

## SITUACIONES PATOLOGICAS. ASPECTOS CLINICOS Y RADIOLOGICOS

Dr. OSCAR BERMUDEZ

El correcto conocimiento de las bases patológicas es indispensable para establecer un plan terapéutico racional en toda enfermedad. Esta condición se hace más imperiosa en la esofagitis por reflujo porque su conocimiento está aún en plena evolución.

### HECHOS BASICOS

*En el terreno etiopatogénico*

1) *Es indiscutible la primacía del reflujo en el determinismo lesional.*

2) *En general se trata de la secreción clorhidropéptica, aunque en circunstancias especiales, la secreción duodenal se convierte en un agresor de entidad. El revestimiento malpighiano del esófago reacciona mal al contacto de las secreciones del sector digestivo alto.*

3) *El reflujo se produce en múltiples circunstancias patológicas, pero en todas ellas hay un denominador común: alteración del mecanismo que regula la continencia gastroesofágica.*

4) *La existencia de reflujo como hecho físico no es suficiente para provocar la enfermedad, lo cual está avalado por la poca frecuencia de las esofagitis graves frente a la gran frecuencia del reflujo. Las lesiones graves requieren que el reflujo tenga condiciones de agresividad, es decir, actividad péptica y que ejerza su acción en forma repetida o permanente en esófagos altamente sensibles.*

5) *Las lesiones resultan del proceso de digestión que las secreciones del sector alto, —cualquiera sea su origen, gástrico o duodenal—, provocan en la mucosa esofágica. En tal sentido, la “esofagitis por reflujo” es una “esofagitis péptica”.*

6) *El ataque péptico electivo en el tercio inferior se explica porque está más expuesto a la acción agresiva. La mucosa esofágica alta no tiene como se ha pretendido, una resistencia mayor. La realidad es que el reflujo rara vez asciende a la altura del cavado aórtico y en tales condiciones es temporario y fugaz.*

## *En el terreno lesional*

Hay que separar 2 grupos netamente diferenciados:

1) *Esofagitis superficial*, congestiva, edematosa, erosiva, corolario de un reflujo intermitente. Desde el punto de vista evolutivo son lesiones francamente reversibles si se suprime correctamente el reflujo.

2) *Esofagitis grave*, caracterizada por lesiones avanzadas subagudas y crónicas de tipo ulceroso y estenosante, que resultan de la acción corrosiva de un reflujo que tiene posibilidades de actuar en forma permanente o repetida durante largo tiempo. En el balance patológico de estos pacientes, la interrogante más difícil para el cirujano es establecer, qué posibilidades y porcentaje de reversibilidad hay en esas lesiones una vez suprimido el reflujo, porque en ello finca la elección del procedimiento quirúrgico. En tal sentido, autores con dilatada experiencia señalan que, salvo casos en que la fibrosis es muy avanzada o ha adquirido etapa cicatrizal, la cuota parte de reversibilidad es alta a condición de suprimir el reflujo [Etala (7)].

*En síntesis: La esofagitis por reflujo se presenta como una enfermedad polimorfa. Se integra con lesiones de gravedad variable en extensión, profundidad y carácter evolutivo. Tipos y grados lesionales se relacionan con el modo de actuar del reflujo, su calidad agresiva y las circunstancias en que se produce.*

## SITUACIONES PATOLOGICAS

En el terreno etiopatogénico, anatomoclínico y radiológico, interesa agrupar situaciones, en las cuales los factores intervinientes (causas determinantes del reflujo, modo de agredir y tipo lesional que provoca), encuadren en normas de conducta semejantes. Sólo nos referiremos a la patología que el reflujo crea en *circunstancias patológicas no operatorias*. La esofagitis por reflujo resultante de actos quirúrgicos realizados en la región gastroesofágica que suprimen o alteran el mecanismo de contención, integran un importante capítulo en el balance de la cirugía regional que será motivo de otra ponencia en esta Mesa Redonda.

*1er. Grupo de situaciones. El reflujo agresor no se origina en la patología propia de la región gastroesofágica.*

Se trata de pacientes que por circunstancias orgánicas o funcionales, presentan una *hipertensión intragástrica* a la cual se asocia una *disminución de la suficiencia cardial*. La diferenciación funcional con finalidad esfinteriana dispuesta en el esófago inferior (esfínter funcional), es normalmente asiento de un tono

permanente que lo mantiene cerrado; su resistencia a la presión está disminuida en estos casos y ello favorece el *reflujo en un marco de inestabilidad funcional cardioesofágica*.

