

CONTRIBUCION DE LA ENDOSCOPIA AL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO

Dr. DARDO E. VEGA

I.—CONTRIBUCION AL RELEVAMIENTO LESIONAL

Cuando un cirujano tiene un paciente con un problema de esofagitis por reflujo, necesita formarse una idea clara del tipo lesional en cuestión. Luego de las precisiones clínicas, radiológicas y de laboratorio, la endoscopia le aporta elementos importantes que contribuyen a orientar su conducta quirúrgica.

El fenómeno del reflujo está condicionado por una insuficiencia del mecanismo de contención esofagogástrico y la práctica esofagoscópica permite observarlo. Según la intensidad se constatará una inundación de líquido gástrico que ocupa los sectores distales del órgano y que fluye de manera continua o rítmica con la respiración. Con cierta frecuencia se constata una coloración verde característica de la bilis.

En pacientes sin historia clínica de reflujo y con esófagos normales del punto de vista radiológico puede constatarse el fenómeno del reflujo en exploraciones esofagoscópicas realizadas por otros motivos. También se observa en la esofagoscopia bajo anestesia general con curarización por relajación de los elementos esfinterianos de contención.

En pacientes con historia de reflujo y en oportunidad del examen endoscópico la observación del fenómeno no es un elemento de presentación constante. Cuando se lo observa junto a otros elementos patológicos (desorganización de la estructura cardial, esofagitis regional, etc.) adquiere especial significación como signo de destrucción del mecanismo de contención.

Es conocido el hecho de que la hernia hiatal por deslizamiento es la alteración patológica esencialmente productora de reflujo. La gravitación del líquido acidogástrico o alcalinoduodenal, o la mezcla de ambos sobre la mucosa esofágica provoca un estado irritativo inflamatorio cuya escala de intensidad es posible cons-

tatar por la observación endoscópica de la mucosa. Sorprende a veces encontrar evidentes signos de hernias hiatales por deslizamientos con fenómeno claro de reflujo durante la esofagoscopia con *mucosa esofágica macroscópicamente sana*.

El primer grado de la esofagitis es el de la *hiperhemia o congestión de la mucosa*. La mucosa que normalmente tiene una tonalidad rosado-pálido ofrece una acentuación del color rojo que en algunos casos es de una intensidad llamativa. Concomitantemente se observa el fenómeno de la *tumefacción edematosa* de la mucosa cuyo signo más objetivo es la desaparición de los pliegues longitudinales del tercio inferior del esófago.

Una manifestación más agresiva corresponde a la *ulceración de la mucosa* que hemos observado pocas veces. De poca profundidad, a disposición longitudinal, de bordes deflecados, de fondo necrosado se distingue de la ulceración neoplásica por la falta de elementos infiltravegetantes.

Pero el tipo lesional más característico es la *reacción fibrosa* que generalmente se presenta con un aspecto tubular o infundibuliforme siendo menos frecuente el aspecto membraniforme. Se trata de una reacción frente a una pérdida de sustancia y su profundidad puede alcanzar el ambiente periesofágico.

Crece así una nueva dificultad al mecanismo contentivo puesto que a la dificultad inicial (hernia) agrega un tubo rígido por donde el líquido gástrico fluye libremente. La mucosa que recubre el embudo o el tubo escleroso pierde sus pliegues, se atrofia y se hace lisa y brillante.

Estos tipos lesionales primarios pueden combinarse y de ahí surgen una variedad de aspectos endoscópicos como lo congestivo-adematoso o lo congestivo-ulceroso, o la fibrosclerosis con atrofia mucosa. Frente a una esofagitis crónica de cualquiera de los tipos descritos el objetivo fundamental del endoscopista es *descartar el neoplasma*. Debemos tener presente que el neoplasma es la enfermedad esofágica más frecuente, que las lesiones esofágicas estenóticas pueden degenerar, que son imprescindibles correctas extracciones biópsicas y estudios histológicos exhaustivos.

II.—CONTRIBUCION AL TRATAMIENTO POR MEDIOS ENDOSCOPICOS

En el estado actual de los conocimientos cuando el reflujo y sus secuelas constituyen un problema que no puede dominarse por medios médicos hay una sola conducta de tratamiento: la corrección quirúrgica.

Años atrás, ante un caso de estenosis fibrosa del esófago, se indicaban dilataciones por la vía endoscópica como método de

tratamiento. A medida que se perfeccionó la técnica quirúrgica, disminuyó la incidencia de las maniobras de *dilatación endoscópica*.

Es natural que la estrictura fibrosa condicione la manifestación disfágica. Dilatar significa ampliar los diámetros del anillo fibroso y, por tanto, una tentativa de permeabilizar el conducto. Pero las maniobras de dilatación tienen otros elementos que deben ser analizados. En primer lugar, conseguido el aumento del calibre de la estrictura fibrosa, el tejido que forma la misma tiene una tendencia irreversible a contraerse y volver a la situación inicial. Por otra parte, configura un riesgo importante las maniobras de dilatación por el peligro de la perforación o ruptura del esófago.

