fig. 6.—Dilatación retrógrada con sonda de Tucker.*

deró entonces la conveniencia de comenzar a dilatar por vía oral con la sonda de Bard, haciéndose dos dilataciones semanales y llegándose hasta el calibre No. 40. Daba la impresión de que la dilatación con este tipo de sonda era efectiva, aunque el paciente experimentaba dolor, que refería en el tercio inferior del esófago.

El paciente había sufrido inicialmente una severa pérdida de peso. Había ingresado con 150 libras, bajó hasta 90 libras, pero en este momento pesaba ya 126 libras.

El 22 de marzo, considerándose que el esófago tenía un calibre relativamente bueno, se decidió realizar la reconstrucción de la continuidad digestiva, practicándose gastroyeyunostomía término lateral.

Al administrársele alimentación oral con líquidos y dieta blanda, el paciente comenzó a experimentar disfagia, por lo que se decidió dilatar nuevamente



*Fig. 7.—Estado del esófago después de realizar dilataciones retrógradas en las que se alcanzó un calibre hasta la sonda No. 32. Obsérvese cómo ha mejorado el calibre.*

con las sondas de Bard números 20, 22 y 24. En apariencia no había dificultad en el paso de la sonda encontrándose, sin embargo, una resistencia en la porción inferior, que se interpretaba como el choque de las sondas con la pared gástrica. Debido a que la disfagia continuaba a pesar de estas dilataciones, se decidió realizar fluoroscopia y radiografía de esófago (Fig. 8), observándose una estenosis de cuatro milímetros de longitud a nivel del tercio inferior del mismo. Se llegó a la conclusión que las dilataciones practicadas con las bujías de Bard, con las que se alcanzó hasta la No. 40, previa gastroyeyunostomía, no llegaron a ser efectivas, quedando una estrechez en el tercio inferior del esófago sin dilatar, razón por la cual este segmento continuaba estrechado. Las dilataciones que resultaron efectivas fueron las practicadas con las bujías retrógradas de Tucker, con las que se había alcanzado un calibre hasta el No. 32.

El 8 de abril se le practicó entonces al paciente una nueva esofagoscopia con la esperanza de poder dilatarlo a través del esofagoscopio con las bujías de Jackson, comprobándose la estenosis en el tercio inferior del esófago, que al principio se dilató con dificultad, pasándose bujías de Jackson hasta la No- 14. El 13 y el 14 de abril se realizaron nuevas esofagoscopias, pasándose en las mismas hasta la bujía No. 28 de Jackson. Una radiografía hecha después de estas dilataciones (Fig. 9), mostró que la estenosis del tercio inferior del esófago había sido dilatada.

Este enfermo ha continuado siendo dilatado posteriormente una vez al mes por vía oral, con sondas de Bard. Ha mantenido este tratamiento durante un año, está tragando sin dificultad, su peso es de 152 libras y el calibre de su esófago es normal (Fig. 10). Obsérvese cómo ha

quedado reconstituida su continuidad digestiva (Fig. 11).

#### CASO 2

M. P. C., historia clínica 089888, 18 años. El 2 de noviembre de 1965 ingirió pequeña cantidad de sulfamán. Fue tratada en un hospital del interior con alcalinos y leche, que ingería con dificultad. No se administraron corticosteroides por vía parenteral. El 12 de diciembre de 1965 se le practicó radiografía de esófago y estómago (Figs- 12 y 13), por las que se observó el esófago acintado en casi toda su extensión y una estrechez a nivel del antro y de parte del cuerpo del estómago. Fue remitida al Hospital Clínico Quirúrgico. Una vez ingresada en este hospital, a la paciente se le practicó yeyunostomía para su alimentación. El 18 de enero de 1966 se le realizó una esofagoscopia, encontrándose esofagitis marcada con gran sangramiento y abundante tejido de granulación. Se dilata con bujías de Jackson a través del esofagoscopio hasta la No. 20; se le administran corticoides por vía parenteral, manteniéndose con corticoides y antibióticos hasta el 31 de enero, en que se practica una nueva esofagoscopia. Se encontró una mucosa congestiva y sangrante, aunque menos intensamente. Se dilata entonces con bujías de Jackson hasta la No. 24.