Los hechos patológicos muestran:

a) La esofagitis por reflujo de tipo superficial se observa en un alto porcentaje de ulceros duodenales [Moersch y col. (8)].

b) La asociación de úlcera duodenal y esofágica ha sido encontrada en duodenales hipersecretores con reflujo importante [Winkestein (17)].

c) La esofagitis por reflujo se observa como consecuencia de antropiloricis estenosante cicatrizal, estenosis hipertrófica del píloro en el adulto. Paulino (14) cree que los disturbios en la región pilórica determinando estasis gástrica pueden intervenir en el desarrollo de la hernia hiatal.

d) La incidencia funcional u orgánica de las afecciones biliares y biliopancreáticas sobre la región piloroduodenal es bien conocida. Ello explica que el reflujo y la esofagitis acompañen frecuentemente a estas afecciones [26 % según Mouchet (10)].

e) El reflujo gastroesofágico es frecuente en el estado de gravidez, provocado por mecanismos múltiples: interferencias en el funcionamiento piloroduodenal con hipertensión intragástrica; malposiciones del estómago por rotación y elevación; aumento de presión intraabdominal; hiperémesis gravídica [Lira (11)]. Rara vez determinan lesiones de entidad y desaparecen después del parto.

## *2º Grupo de situaciones. Dislocaciones de la región cardiófúndica por procesos extrínsecos como causal de reflujo.*

Procesos expansivos desarrollados en la logia subfrénica izquierda pueden perturbar mecánicamente el sistema de contención cardioesofágico y facilitar el reflujo. La frecuencia de la patología hidática en nuestro medio obliga a llamar la atención sobre este mecanismo de reflujo. El radiograma de la figura 1 corresponde a una paciente intervenida por nosotros, portadora de una hidatidosis subfrénica de siembra, con grosera dislocación cardiófúndica, reflujo importante con lesiones de esofagitis superficial pero ruidosa, que curaron totalmente con la supresión del quiste y una fundopexia simple (fig. 2).

## *3er. Grupo de situaciones. Patología gastroduodenal o biliar asociada a la hernia hiatal por deslizamiento con esofagitis péptica.*

Las hernias hiales se asocian con frecuencia a la patología gastroduodenal o biliar. Burgue, Mc Lean y Lewis (4), señalan elevada proporción de ulcus duodenales asociados a la H.H. por deslizamiento y esofagitis. En menor proporción se encuentra



**Fig. 1.**— Dislocación cardiofúndica provocada por hidatidosis sub-fré-  
ca. Reflujo y esofagitis.



**Fig. 2.**— Postoperatorio de la ob-  
servación anterior, luego de su-  
presión del quiste y fundopexia.  
Ausencia de reflujo.

el ulcus gástrico. El trastorno de evacuación del píloro es un hecho corriente en el curso de las hernias hiatales. Ha sido atribuido al traumatismo de los neumogástricos por el bolsillo herniario.

La asociación litiasis biliar-hernia hiatal alcanza al 10 %. Estos hechos explican la sintomatología intrincada y la necesidad de verificar el estado de la región antropilórica y los medios de contención cardial, cuando se realizan intervenciones sobre las vías biliares.

El balance patológico cada situación debe ser considerada en sus caracteres particulares y en su asociación lesional.

a) La *lesión orgánica gastroduodenal* tiene prioridad en el tratamiento médico o quirúrgico, sea para suprimirla, para mejorar las condiciones de evacuación gástrica y/o para disminuir la secreción clorhidropéptica. El grado de mejoría de la esofagitis dependerá de la disminución que se obtenga en la cantidad y poder péptico del reflujo. El estudio particular en cada caso decidirá si debe actuarse al mismo tiempo sobre la hernia hiatal.

b) En la asociación litiasis biliar y H.H. con esofagitis, los problemas que deben resolverse en forma particular son los siguientes:

- gravitación de la esofagitis en el sufrimiento;
- posibilidades de mejoría de la esofagitis por el tratamiento de la litiasis;
- indicaciones quirúrgicas directas sobre el reflujo;
- conveniencia y posibilidades de tratar en el mismo acto las dos afecciones.

