

Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico (ERGE)

Definición: la regurgitación o ascenso del contenido del estómago hacia el esófago con complicaciones

Factores de riesgo:

- Consumo de alcohol
- Hernia de hiato Obesidad
- Embarazo
- Tabaquismo
- Recostarse a menos de 3 horas después de comer

Fisiopatología: resulta como consecuencia de la interacción de distintos factores en el tracto gastrointestinal superior. Entre ellos se incluyen el material gástrico (ácido, pepsina, sales biliares, enzimas pancreáticas) 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.⁶ 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:

- Sentir que el alimento se atora por detrás del esternón
- Pirosis
- Náuseas después de comer

Diagnóstico:

- Esofagogastroduodenoscopia
- Manometría esofágica

Tratamiento:

- Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) disminuyen la cantidad de ácido producida en el estómago.
- Los bloqueadores (antagonistas) de H₂ disminuyen la cantidad de ácido liberada en el estómago.

Complicaciones: Las complicaciones más habituales en un paciente con ERGE son la esofagitis, hemorragia, la estenosis esofágica, el esófago de Barrett y el adenocarcinoma de esófago.

Esófago de Barret

Definición: se refiere a la sustitución de un segmento variable de epitelio escamoso del esófago distal por epitelio de tipo intestinal

Factores de riesgo:

- ERGE
- Hernia hiatal
- Obesidad
- Tabaquismo

Fisiopatología: Es una lesión metaplásica que surge como consecuencia de un reflujo gastroesofágico crónico de ácido y contenido duodenal. La detección de metaplasia intestinal con sus características células caliciformes en biopsias del esófago distal es imprescindible para el diagnóstico de EB1. Se plantea que algunos componentes del reflujo duodeno-pancreático (sales biliares, enzimas pancreáticas) tienen un efecto lesivo sobre el epitelio esofágico. Es muy probable que éstos actúen de manera sinérgica con la actividad ácido-péptica del reflujo gastroesofágico y que la combinación de ambos sea más lesiva y propicie el desarrollo de metaplasia intestinal.

Cuadro clínico: El BE en sí no causa síntomas. El reflujo de ácido que causa el BE con frecuencia ocasiona síntomas de acidez gástrica.

Diagnóstico:

- Endoscopia
- Biopsias

Tratamiento:

- La terapia fotodinámica (TFD) implica el uso de un dispositivo especial de láser, llamado globo esofágico, junto con un medicamento llamado Photofrin.
- Otros procedimientos utilizan diferentes tipos de alta energía para destruir el tejido precanceroso.
- Cirugía para extirpar el revestimiento anormal.

Complicaciones:

- Reflujo gastroesofágico importante y de larga evolución.
- Aparición de erosiones en la mucosa esofágica (esofagitis).
- Aparición de epitelio de Barrett con o sin metaplasia intestinal.

- En ocasiones aparecen cambios de displasia en zonas con metaplasia intestinal, que puede ser de bajo grado y la más peligrosa de alto grado.
- Zonas con degeneración maligna (cáncer incipiente o “carcinoma in situ”).
- Cáncer de esófago avanzado.

Acalasia

Definición: es un trastorno poco frecuente que dificulta el paso de alimentos y líquidos hacia el estómago.

Factores de riesgo:

- Sexo
- Edad
- Tabaco
- Obesidad
- Alcohol
- Dieta

Fisiopatología: Esta enfermedad se caracteriza por la ausencia de relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) normalmente en respuesta a la deglución y además el cuerpo esofágico pierde las contracciones peristálticas. Desde el punto de vista fisiopatológico se produce una degeneración del plexo mientérico en la pared esofágica, lo que genera un trastorno en la relajación de las fibras musculares lisas presentes en el esófago distal.

La acalasia se presenta cuando se dañan los nervios del tubo que conecta la boca con el estómago (esófago). En consecuencia, el esófago pierde la capacidad de empujar el alimento hacia abajo, y la válvula muscular que se encuentra entre el esófago y el estómago (esfínter esofágico inferior) no se relaja por completo, lo que dificulta que el alimento llegue al estómago.

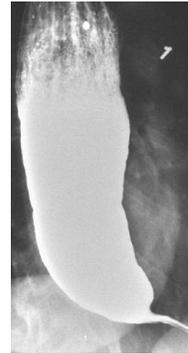
Cuadro clínico:

- Reflujo (regurgitación) de alimento
- Dolor torácico que puede incrementarse después de comer o puede sentirse en la espalda, el cuello y los brazos
- Tos
- Dificultad para deglutir líquidos y sólidos
- Acidez gástrica

- Pérdida de peso involuntaria

Diagnóstico:

- Manometría
- Esofagogastroduodenoscopia (EGD) o endoscopia superior
- Esofagografía.
- signo de punta de lápiz o de pico de pájaro.



Tratamiento:

- Inyección con toxina botulínica (Botox)
- Medicamentos, como los nitratos de acción prolongada o los bloqueadores de los canales de calcio.
- 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.