El 2 de febrero se le realiza una nueva esofagoscopia, dilatándose con bujías de Jackson hasta la No. 28 (máximo calibre que pasa por el esofagoscopio). Se le deja en el estómago la sonda de Levine No. 12 con objeto de practicar gastrostomía y dejar un hilo para continuar las dilataciones por medio de bujías retrógradas de Tucker.

El 9 de febrero se le practicó la gastrostomía, comenzándose las dilataciones con aumento progresivo de los números. Dichas dilataciones se hicieron

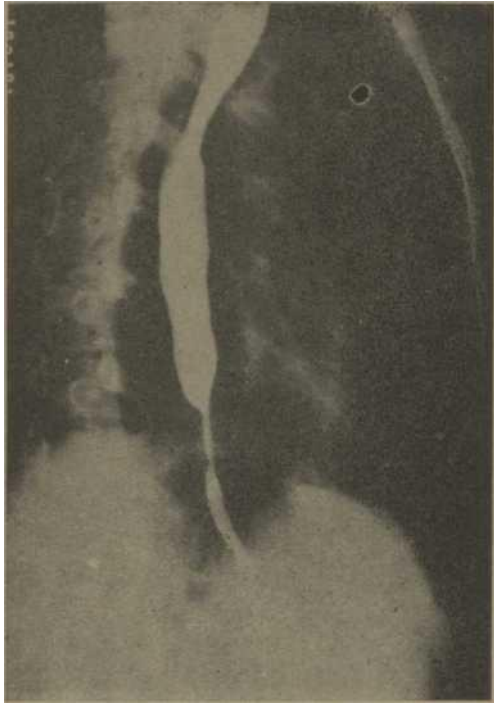


Fig. 8.—Radiografía de esófago que muestra la estenosis de 4 mm. en el tercio inferior de éste.

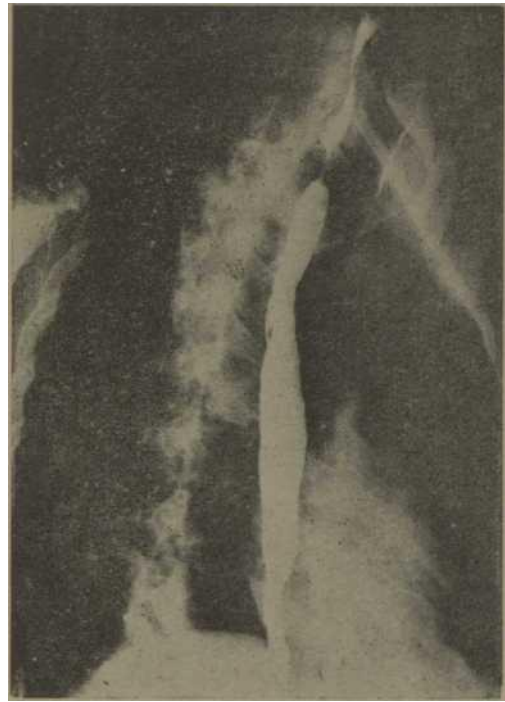


Fig. 10. Radiografía de esófago. Puede apreciarse el calibre normal d el esófago después de las dilataciones con las sondas de Jackson y con las de fiard hasta un calibre No. 34.

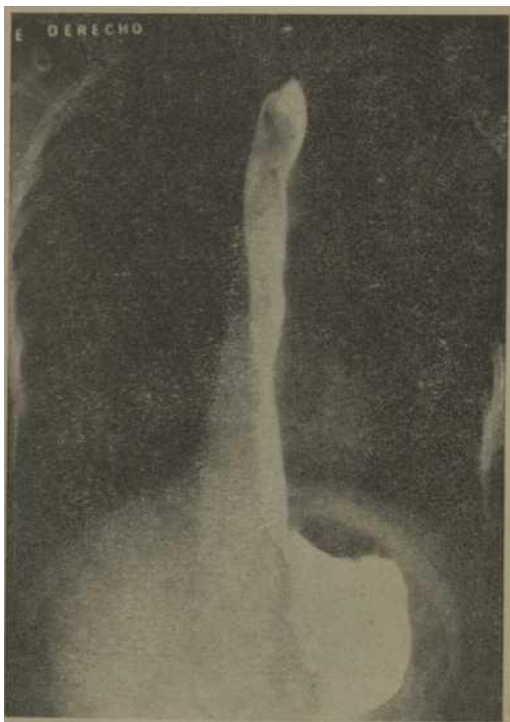


Fig 9.—Radiografía de esófago que muestra el calibre normal del misino después de haber completado la dilatación con sonda de Bard No. 44.