No es infrecuente que el tratamiento de la litiasis, mejorando las condiciones de funcionamiento pilórico, disminuya el reflujo y permita encauzar la esofagitis de la H.H. y mejorarla con tratamiento médico.

#### 4º Grupo de situaciones. *Reflujo y esofagitis en relación con la patología propia de la región gastroesofágica.*

Corresponde ubicar en este grupo, tres entidades nosológicas:

- 1) Esofagitis en malformaciones o malposiciones cardiotuberositarias.
- 2) Esofagitis en esófagos revestidos anormalmente en su tercio inferior.
- 3) Esofagitis en la hernia hiatal por deslizamiento.

La esofagitis en la *esclerodermia* ocupa un lugar especial, porque las lesiones que favorecen el reflujo forman parte de una enfermedad general. Los estudios manométricos evidencian una *pérdida de la función esfinteriana cardial* relacionada con la ausencia de contractilidad del músculo liso, motivada por la esclerosis de la mucosa [Cohen y col. (6)].

1) *Malformaciones y malposiciones cardiotuberositarias* [M. de Carvalho (9), Lortat-Jacob (12)].— Se originan en incidencias del desarrollo. En su máxima expresión *el esófago se implanta en chimenea sobre el estómago; el ángulo de Hiss no existe; el cardias está a la altura del hiatus; no hay esófago abdominal*. La esofagitis puede ser intensa y provocar lesiones graves que llevan a la retracción del esófago, la úlcera y la estenosis. La malposición cardiotuberositaria es el factor más frecuente de reflujo y esofagitis en el niño [Chalnot y Richard (5)]. Debe tratarse por procedimientos antirreflujo, antes de que las lesiones adquieran carácter grave.

2) *Esófagos anormalmente revestidos en su tercio inferior* [Barret (2, 3), Allison y Johnstone (1), Lortat-Jacob (13)].— En esta entidad, el esófago inferior está revestido en una extensión variable, por mucosa semejante pero no igual a la mucosa gástrica. El epitelio es cilíndrico con glándulas tubulares, en su mayor parte secretantes de mucus y muy pocos elementos de secreción clorhidropéptica. La mayor parte de las veces se trata de una disposición congénita caracterizada por una discordancia entre la disposición de las estructuras musculares del esófago y su revestimiento mucoso; el cardias muscular ocupa su sitio normal bajo el diafragma, mientras la mucosa gástrica modificada asciende por encima del cardias en una extensión variable. Ello justifica la denominación de "*endobraquiesófago*" que da Lortat-Jacob a esta entidad.

La esofagitis por reflujo no es tan frecuente en el endobraquiesófago como lo es en la hernia hiatal, porque esta disposición anormal de la mucosa no se acompaña necesariamente de reflujo si la continencia es normal. Cuando la esofagitis se desarrolla a su nivel, tiene las mismas características que en otras situaciones. La úlcera péptica descrita en estos pacientes, se ha desarrollado en ese segmento anormal de mucosa y no en islotes de mucosa gástrica heterotópica. El propio Barret expresa que la úlcera que lleva su nombre es una úlcera gástrica, sea porque asienta en un cono gástrico intratorácico o porque se desarrolla en un segmento de esófago revestido de mucosa gástrica: ("*Barret's ulcers are chronic gastric ulcers*") [Barret (3)].

3) *Hernia hiatal por deslizamiento.*— En el adulto provee el mayor porcentaje de esofagitis péptica. La contención cardioesofágica está perturbada por el traslado intermitente o permanente del cardias al tórax, lo cual favorece el reflujo.

La etapa patológica en que se encuentra la hernia incide en los caracteres del reflujo, en su modo de acción y en las consecuencias lesionales.

a) *En la H.H. reductible*, el reflujo es intermitente y tiene posibilidades de dilución y neutralización por los alimentos. Las lesiones son superficiales aunque pueden ser ruidosas en su expresión clínica: esofagitis congestiva, edematosa, erosiva, a veces hemorrágica. Su sintomatología dominante se integra con la pirois postprandial o postural y episodios de disfagia dolorosa intermitentes. El diagnóstico es clínico y endoscópico pues la expresión radiológica es mínima.

b) *Hernia hiatal no reductible espontáneamente pero sin acortamiento del esófago.* La irreductibilidad se debe a procesos adherenciales, pero una vez liberado el esófago, el cardias puede ser reintegrado al abdomen.

