

Editorial

Esofagitis por reflujo. Bases patológicas de un plan terapéutico racional

Dr. OSCAR BERMUDEZ

El reflujo gastroesofágico se produce siempre en condiciones patológicas y crea a su vez una patología cuando llena condiciones de agresividad. Llámesele “esofagitis por reflujo”, “esofagitis péptica”, “enfermedad péptica del esófago” o “enfermedad del reflujo”, la entidad nosológica que se origina en el esófago inferior como consecuencia de la acción agresiva de las secreciones del sector digestivo alto, es, por su polimorfismo patológico, una afección compleja en el terreno anatomofuncional, en su expresión clínica y en su tratamiento.

Se integra con lesiones anatómicas de gravedad variable en extensión, profundidad y carácter evolutivo. Se intrincan en ella, síntomas vinculados a las lesiones esofágicas que el reflujo crea, con aquellos que corresponden a la enfermedad o situación patológica causante del reflujo. En formas avanzadas, la estenosis plantea problemas de diagnóstico causal, a veces difíciles de resolver aun con la exploración operatoria.

El problema terapéutico es complejo, especialmente en lesiones ulcerosas estenosantes con acortamiento del esófago y cuando se enfrentan asociaciones lesionales.

Las bases patológicas de esta entidad creada por el reflujo, la ubican en el lugar de mayor interés para el cirujano después del cáncer del esófago. Su correcto conocimiento es indispensable para estructurar un plan terapéutico racional y en tal sentido, es pertinente agrupar aquellas situaciones en las cuales los factores intervinientes (causas determinantes del reflujo, modo de agredir, tipo lesional que provoca) configuran entidades anatomoclínicas y radiológicas que encuadran en normas de conducta semejantes.

Tres hechos no admiten discusión:

1) La primacía indiscutible del reflujo en el determinismo lesional es una realidad, desde que Quincke en 1879 lo responsabilizó de ser el agente productor de la mayor parte de las esofagitis.

2) El reflujo agresor se produce en múltiples circunstancias, pero hay en ellas un deominador común: alteración del mecanismo cardial de contención.

3) *No basta la presencia del reflujo como hecho físico para que las lesiones se produzcan; debe poseer condiciones de agresividad. En dicho balance interesa establecer: poder péptico, intermitencia o continuidad, terreno en el cual actúa y sensibilidad individual. Se trata en general de la secreción clorhidropéptica; pero en circunstancias especiales la secreción alcalinotriptica de origen duodenal puede convertirse en agresor importante.*

SITUACIONES PATOLOGICAS CREADAS POR EL REFLUJO

En primera instancia deben separarse dos grandes grupos: I) Esofagitis por reflujo vinculadas a circunstancias patológicas no operatorias. II) Esofagitis por reflujo resultantes de actos quirúrgicos realizados en la región gastroesofágica que suprimen o alteran el mecanismo de contención.

Nos ocuparemos del primer grupo. El segundo integra un importante capítulo en el balance de la cirugía regional y actualmente diversas técnicas se dirigen a evitar el reflujo.

I) REFLUJO Y ESOFAGITIS EN CIRCUNSTANCIAS PATOLÓGICAS NO OPERATORIAS

A) EN AUSENCIA DE HERNIA HIATAL.

a) *Lesiones que interfieren con el funcionamiento piloroduodenal. Un grupo de pacientes presenta disminución de la suficiencia cardial que no se expresa en condiciones de funcionalidad normal, pero que se manifiesta cuando debe afrontar una hipertensión intracavitaria por hipertensión pilórica de origen extragástrico o lesiones orgánicas gastro-duodenales. El hecho patológico se observa con cierta frecuencia en portadores de ulcus o afecciones biliares y pancreáticas. Moersch y col. encuentran que un porcentaje alto de enfermos con lesiones de esofagitis superficial, son ulcerosos duodenales. Estos pacientes curan su esofagitis con el tratamiento correcto de la afección causante de la hipertensión intracavitaria.*

b) *Malformaciones cardiófúndicas sin hernia.— La esofagitis por reflujo en estas circunstancias fue señalada por Montezuma de Carvalho en 1951, quien atribuyó esta incidencia a la pérdida de las conexiones musculoconjuntivas en el segmento cardioesofágico del hiatus. Lortat-Jacob en 1953 describe las “malposiciones cardiotuberositarias” como consecuencia de anomalías en la disposición del peritoneo subfrénico izquierdo. Considerando que el sinus cardiotuberositario es normalmente uno de los medios más importantes de protección contra el reflujo, grados variables de anormalidad en su disposición favorecen el reflujo que se expresa clínica y radiológicamente con sus consecuencias inflamatorias en el tercio inferior del esófago.*

