

“Patologías del Esófago”

FISIOPATOLOGÍA – DR. EDUARDO ZEBADUA

Oscar Adalberto Zebadua López

UNIVERSIDAD DEL SURESTE | 03 DE JUNIO DE 2020

El esófago es un tubo muscular hueco que pasa por el mediastino posterior para unir a la hipofaringe con el estómago, con un esfínter en cada extremo. Su función es transportar alimentos y líquidos entre estos extremos y, el resto del tiempo, se mantiene vacío.

Las enfermedades esofágicas pueden manifestarse por disfunción o dolor. Las alteraciones funcionales principales son los trastornos de la deglución y el reflujo gastroesofágico excesivo.

Los factores que producen irritación en el esófago:

- Antecedentes de reflujo gastroesofágico
- Uso del tabaco
- Esófago de Barrett
- Acalasia
- Mala alimentación
- Fármacos

1. “Enfermedad por reflujo gastroesofágico”

El **reflujo gastroesofágico (RGE)** es el paso del contenido gástrico hacia el esófago con o sin vómitos o regurgitación. El RGE es un proceso normal **fisiológico**, resolviéndose espontáneamente.

A diferencia del reflujo fisiológico, la patológica es una afección en la cual los contenidos estomacales se devuelven desde el estómago hacia el esófago. La diferencia radica en que la **ERGE puede irritar el tubo de deglución y causa acidez gástrica**, entre otros.

- Fisiopatología.

En el modelo fisiopatológico actual, la ERGE resulta como consecuencia de la interacción de distintos factores en el tracto gastrointestinal superior. Entre ellos se incluyen el material gástrico, que es potencialmente nocivo para el esófago, la barrera antirreflujo en la unión gastroesofágica (UGE) que tiene como fin evitar el ascenso del contenido gástrico hacia el esófago, y mecanismos de defensa y reparación en el epitelio esofágico que contrarrestan los efectos de la exposición al ácido. Cuando la barrera antirreflujo se ve superada con frecuencia de tal manera que los mecanismos de defensa se vuelven insuficientes, el paciente desarrolla ERGE.

- Cuadro Clínico.

El espectro de las manifestaciones clínicas de la ERGE es amplísimo. Clásicamente, los síntomas causados por la ERGE se clasifican en síntomas típicos y síntomas atípicos, pero en general solo basta con **Regurgitación** (consiste en el paso de material contenido en el estómago al esófago) y **Pirosis** (sensación de ardor o quemazón).

- **Diagnostico.**

Los pacientes que presentan síntomas típicos de la ERGE pueden ser diagnosticados perfectamente a través de la historia clínica. Existe la concordancia entre los síntomas de pirosis y regurgitación y el diagnóstico endoscópico (prueba no considerada como patrón oro), de manera que es bastante general para diagnosticar.

- **Tratamiento.**

Si bien se han ensayado varias drogas como baclofén, loxiglumide y otras que han mostrado su capacidad de reducir el número de relajaciones transitorias y por tanto el número de episodios de reflujo, su eficacia en el control de los síntomas no ha sido demostrada. Por ello, el enfoque terapéutico actual se dirige preferentemente a recuperar el equilibrio entre factores agresivos y defensivos al nivel de la mucosa esofágica, modificando la composición del material refluído desde el estómago y reduciendo la exposición del esófago al ácido. Los fármacos actualmente utilizados en el tratamiento del reflujo se encuadran en tres grupos terapéuticos: antiácidos, procinéticos y antisecretores.

- **Complicaciones.**

Las complicaciones más habitualmente asociadas a la ERGE son: el esófago de Barrett, la estenosis esofágica, la hemorragia digestiva, la úlcera esofágica y más raramente, el adenocarcinoma de esófago.

2. “Esófago de Barret”

Es una afección en la **que** el revestimiento esofágico se modifica, volviéndose más parecido al revestimiento del intestino delgado **que** al del **esófago**. Esto tiene lugar en la zona donde el **esófago** se une al estómago.

- **Fisiopatología**

Se asocia claramente con el reflujo gastroesofágico grave. Comparado con los pacientes con ERG erosiva y no erosiva sin esófago de Barrett, los pacientes con esófago de Barrett en general tiene mayor exposición ácida esofágica, según el monitoreo de pH de 24 horas.

El desarrollo del esófago de Barret requiere que la lesión de la mucosa esofágica se acompañe de condiciones anormales para la reparación epitelial. Una vez que se ha producido la injuria, el esófago de Barret se desarrolla totalmente con rapidez, seguido de pocos cambios en su longitud, se ignora el mecanismo por el cual la injuria lleva a la metaplasia. Se han propuesto diversos mecanismos: presencia de células glandulares esofágicas, mucosa gástrica heterotópica o diferenciación anormal de la célula madre primordial en el esófago.

- Diagnóstico

El diagnóstico de esófago de Barrett se puede realizar mediante una endoscopia y la detección de modificaciones en el revestimiento esofágico, a confirmarse por una **biopsia** del tejido. Otra forma de evaluarlo sería por cápsulas endoscópicas.

- Tratamiento.