Las condiciones del reflujo en grandes hernias irreductibles pueden no agravarse cuando el segmento de estómago intratorácico crea una cámara continente.

c) *Esófago corto.* Las lesiones graves y evolutivas de la esofagitis péptica integran esta entidad. La casi totalidad de los braquiesófagos son adquiridos como consecuencia de las lesiones creadas por el reflujo. En la mayor parte de los casos se trata de esofagitis evolutiva originada en hernias hiatales por deslizamiento o en malformaciones cardiotuberositarias. La laxitud y relajación de los medios de fijación regionales en estas situaciones, propician la pérdida de la continencia cardial, el reflujo y la esofagitis. Las condiciones del reflujo (poder péptico elevado, permanencia o continuidad), llevan a la producción de lesiones graves con retracción secundaria. Con menos frecuencia el esófago corto adquirido se origina en la esofagitis grave del endobraquiesófago. El esófago corto congénito es una realidad resultante de acontecimientos embriológicos regionales, pero es poco frecuente y su patología péptica es la misma.

Los hechos patológicos en el braquiesófago son bien definidos:

- lesiones graves y evolutivas retraen el esófago; atraen y fijan dentro del tórax un segmento de estómago. Se constituye así una entidad patológica compleja con características anatomoclínicas bien definidas;
- el cardias está en posición intratorácica permanente, sin posibilidades de ser reintegrado al abdomen;
- el esófago es rectilíneo por acortamiento;



Fig. 3.—Hernia hiatal. Reflujo importante. Lesiones graves de esofagitis con grueso nicho ulceroso.



Fig. 4.—Hernia hiatal. Esofagitis de larga evolución. Nicho ulceroso.





Fig. 5.— Esofagitis grave.  
Estenosis. Nicho ulceroso.  
Segmento subestenótico  
cilíndrico.



Fig. 6.— Hernia hiatal. Esofagitis  
por reflujo. Lesiones graves y nicho  
ulceroso.

- el estómago herniado es un cono invertido o un cilindro rígido en continuidad con el esófago;
- el reflujo es inevitable y continuo;
- desde el punto de vista lesional, la esofagitis en el esófago corto adquiere carácter ulceroso y evolución a la estenosis: *gastroesofagitis ulcerosa y estenosante*, hemorrágica o no. Las úlceras llegan a ser profundas, con bordes consistentes y lecho indurado, constituido por los músculos y aun por el conjuntivo periesofágico organizado. El nicho ulceroso tiene clara traducción radiológica en esos casos (figs. 3, 4, 5, y 6).

En etapas avanzadas, lesiones extensas en longitud y circunferencia conducen a las formas estenosantes y el diagnóstico diferencial con el cáncer puede ser difícil.