c) Procesos extrínsecos expansivos desarrollados en la logia subfrénica izquierda, llegan a perturbar mecánicamente el sistema de contención cardioesofágico. Existen observaciones de hidatidosis subfrénica provocando gran dislocación cardiofúndica con el reflujo correspondiente y lesiones de esofagitis superficial pero ruidosa, que curaron con la supresión del quiste y la fundopexia simple.

B) EN LA HERNIA HIATAL POR DESLIZAMIENTO.

Un elevado porcentaje de hernias hiatales presenta reflujo activo. La intensidad del síndrome clínico y la gravedad lesional están en relación con la agresividad y modo de acción del reflujo y no con el tamaño de la hernia. La etapa patológica representa papel importante en las características del reflujo, su modo de acción y sus consecuencias lesionales.

a) Hernia hiatal espontáneamente reductible.— Reflujo intermitente. Sobreviene en etapas de la digestión y en posiciones determinadas. Las posibilidades de dilución y neutralización parcial por los alimentos atenúan su agresividad. La esofagitis puede ser ruidosa por la intensidad de la pirosis, el dolor y aun por manifestaciones hemorrágicas; pero las lesiones son generalmente superficiales. Cuando existen ulceraciones no alcanzan la capa muscular.

b) Hernia hiatal no reductible espontáneamente, pero sin acortamiento adquirido del esófago. Las condiciones del reflujo pueden no agravarse. Un gran segmento de estómago dentro del tórax crea a veces una cámara gástrica continente y en tales circunstancias, aun cuando el cardias es intratorácico, el reflujo puede ser discreto e intermitente. Grandes hernias por deslizamiento en personas de edad avanzada se descubren en exámenes de rutina o consultan por trastornos mínimos o sufrimientos de orden mecánico.

c) Esófago corto adquirido o "esófago acortado".— Lesiones graves evolutivas de esofagitis crónica (úlceras profundas, fibrosis, estenosis, periesofagitis), retraen el esófago; atraen y fijan dentro del tórax un segmento de estómago. Se constituye así una entidad patológica compleja y grave con características anatomoclínicas bien definidas: cardias en posición intratorácica permanente sin posibilidades de ser reintegrado al abdomen; esófago rectilíneo por acortamiento. El estómago herniado no forma cámara; es un cilindro rígido o un cono cuyo vértice está en continuidad con el esófago. El reflujo es inevitable y continuo porque ha desaparecido todo medio de contención. Desde el punto de vista lesional, se configura la gastroesofagitis ulcerosa y estenosante, hemorrágica o no. Los hechos clínicos, de acuerdo a las lesiones son de entidad, subrayados por una larga historia de sufrimiento que ha ido agravándose en forma lenta, pero donde se destaca la tolerancia a través de años de una disfagia que cursa con episodios de afagia.

d) *Hernia hiatal y lesiones asociadas.*—Nos referimos particularmente a dos situaciones que el cirujano vive con frecuencia: 1) *Hernia hiatal, esofagitis y litiasis biliar. Esta asociación es frecuente y corresponde establecer las características personales de la hernia hiatal para decidir si puede o no tratarse conjuntamente con la litiasis, puesto que el correcto tratamiento de ésta, puede mejorar las condiciones del reflujo.* 2) *Hernia hiatal, esofagitis y ulcus duodenal. El problema es aquí más complejo. Estos pacientes son en su mayoría hipersecretores moderados o elevados, lo cual aumenta la agresividad del reflujo. Estudios acidimétricos son indispensables para conducir el tratamiento sobre bases fisiopatológicas firmes. Cada afección debe valorarse en particular y luego integrada en su asociación lesional.*

C) ESÓFAGO CORTO CONGÉNITO.

Aunque poco frecuente es una realidad e interesa recordar su existencia. Resulta de una desarmonía en el desarrollo de órganos (diafragma, esófago y columna vertebral) que guardan entre sí estrecha dependencia en una zona donde se operan acontecimientos embriológicos importantes. La patología que el reflujo crea en el braquiesófago congénito es igual que en el adquirido. El diagnóstico diferencial entre ellos no puede ser hecho por la radiología ni la endoscopia y aun es difícil en el adulto durante el acto operatorio. La arteriografía visceral puede individualizarlo mostrando el origen de su vascularización.