El tratamiento más habitual del esófago de Barrett se trata con medicamentos que se llaman inhibidores de la bomba de protones. Estos medicamentos reducen la cantidad de ácido en el estómago. Tratamiento en determinados casos puede llevarse a cabo la cirugía para evitar que el ácido estomacal entre en el esófago

- Complicaciones.

Las personas con el esófago de Barrett tienen un mayor riesgo de contraer cáncer de esófago. El riesgo es pequeño, incluso en personas que tienen cambios precancerosos en las células del esófago, tal vez sea relativamente pequeño pero está presente.

3. Cáncer de Esófago

Es el cáncer que ocurre en el esófago. Hay dos tipos de cánceres principales:

El adenocarcinoma es el tipo más común de cáncer esofágico. El hecho de tener esófago de Barrett aumenta el riesgo de este tipo de cáncer.

El Carcinoma epidermoide está asociado con el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol.

- Fisiopatología.

El cáncer de esófago generalmente comienza en las células que recubren su interior. Puede presentarse en cualquier parte del esófago, y es más habitual en los hombres que en las mujeres. Se produce cuando las células del esófago presentan errores (mutaciones) en el ADN. Los errores hacen que las células crezcan y se dividan sin control. La acumulación de células anormales genera un tumor en el esófago.

- Diagnóstico.

DIFERENCIAR DE LA ACALASIA Y ESPASMO DIFUSO. Entre los estudios pueden estar:

- Esofagografía
- Resonancia magnética o tomografía computarizada del tórax
- Ecografía endoscópica
- Esofagogastroduodenoscopia, EGD
- TEP (algunas veces es útil para determinar el estadio de la enfermedad y si la cirugía es posible)

El signo de la coronta de manzana, corresponde a la pérdida de calibre circunferencial de un segmento breve del colon, que se inicia en forma abrupta, con irregularidad y asimetría del relieve mucoso en el segmento estrechado y que también termina en forma abrupta, recuperando el colon su calibre y relieve mucoso.

- **Tratamiento.**

Cirujía y Quimioterapia.

- **Complicaciones.**

A medida que el cáncer de esófago avanza, puede causar complicaciones, como:

- **Obstrucción del esófago.** El cáncer puede dificultar o impedir el paso de alimentos y líquidos a través del esófago.
- **Dolor.** El cáncer esofágico avanzado puede provocar dolor.
- **Sangrado esofágico.** El cáncer esofágico puede provocar sangrado. Si bien el sangrado, por lo general, es gradual, en ocasiones puede ser repentino e intenso.

4. “Espasmo Esofágico Difuso”

Forma parte de un espectro de trastornos de motilidad caracterizados de manera diversa por contracciones no propulsivas, contracciones hiperdinámicas o aumento de la presión del esfínter esofágico inferior.

- **Fisiopatología.**

Disminución del número de células ganglionares del plexo Auerbach.

- **Diagnóstico.**

- a) Trago de bario (radiografía de esófago, estómago y duodeno con contraste de bario)
- b) Manometría esofágica
- c) Posiblemente, estudios complementarios para buscar una isquemia coronaria

SIGNO DEL ESÓFAGO EN SACACORCHOS o EN ROSARIO

En el espasmo esofágico difuso se producen contracciones esofágicas masivas e incoordinadas, no propulsivas que provocan una imagen arrosariada o de sacacorchos del esófago, como una columna con saculaciones e imágenes pseudodiverticulares.

- **Cuadro Clínico.**

Dolor retroesternal, puede aparecer espontáneamente o desencadenarse tras la ingestión de comidas que sean o muy frías o muy calientes.

5. "Acalasia".

La acalasia le dificulta al esófago mover la comida hacia el estómago. Este problema es causado por un daño en la inervación del esófago.

- **Diagnostico.**

Generalmente se puede diferenciar y hasta hacer un dx preliminar con el tipo de dolor torácico (depende de sus características semiológicas) y, en ocasiones, disfagia.

La radiografía anteroposterior de cuello puede mostrar el típico estrechamiento progresivo y simétrico de la tráquea con el vértice en la glotis, en la estenosis subglótica, denominado **signo "en punta de lápiz"**.

- **Tratamiento.**

El objetivo del tratamiento es reducir la presión a nivel músculo del esfínter y permitir que la comida y líquidos pasen fácilmente hacia el estómago. La terapia puede implicar:

- Medicamentos, como los nitratos de acción prolongada o los bloqueadores de los canales de calcio. Estos fármacos se pueden emplear para relajar el esfínter esofágico inferior.
- Cirugía (llamada miotomía). En este procedimiento, se corta el músculo del esfínter inferior.
- Ensanchamiento (dilatación) del esófago. Esto se hace durante una esofagogastroduodenoscopia al estirar el EEI con un dilatador en forma de balón.

- **Cuadro Clínico.**

Los síntomas incluyen: Reflujo (regurgitación) de alimento. Dolor torácico que puede incrementarse después de comer o puede sentirse en la espalda, el cuello y los brazos. Tos.

- **Complicaciones.**

- Regurgitación
- Broncoaspiración de los alimentos
- Ruptura (perforación) del esófago