### ASPECTOS CLINICOS DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO

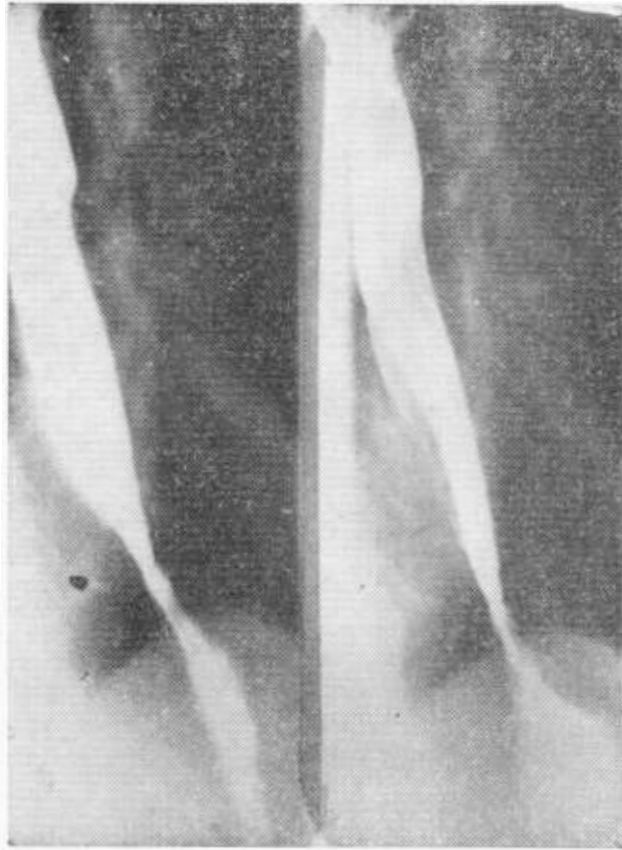
La expresión clínica permite focalizar el estudio en la patología del reflujo. En la esofagitis superficial, la *pirosis postprandial* o *postural* abre la escena y puede ser el único síntoma durante mucho tiempo. Los *episodios de disfagia espasmódica en pacientes con pirosis*, orientan a la búsqueda del reflujo y sus causas. No obstante, las lesiones superficiales pueden ser ruidosas en sus manifestaciones clínicas por la intensidad de la pirosis, el dolor y aun por complicación hemorrágica grave.

*El espasmo* representa un papel importante en la sintomatología (disfagia y dolor) y en la agravación lesional, porque favorece la persistencia del líquido refluído por encima de la estenosis funcional que provoca.

En las esofagitis graves, dolor y disfagia son elementos constantes.

*El dolor* adopta caracteres variables en lo que respecta a localización e intensidad: epigástrico alto, xifoideo retroesternal bajo. Discreto e intermitente o intenso, terebrante, con irradiación dorsal asociándose a la pirosis. En formas ulcerativas y estenosantes acompaña al pasaje de los alimentos.

*La disfagia* es un elemento constante y el análisis de sus caracteres pariculares es un auxiliar muy valioso para el diagnóstico diferencial con el cáncer. Intervienen en su producción elementos reversibles (dolor, espasmo y edema); por ello mantiene carácter intermitente a veces durante años. Lo habitual es que la disfagia permanente por esofagitis culmine una larga historia de sufrimiento, en el cual, la disfagia asociada al dolor ha sido intermitente durante años, entrecortada con episodios de afagia.



**Fig. 7.**—Esofagitis por reflujo de larga evolución. Estasis. Segmento supras-  
tenótico conoide. Segmento substenótico cilíndrico implantándose en chimenea  
sobre un estómago conoide.

*La hemorragia* es habitualmente discreta. Su repetición inadvertida lleva a la anemia crónica. Hay casos de hemorragia espontánea abundante durante los empujes inflamatorios o provocada fácilmente por maniobras endoscópicas, cuando el tejido de revestimiento interno adquiere carácter granulante extremadamente friable.

### ASPECTOS RADIOLOGICOS

El aspecto de *la estenosis* es el elemento más importante y sus características deben ser bien analizadas. Está localizada habitualmente en la parte inferior del esófago, aunque puede encontrarse en situación alta, lindando con el tercio medio.



Fig. 8.— Gruesa hernia hiatal irreductible. Reflujo permanente. Esofagitis ruidosa. Esófago acortado sin estenosis.

Generalmente es regular, corta y central (fig. 7); pero en ciertos casos se extiende en el mediastino. Los procesos inflamatorios sobreagregados le imponen irregularidades que hacen difícil su diferenciación con el cáncer.

La visualización del *nicho ulceroso* es un elemento de gran valor (figs. 3, 4, 5 y 6).

El aspecto del esófago por encima y por debajo de la estenosis integra el cuadro radiológico. En las formas de larga evolución, el esófago supraestructural adopta una forma conoide (figs. 5 y 7). Por debajo de la estenosis hay dos situaciones a considerar:

1) Se reconoce un segmento de estómago en forma de hernia o de braquiesófago (aspecto cerebriforme de los pliegues) (figs. 3, 4, 6 y 8).

2) El segmento subestenótico presenta un calibre igual o semejante al normal. Ello sucede cuando el proceso de gastritis crónica del segmento herniado o del revestimiento anormal (endobraquiesófago), suprime el aspecto característico de los pliegues gástricos (figs. 5 y 7).