D) DISPOSICIONES ANORMALES EN EL REVESTIMIENTO INFERIOR DEL ESÓFAGO.

Esta entidad difiere del esófago corto y de aquel que presenta islotes de mucosa gástrica heterotópica. Barret en 1950 señaló condiciones semejantes al esófago corto, en las cuales la mucosa gástrica asciende en el esófago inferior. Allison y Johnstone en 1953 estudiaron pacientes en esofagitis por reflujo, cuyo esófago inferior estaba revestido de mucosa gástrica, situación que permite el desarrollo de ulcus de tipo gástrico en dicho sector. Barret en 1957 describe detalladamente las características anatomohistológicas y secretorias de lo que llama "esófago inferior revestido de epitelio columnar" y concluye, que la úlcera péptica descrita en estos pacientes, se ha desarrollado en ese segmento inferior anormal y no en islotes de mucosa gástrica heterotópica. Lortat-Jacob en 1957 denomina "endobraquiesófago" al estado anatómico caracterizado por la discordancia entre la disposición de las estructuras musculares del esófago y su revestimiento mucoso. Mientras el cardias muscular ocupa su sitio normal bajo el diafragma, la mucosa asciende por encima del cardias en una extensión variable y presenta caracteres de mucosa gástrica.

De lo expuesto por los distintos autores que se han ocupado del tema surgen las siguientes conclusiones:

1) *La esofagitis por reflujo puede ocurrir en esófagos que presentan un revestimiento anormal en su parte inferior, con características semejantes, pero no iguales a las de la mucosa gástrica.*

2) *La secreción de este revestimiento anormal es de tipo predominantemente mucoso; pobre en ácidos, pepsina y secretina. Las lesiones de esofagitis tienen más probabilidades de ser provocadas por el reflujo que por su propia secreción.*

3) *Tratándose de una disposición congénita debe ser más frecuente de lo que se señala. Su diagnóstico sólo se plantea cuando es asiento de un proceso patológico. Desde el punto de vista lesional, la esofagitis que se desarrolla a su nivel tiene las mismas características que en otras situaciones de reflujo.*

4) *La úlcera del esófago descrita en la literatura como "úlceras de Barret", es en realidad una úlcera gástrica crónica porque se desarrolla en esófago revestido de mucosa gástrica o en un cono gástrico intratorácico.*

RECURSOS TERAPEUTICOS EN RELACION CON LAS BASES PATOLOGICAS

CONCEPTOS GENERALES.— *Un plan racional debe considerar: condiciones etiológicas, forma anatomoclínica, etapa evolutiva de las lesiones y balance general del paciente.*

El tratamiento médico está siempre indicado, sea como tratamiento único o como preoperatorio. No cura la enfermedad, pero puede hacerla tolerable en determinadas situaciones que no permiten afrontar riesgos quirúrgicos importantes. Recordar: que durante una larga etapa de su evolución el sufrimiento se hace por empujes; que en la disfagia intervienen componentes inflamatorios y espásticos capaces de retroceder; que en lesiones avanzadas el acto operatorio debe estar precedido de una rigurosa preparación del terreno local y general.

La dilatación instrumental puede actuar eficazmente sobre la disfagia en estenosis constituidas; pero mientras se mantenga el reflujo su efecto es sólo temporario. En cambio, cuando se ha logrado suprimir el reflujo por procedimientos quirúrgicos sin actuar directamente sobre la lesión esofágica, la dilatación instrumental postoperatoria obtiene excelentes resultados sobre la estenosis (Etala, Chalnot y Grosdidier).

La indicación operatoria surge del balance patológico: fracaso de un tratamiento médico bien conducido, pirosis dolor y disfagia de agravación progresiva; formas evolutivas ulcerosas y estenosantes; complicación hemorrágica seria recidivante o hemorragias pequeñas y reiteradas que llevan a la anemia crónica; imposibilidad de descartar el neoplasma; la perforación aguda es muy rara y constituye una indicación de emergencia.