Complicaciones:

- Reflujo (regurgitación) de ácido o alimento del estómago hacia el esófago (reflujo)
- Broncoaspiración de los alimentos, lo cual puede causar neumonía
- Ruptura (perforación) del esófago

Espasmo Esofágico Difuso

Definición: Son contracciones anormales de los músculos en el esófago, el conducto que lleva el alimento desde la boca hasta el estómago. Estos espasmos no movilizan el alimento de una manera efectiva hasta el estómago.

Factores de riesgo:

- Presión arterial alta
- Ansiedad o depresión
- Beber vino tinto o consumir comidas o bebidas muy calientes o muy frías

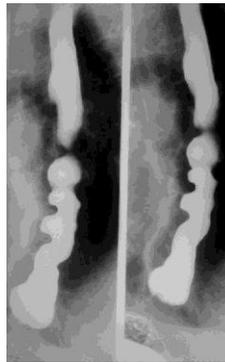
Fisiopatología: En cada uno de los extremos del esófago hay una válvula (esfínter) que permite el paso de lo que se traga e impide que vuelva atrás. Estas válvulas o esfínteres reciben el nombre de esfínter esofágico superior y esfínter esofágico inferior (o cardias). Para que los alimentos progresen, el esófago se mueve de una forma muy organizada, de tal manera que tanto los sólidos como los líquidos son propulsados hacia el estómago y no se quedan parados o suben (regurgitan). Cuando por alguna alteración en el esófago estos movimientos no se producen, o fallan, la comida o la bebida se pueden quedar atascadas en el esófago. En algunas enfermedades, los movimientos son desorganizados o demasiado fuertes y pueden producir dolor en el pecho. Por otra parte, si las válvulas (especialmente la válvula inferior llamada esfínter esofágico inferior o cardias) se cierran demasiado, también se dificulta el paso de los alimentos.

Cuadro clínico:

- Dolor o problemas para deglutir
- Dolor en el pecho o en la parte superior del abdomen
- La sensación de que un objeto quedó trabado en la garganta.
- Regurgitación

Diagnóstico:

- Esofagogastroduodenoscopia (EGD)
- Manometría esofágica
- Esofagografía (radiografía con toma de bario)
- Signo de imagen en sacacorchos.



Tratamiento:

- Bloqueantes de los canales del calcio
- Inyección de toxina botulínica

Complicaciones: Es posible que la enfermedad no responda al tratamiento.

Cáncer de Esófago

Definición: es el cáncer que ocurre en el esófago, un tubo largo y hueco que va desde la garganta al estómago.

Adenocarcinoma. El adenocarcinoma comienza en las células de las glándulas secretoras de mucosidad del esófago.

Carcinoma epidermoide. En este tipo de cáncer participan las células escamosas, que son células delgadas y planas que recubren la superficie del esófago.

Factores de riesgo:

- Tener enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Fumar
- Tener cambios precancerosos en las células del esófago (esófago de Barrett)
- Ser obeso
- Consumir alcohol
- Tener reflujo biliar
- Tener dificultades para tragar debido a un esfínter esofágico que no se relaja (acalasia)
- Tener el hábito constante de tomar bebidas muy calientes

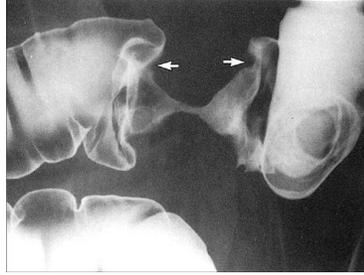
Fisiopatología: la carcinogénesis estableció que la transformación progresiva de células normales a derivados altamente malignos se originaba en alteraciones en el material genético (mutaciones). Estas mutaciones le confieren a una célula la capacidad de dividirse a una tasa mayor que su cohorte y generar una descendencia que conserva esta mutación (clones). Posteriormente, las células hijas acumulan subsecuentes y diversas mutaciones que permite generar distintos clones. Estos presentan mayores capacidades de supervivencia y crecimiento, ventajas proliferativas respecto de su contraparte normal que permite generar un clon neoplásico persistente. Normalmente, las células del sistema inmune son capaces de eliminar a estas células tumorales, en un proceso denominado inmunovigilancia tumoral. Sin embargo, algunos de estos clones pueden adquirir nuevas capacidades que les permiten evadir estos mecanismos de control y se desarrolla una neoplasia.

Cuadro clínico:

- Dificultad para tragar (disfagia)
- Adelgazamiento sin proponérselo
- Dolor, presión o ardor en el pecho
- Ardor de estómago o indigestión que empeoran
- Tos o ronquera

Diagnóstico:

- Radiografía del pecho o tórax
- Tomografía computarizada
- signo de la manzana mordida.



Tratamiento:

- Radioterapia
- Quimioterapia
- Inmunoterapia
- Ablación por radiofrecuencia

Complicaciones:

- Obstrucción del esófago.
- Dolor.
- Sangrado esofágico.