El diagnóstico diferencial con el cáncer no siempre es fácil. Documentos clínicos, radiológicos y endoscópicos, (de estos últimos se ocupará el Dr. Vega), permiten el diagnóstico correcto en la mayor parte de los casos. No obstante, la duda puede

persistir y se requiere la exploración operatoria, llegando si es necesario al reconocimiento directo de las lesiones por esofagotomía, máxime porque el cáncer puede instalarse en un esófago con lesiones inflamatorias de larga evolución [Resano (15, 16)] o manifestarse clínicamente por síntomas ruidosos aunque dichas eventualidades no sean comunes.

Como conclusiones del balance anatomoclínico y radiológico, con fines de orientar un plan terapéutico racional, adelantamos las siguientes:

- 1) Hay situaciones que se ajustan a normas de conducta terapéutica bien definidas, mientras otras, plantean al cirujano problemas de difícil solución en lo que respecta a indicación operatoria y a la elección del procedimiento quirúrgico.
- 2) Tanto en la indicación operatoria como en la elección del procedimiento deberán considerarse:
  - condiciones etiológicas y mecanismos del reflujo;
  - grado lesional y estado evolutivo;
  - lesiones asociadas.
- 3) Cuando el tratamiento quirúrgico está indicado, debe mantenerse el principio de suprimir el reflujo y si ello es imposible, utilizar recursos para atenuar su agresividad.
- 4) En la elección de procedimiento no se perderá de vista el carácter benigno de la afección.

#### BIBLIOGRAFIA CITADA

1. ALLISON, P. R. and JOHNSTONE, A. S.—The esophagus lined with gastric mucous membrane. "Torax Lond.", 8: 87-101; 1953.
2. BARRET, N. R.—Chronic peptic ulcer of esophagus and esophagitis. "Brit. J. Surg.", 38: 175-182; 1950.
3. BARRET, N. R.—The lower esophagus lined by columnar epithelium. "Surgery", 41: 881-894; 1957.
4. BURGUE, H. W and col.—Syntomatic hiatus hernis: a study of the piloro-duodenal region and the rational of vagotomy in its treatment. "Torax", 21: 67; 1966.
5. CHALNOT, P. et RICHARD, C. A.—Les oesophagites peptiques. "Rapport 70 Congres de Chirurgie", Paris, 1968.
6. COHEN, B. R. and col.—The Clinical value of esophageal motility study. "J. Amer. Med. Ass.", 187-819; 1964.
7. ETALA, E.—El esófago corto y sus secuelas. Bases de una nueva técnica operatoria y sus resultados. "Soc. de Cir. de Buenos Aires. Bol y Trab.", XLVIII: 320-334; 1964.

8. MOERSCH, R. N. and col.—Pathologic changes occurring in severe reflux esophagitis. "Surg. Gynec. Obst.," 108: 476-484; 1959.
9. MONTEZUMA DE CARVALHO.—Chirurgie du syndrome hiato-esophagien. "Arch. Mal. App. Dig.," 40: 280-293; 1951.
10. MOUCHET, A. et BARRAYA, L.—Les hernies hiatales. "Rapport 62 Congres Francais de Chirurgie", Paris, 1962.
11. LIRA, E.—Hernia hiatal y esofagitis por reflujo. Relato. "XXXVIII Congreso Chileno de Cirugia", fac. I; Santiago de Chile, 1964.
12. LORTAT-JACOB, J. L. et REBERT, F.—Les malpositions cardiotuberositaires. "Arch. Mal. App. Dig.," 42: 750-774; 1953.
13. LORTAT-JACOB, J. L.—L'Endobrachyesophago. "Ann. Chir.," II: 1247-1254; 1957.
14. PAULINO, F.—Hernia del hiato esofágico. "XXXVII Cong. Arg. de Cir.," fasc. II: 315-330; Buenos Aires, 1966.
15. RESANO, H. J.—Etude clinique et chirurgical du bracy-esophago. "Sem. Hop. Paris", 26: 931; 1950.
16. RESANO, H. J.; MALENCHINI, J. et BARG, S.—Oesophago court et cancer. Ann. Oto. Laring.," 74: 150; 1957.
17. WINKELSTEIN, A.—Peptic esophagitis with duodenal ulcer. "Am. J. Surg.," 93: 234; 1957.