ELECCIÓN DEL PROCEDIMIENTO.— *Debe estar siempre presente el principio fisiopatológico de la enfermedad: la agresividad del reflujo mantenido por la insuficiencia gastroesofágica. Cualquiera sea la situación patológica, el plan operatorio debe integrarse con el propósito de suprimir el reflujo o atenuar su agresividad. El conocimiento de las bases patológicas permite agrupar situaciones anatomoclínicas que encuadran en las mismas directivas terapéuticas.*

Primer grupo. *Lo integran: esofagitis en malformaciones cardiofúndicas sin hernia; esofagitis en la hernia hiatal reductible; esofagitis en la hernia hiatal irreductible sin acortamiento del esófago.*

En este grupo hay que ser prudente en la indicación operatoria. Estar seguro de que la esofagitis es responsable de los trastornos que se le atribuyen y de su rebeldía al tratamiento médico. Adquirido el convencimiento de la indicación quirúrgica, deben intervenirse sin esperar la aparición de lesiones graves evolutivas.

Directiva fundamental: suprimir el reflujo. *La hernia hiatal por deslizamiento no debe tratarse con el criterio reparador que preside el tratamiento de otras hernias parietales. La reducción y hernioplastia no curan la enfermedad mientras persista el reflujo. El concepto de recidiva en la hernia hiatal, finca fundamentalmente en la perturbación funcional mantenida por el reflujo agresor.*

Cumplen con la finalidad de suprimir el reflujo: 1) la fundoplicatura (Nissen); 2) la reconstrucción del sinus cardioesofágico, para la cual hay variantes técnicas y tácticas (Lortat-Jacob, Santy-Michau, Cendán, Toupet).

Las discrepancias respecto a vías de acceso, maniobras de reducción, tácticas de contención, conducta con el saco herniario y el hiatus esofágico, pueden variar en cada caso particular.

Los malos resultados obtenidos en la cirugía de la hernia hiatal por persistencia del reflujo han motivado que numerosos autores (Woodmar y col., Beardsley y Eddy, Berman y Berman, y Herrington, entre otros) aconsejen tácticas asociadas y procedimientos balanceados (reducción y herniorrafia, vagotomía y piloroplastia) dirigidos a prevenir el sufrimiento postoperatorio por esofagitis. Es un punto cuestionado en cuya discusión no podemos entrar. Cada caso debe ser particularmente considerado. Si es posible restablecer la continencia esofagogástrica, no parece justificado en primera instancia, asociar tiempos operatorios que no son inocuos.

Segundo grupo. *Esofagitis por reflujo y lesiones asociadas.*

a) *Litiasis biliar. La indicación operatoria sobre la litiasis no se discute. El problema se plantea con la esofagitis concomitante teniendo en cuenta que en muchos casos mejora con el tratamiento de la litiasis. Si el sufrimiento es de entidad y las condiciones del paciente lo permiten, debe tratarse en el mismo acto operatorio.*

b) Ulcus duodenal. *En el balance patológico del ulcus debe considerarse: comportamiento de la secreción gástrica; tipo de lesión y estado evolutivo; terreno en el cual asienta el ulcus; eficacia y riesgo de cada procedimiento. Respecto a la hernia corresponde establecer: características personales en relación con su etapa patológica; grado de mejoría que podría experimentar la esofagitis con el tratamiento racional del ulcus; indicación de dirigir además el tratamiento a suprimir el reflujo o a atenuar su agresividad por maniobras quirúrgicas.*

Si existe indicación quirúrgica para el ulcus que cursa con gran hiperclorhidria asociado a una esofagitis péptica, se ofrecen dos grupos de soluciones: 1) Las que actúan sobre el ulcus sin hacerlo directamente sobre el reflujo, pero disminuyendo la secreción y favoreciendo la evacuación del estómago (gastrectomía subtotal clásica, vagotomía y gastrectomía distal, amplia o reducida, vagotomía y operación de drenaje gástrico). El grado de mejoría de la esofagitis dependerá de la disminución que se obtenga en cantidad y poder péptico sobre el reflujo. 2) Las que asocian un procedimiento antireflujo a la vaguectomía con drenaje gástrico o con resección distal reducida. Para ambos grupos de soluciones debe recordarse, que en lesiones avanzadas del esófago, la vagotomía completa por vía abdominal puede ser difícil, riesgosa y aun imposible.