Debemos tener en cuenta, además, que el hecho elemental de la dilatación endoscópica no resuelve el problema básico: el reflujo gastroesofágico.

De todos modos quedan indicaciones especiales para las dilataciones endoscópicas efectuadas con criterio de tratamiento único. Cuando el estado general de desnutrición de un paciente es pronunciado y sobre todo si esto se complica con la edad avanzada del paciente, está indicado hacer una ampliación del diámetro fibroestenótico por vía endoscópica mediante maniobras de dilatación.

Mi impresión personal en este tipo de paciente es que el resultado que se consigue se justifica al solo efecto del mantenimiento precario del estado de nutrición.

Otra indicación sería la secuela quirúrgica o de fracaso de la cirugía. En nuestra experiencia contamos con dos casos de dilataciones endoscópicas por estenosis fibrosas desarrolladas en la unión gastroesofágica, en esofagnectomías parciales y elevación del estómago por neoplasmas esofágicos.

Contamos además con otro caso de hernia hiatal en un niño de tres años operado según técnica de Allison por vía torácica, que fracasó y que recidivó desarrollando una ulceración y fibrosis posterior.

A este niño lo he sometido a dilataciones sucesivas durante años a fin de mantener un grado aceptable de permeabilidad del órgano.

III.— CONTRIBUCION AL TRATAMIENTO QUIRURGICO

La corrección quirúrgica del reflujo en hernias hiatales no complicadas es un asunto definitivamente impuesto.

La estenosis fibrosa del cardias ectópico es el problema que merece especial consideración, puesto que constituye el punto

clave de la cirugía no neoplásica del tercio inferior del esófago. Los colegas integrantes de esta mesa tratarán las técnicas quirúrgicas que han sido propuestas.

La endoscopia puede aportar su contribución llevándola a cabo en el mismo acto quirúrgico. Vamos a relatar dos casos de nuestra experiencia en que se combinaron las maniobras quirúrgicas y las endoscópicas para tratar procesos estenóticos fibrosos del esófago inferior. El primer caso es un hombre de 57 años con una larga historia de reflujo (desde la juventud) a cabo de la cual se instala un síndrome disfágico de lenta evolución.

Cuando el grado de desnutrición del paciente era avanzado nos dispusimos a realizar la dilatación de la estenosis colocando un hilo para conducir dilataadores que el cirujano sacaría por el orificio de una gastrotomía.

En el curso de estas maniobras con el dedo del cirujano puesto en el estómago herniado y con el esofagoscópico colocado hasta el plano de la estenosis se pudo establecer contacto entre uno y otro a través del orificio estenótico.

El cirujano palpaba el instrumento metálico y el endoscopista podía ver el dedo enguantado a través del esofagoscopio. Con el apoyo y el control del instrumento endoscópico el cirujano pudo ampliar la brecha fibrosa hasta hacerla alcanzar un calibre adecuado.

No hubo necesidad de hacer dilataciones mediante sondas y la evolución del paciente hasta el día de hoy ha sido bastante satisfactoria aunque siempre persiste la dificultad para deglutir sólidos.

El segundo caso corresponde a una paciente de 77 años que a raíz de una operación abdominal se le colocó una sonda gástrica durante 18 días. Luego de retirada desarrolló una disfagia que evolucionó hasta permitir solamente el pasaje de líquidos. En esta paciente practicamos el abordaje combinado de la estenosis por vía quirúrgica y por procedimiento endoscópico logrando ampliar el diámetro de la estenosis hasta un calibre que permitió una recuperación del estado de nutrición del paciente.

Estos dos casos tienen elementos comunes que es necesario destacar. En ambos se llegó a tener una noción exacta del grado de estenosis y en los dos se palpó un *anillo fibroso* aunque el aspecto radiológico sugiriera que podría tratarse de una estenosis tubular. En los dos casos se consiguió un calibre que permitía un amplio pasaje del dedo o del esofagoscopio en ambos sentidos.

Sin embargo, no se consiguió la normalización de la deglución. Nosotros pensamos que además del elemento mecánico

de la estrictura el peristaltismo esofágico debe perturbarse al tratar de franquear el anillo fibroso aunque este tenga un calibre vecino al normal.

Significativamente deseamos destacar que el *abordaje quirúrgico-endoscópico del esófago* es una maniobra que puede tener aplicación como elemento de orientación en la ejecución de técnicas quirúrgicas de la estenosis fibrosa con esófago retraído y hernia gástrica.

Nuestra experiencia en otro tipo de lesión esofágica como la extirpación de membranas demostró la utilidad de localización de la malformación en el momento que el cirujano tiene el tórax abierto y se procede a la ubicación endoscópica de la misma.

En estos casos el elemento lesional no es palpable, pero es visible y, por tanto, la extremidad del esofagoscopio señala el punto preciso en que debe incidirse el esófago para extirpar la membrana.

En casos de estenosis fibrosas es posible una precisión lesional con el tórax abierto y liberación del esófago, pero pensamos, aunque no hemos hecho ningún caso, que la *esofagoscopia intraoperatoria* podrá ser un valioso elemento auxiliar para señalar al cirujano el sitio real de la estenosis.