Fig. 11.—Obsérvese la continuidad digestiva, el esófago y la gastroyeyunostomía.



*Fig. 12.—Esófago estrechado desde el tercio medio por la acción del cáustico.*



*Fig. 13.—Estrechez del antro pilórico y de los dos tercios del cuerpo gástrico por la acción del cáustico.*



*Fig. 14. Paciente preparada para realizar las dilataciones retrógradas con las sondas de Luckey. Las sondas están colocadas de calibre menor a mayor.*



*Fig. 15.—Dilatación retrógrada con sonda de Tucker. Obsérvese cómo se tira del extremo del hilo extrayendo la sonda por la boca al mismo tiempo que la otra sonda inicia su penetración por el orificio de la gastrostomía.*

dos veces por semana, hasta llegar al calibre máximo No. 38 (Figs. 14 y 15). Estas dilataciones retrógradas se han continuado durante tres meses. La enferma ha recuperado 20 libras de peso. Cada vez que se realizaban las dilataciones se observaban pequeños sangramientos y ello hacía pensar que la mucosa esofágica mantenía inflamación en actividad. Se indicó gastroyeyunostomía, que se realizó para restituir la continuidad digestiva y, después de llegar al calibre máximo con las sondas de Tucker, se realizó radiografía de esófago (Fig. 16), en donde se puede observar cómo ha mejorado el calibre esofágico. La enferma se está dilatando actualmente una vez al mes con sonda de Bard, habiendo llegado al calibre máximo, el No. 44: traga sin dificultad y su esófago tiene un calibre normal (Fig. 17).



*Fig. 16.—Radiografía de esófago donde se aprecia que el calibre de éste se ha modificado, dilatándose, después de pasar las sondas de Tucker por vía retrógrada.*





Fig. 17.—Radiografía de esófago mostrando el calibre normal del mismo después de dilataciones progresivas por vía oral con sondas de Bard hasta llegar al calibre máximo No.



Fig. 18.—Cuerpo extraño (carne) en el tercio inferior del esófago.

44.

CASO 3

A. M. C., historia clínica 109388, 35 años. Hace 17 años ingirió ácido clorhídrico en la forma de sulfumán, el cual le produjo lesión esofágica y lesión gástrica. Fue dilatada precozmente en el Hospital "Gral. Calixto García", quedando con un esófago de buen calibre. Lleva una dieta prácticamente libre, con la única precaución de masticar bien los alimentos.

El día anterior a su ingreso notó al comer disfagia aguda, por lo que viene al Hospital General Docente "Enrique Cabrera", donde se comprueba por placa de esófago la presencia de un cuerpo extraño en el tercio inferior del mismo (Fig. 18). Se intenta realizar esofagoscopia, encontrándose una estenosis en la boca del esófago, que impide el paso del aparato pero que permite, sin embargo, el paso de una bujía de Jackson No. 28.

Ante la imposibilidad de llegar al segmento inferior del esófago, donde estaba alojado el cuerpo extraño, y con el antecedente de haberse producido el accidente comiendo carne, se decidió administrarle tripsina oral, 125 mg. disueltos en 20 ml. de agua, a tomar 5 ml. cada media hora, llegando a tomar la paciente un total de 40 ml. Este tratamiento lo realizó durante la tarde del día 27 de enero de 1966 y, en la mañana del 28 de enero, tragaba perfectamente (Fig. 19). La tripsina había disuelto con su poder proteolítico la carne estacionada en el segmento inferior del esófago.



Fig. 19.—El cuerpo extraño (carne) ha sido disuelto por la tripsina.

#### RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se aconseja en los casos de esofagitis cáustica administrar, en el transcurso de las 38 horas siguientes a la ingestión del cáustico, corticosteroides por vía parenteral y continuarlas por vía oral tan pronto el paciente pueda tragar. En el período de tiempo comprendido entre los días 11<sup>o</sup> y 14<sup>o</sup>, deben realizarse dilataciones precoces con sondas dilatadoras, aun cuando el paciente trague sin dificultad. Es precisamente en este período en que las fibras colágenas comienzan a formarse y, al aprovechar su facultad elástica, se les puede moldear mediante las dilataciones. De esta forma se le dará al esófago una forma y un contorno lo más aproximadamente a lo normal y se evitará la estenosis cicatricial que, de no actuarse así, se habrá de producir indefectiblemente. Las estenosis cicatriciales constituidas deben tratarse de

dilatar en todos los casos en que exista un pequeño orificio que deje pasar una bujía dilatadora.

#### SUMMARY AND CONCLUSIONS

In cases of caustic esophagitis it is advisable to administer, during the 38 hours following the ingestion of the caustic, corticosteroids parenterally to be continued orally as soon as the patient can swallow. During the time comprised between the eleventh and the fourteenth days, precocious dilatations with dilator catheters should be performed, even if patient swallows without difficulty. It is precisely during this period that collagen fibers begin to be formed, and taking advantage of its elasticity, they can be molded by means of the dilatation. In this way, the esophagus will be given a form and an outline grossly normal and the cicatricial stricture could be avoided which, otherwise, should be produced indefinitely. Cicatricial strictures already established should be tried to dilate in all cases where there exists a small aperture through which a dilating catheter can be passed.

#### RESUME ET CONCLUSIONS

• On conseille administrer corticostéroïdes par voie parentérale et les continuer par voie orale aussitôt que le patient puisse avaler dans les cas d'oesophagite caustique, dans l'écoulement des 38 heures suivantes à l'ingestion du caustique. Dans le temps compris parmi l'onzième et le quatorzième jour, on doit réaliser des dilatactions précoces avec sondes dilatatrices, quoique le patient avale sans difficulté. Il est précisément dans cette période que les fibres collagènes commencent à se former et, profitant de sa faculté

elastique, elles peuvent être moulés nioyennant les dilatations. De cette maniere on donnerait á Loesophage une forme et un contour presque normal en evitant la stricture cicatricielle laquel, d'autre fa^on,

sera produite infaillible- ment. Les strictures cicatricielles cons- tituées doivent être dilatées en tous cas oíi existe un petit orifice qui permet passer une sonde dilatatrice.

#### BIBLIOGRAFIA

1. —*Bolstad, D. S.*: Pyloric obstruction and stricture of the oesophagus following ingestión of lye (sodium hydroxide mixed with sodium carbonate). Arch. Oto-La- ryngol., 42: 180, 1948.
2. —*Brain, R.*: Strictures sumultanées de l'oesophage et de l'estomac. Brit. J. Surg., 36: 144, avril 1949.
3. —*Cody, C. C.*: Management of oesophageal strictures. Arch. Oto-Laryngol., 47: 133, 1948.
4. —*Gignoux, M., et Colson, P.*: Rétrécisse- ment cicatriciel de Foesophage et du pylore par caustique. Dilatation. Gastro- entéro-anastomose. Guérison. J. de Méd. de Lyon, no. 689, 20 Sept. 1948.
5. —*A'ynro, G.*: La sténose totale de l'oeso- phage par ingestión de caustiques. Arch. Ital. di Chir., Bologne, 72: 2, 1969.
6. —*Sudakn, P. et Gardel, A* propos du traitement des sténoses cicatricielles serrées ou isfranchissables de l'oesophage. Cahiers med. de l'Union fran\$ 4. 26, pp. 31-34. janv., 1949.
7. —*Terracol, J. and Stecet, R.* Disease of the Esophages. W. B. Saunders Company, pp. 358-96. 1958.
8. —*Wells, C. A., et al.*: Perforation consécu- tive a la dilatación des sténoses de l'oeso. phage. Thorax, June, 1949. Rev. Cub. Med. 8: 29-38, Ene.-Jun. 1969