Tercer grupo. Lesiones avanzadas de esofagitis ulcerosa y estenosante que han conducido al braquiesófago adquirido. *La indicación operatoria no se discute, pero la situación es difícil de resolver. Discrepancias conceptuales sobre el carácter evolutivo de las lesiones han llevado a proponer múltiples procedimientos. Quienes consideran que las lesiones graves evolucionan inexorablemente a la estenosis retráctil, preconizar exéresis de la zona enferma como una indicación de principio y ofrecen: 1) Resecciones gastroesofágicas seguidas de anastomosis directa, asociadas o no a piloroplastia (Sweet, Wangensteen II). 2) Resecciones gastroesofágicas seguidas de anastomosis antireflujo (Lortat-Jacob, Watkin, Nissen). 3) Resecciones bipolares (Ellis, Holt y Large). 4) Resecciones limitadas a la zona enferma, restableciendo la continuidad sobre tubos gástricos confeccionados a expensas de la gran curva gástrica (Rutkoswki, Gabriliu). 5) Exéresis lesional e interposición esofagogástrica de un segmento intestinal (Merendino, Allison II, Neville, Herrington).*

Se trata de operaciones laboriosas, requieren vías de abordaje combinadas y aumentan en forma importante el porcentaje de morbimortalidad (10-15 %), muy alto tratándose de una afección benigna. Por otra parte, se fundamenta la exéresis en base a una irreversibilidad lesional difícil de certificar mientras el reflujo está actuando. Otros autores con gran experiencia llegan a la conclusión de que en la mayoría de los casos no es necesaria la exéresis de la zona ulcerada y estenosada porque "suprimiendo el reflujo la reversibilidad de los componentes inflamatorios es la regla" (Etala); que rara vez la fibrosis es de tal grado que no permita la regresión parcial del proceso como para

mejorar los síntomas penosos cuando el reflujo ha sido suprimido y que en el peor de los casos la mejoría por dilatación instrumental postoperatoria es duradera. En base a estos hechos contraindican la exéresis de principio, aun tratándose de lesiones graves, pero no definitivamente estenosantes y ofrecen las siguientes soluciones:

1) Operaciones que actúan solamente sobre el reflujo restableciendo la continencia esofagogástrica por la reconstrucción del ángulo de His o la funduplicatura realizada en el tórax. Requieren una liberación amplia del segmento de esófago enfermo, el cardias y el fundus, única manera de asegurar la plástica continente (Lortat-Jacob, Nissen).

2) Operaciones que buscan evitar el reflujo, disminuir la secreción y facilitar la evacuación gástrica, manteniendo la lesión torácica "in situ". Tipo: operación de Etala.

3) Operaciones que realizan la esofagoplastia local, protegiéndola y completándola por un procedimiento antireflujo. a) Esofagoplastia local protegida por funduplicatura a la manera de Nissen; es aplicable a estenosis localizadas irreversibles (Lortat-Jacob). b) Operación de Thal. Ensancha la zona estenosada por la incisión longitudinal y la protege con la aplicación de la gruesa tuberosidad al esófago subyacente realizando una válvula profunda que en principio se opone al reflujo. El autor la realiza por toracotomía.

4) Operaciones que integran un plan económico: vagotomía y piloroplastia o vagotomía y resección gástrica distal. Están destinadas a disminuir la secreción y facilitar la evacuación del estómago. No impiden el reflujo, pero atenúan su agresividad. Deben considerarse en el balance general del paciente porque en ciertos casos han dado resultados satisfactorios. La vagotomía asociada a la resección gástrica distal correctamente realizada, puede anular casi totalmente la secreción y aunque el reflujo se mantenga es poco ofensivo. Cabe la posibilidad del reflujo duodenal alcalinotriptico, pero hay para ello soluciones en el montaje gastroyeyunal. La objeción importante es que, en un esófago acortado con lesiones avanzadas, la vagotomía completa por vía abdominal es difícil o imposible y debe realizarse por vía torácica.

CONCLUSIONES

1) La elección del procedimiento estará condicionada al balance patológico, considerando: condiciones etiológicas y mecanismo del reflujo; grado lesional y estado evolutivo; lesiones asociadas.

2) Cuando el tratamiento quirúrgico está indicado, debe mantenerse el principio de suprimir el reflujo, cualquiera sea el procedimiento que se adopte y si ello es imposible, utilizar recursos para atenuar su agresividad.

3) En la elección del procedimiento, no perder de vista el carácter benigno de la afección. Las intervenciones excesivamente riesgosas sólo se justifican en circunstancias muy especiales.