

Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico (ERGE)

Definición

Una enfermedad digestiva en la que el ácido o la bilis estomacal irrita el revestimiento del esófago.

Se trata de una enfermedad crónica que ocurre cuando el ácido estomacal o la bilis ascienden por el esófago, lo que irrita su revestimiento. Cuando el reflujo ácido y la acidez estomacal suceden más de dos veces por semana, pueden ser un indicio de reflujo gastroesofágico.

Los síntomas incluyen sensación de ardor en el pecho, que generalmente aparece después de comer y empeora al recostarse. El alivio que proporcionan los cambios en el estilo de vida y los medicamentos de venta libre suelen ser temporales. Se necesitan medicamentos más fuertes.

Factores de riesgo

Algunas afecciones que pueden aumentar el riesgo de sufrir la enfermedad de reflujo gastroesofágico son:

- Obesidad
- Protuberancia en la parte superior del estómago que sube hasta el diafragma (hernia hiatal)
- Embarazo
- Trastornos de tejido conjuntivo, como esclerodermia
- Retraso del vaciado estomacal

Los factores que pueden agravar el reflujo ácido incluyen:

- Fumar
- Comer comidas abundantes o comer tarde en la noche
- Ciertas comidas (desencadenantes), como alimentos fritos o grasosos

- Beber determinadas bebidas, como alcohol o café
- Tomar ciertos medicamentos, como aspirina

Fisiopatología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico

La fisiopatología es multifactorial. El principal mecanismo fisiopatológico en la ERGE son las relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior (RTEEI), definidas como la relajación del EEI de > 1 mmHg/s con duración de menos de 10 s y un nadir de presión de < 2 mmHg en ausencia de una deglución 4 s antes y 2 s después del inicio de la relajación del EEI.

Otros mecanismos que participan en la ERGE son los trastornos en el aclaramiento esofágico, sea mecánico (peristalsis o la gravedad de la Tierra) o químico (saliva), alteraciones en la barrera antirreflujo (hernia hiatal, presión disminuida del EEI), un vaciamiento gástrico retrasado e incluso el reflujo duodeno-gástrico.

En cuanto a la fisiopatología de las manifestaciones extraesofágicas, se basa en el daño directo del ácido sobre la mucosa faríngea y posibles episodios de microbroncoaspiración, así como en la distensión del esófago con un reflejo vago-vagal que genera broncoespasmo y sintomatología asociada.

Diferencias

El reflujo gastroesofagico (RGE) es el paso del contenido gástrico hacia el esófago con o sin vómitos o regurgitación. El RGE es un proceso normal fisiológico que ocurre en el 50% de los lactantes, resolviéndose espontáneamente a los 12 a 14 meses de edad.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una afección en la cual los contenidos estomacales se devuelven desde el estómago hacia el esófago (tubo de deglución). Los alimentos van desde la boca hasta el estómago a través del esófago.

Cuadro clínico

1. Síntomas esofágicos: pirosis (definida como sensación de ardor retroesternal), regurgitación o reflujo del contenido gástrico hacia el esófago. Suelen agravarse con el decúbito supino, al agacharse y al empujar, especialmente después de una comida copiosa o grasosa.
2. Síntomas extraesofágicos: ronquera (especialmente por la mañana, a consecuencia de la irritación de las cuerdas vocales por el contacto con el contenido gástrico), tos seca o sibilancias (síntomas de asma provocados por aspiración del contenido gástrico al árbol bronquial o por el reflejo de broncoespasmo desencadenado por la irritación de la parte inferior del esófago, vía nervio vago), dolor torácico (la ERGE es una causa muy frecuente de dolor retroesternal no cardíaco). Estas manifestaciones pueden presentarse sin la presencia de los síntomas típicos de la ERGE.
3. Síntomas de alarma que precisan un diagnóstico endoscópico rápido: trastornos de la deglución (disfagia), dolor al tragar (odinofagia), pérdida de peso, sangrado de tubo digestivo alto (evidente u oculto), anemia por déficit de hierro, vómitos persistentes, tumor epigástrico, neoplasia del tracto digestivo en un familiar de primer grado).

La ERGE puede cursar asintomática, en este caso la esofagitis por reflujo se constata de forma accidental durante una endoscopia. La ERGE cursa con períodos de actividad y remisión. La ERGE severa y no tratada puede conducir a complicaciones de mayor gravedad

Diagnostico

Síntomas

Los síntomas típicos de la ERGE son pirosis y regurgitaciones. La presencia de síntomas típicos 2 o más veces por semana en un paciente joven (menos de 50 años), sin datos de alarma, establecen el

diagnóstico presuntivo de ERGE. En estos pacientes se recomienda una prueba terapéutica con inhibidores de la bomba de protones

Prueba terapéutica

La prueba terapéutica con IBP puede usarse para el diagnóstico de ERGE en pacientes con síntomas típicos sin datos de alarma. No hay consenso acerca del tipo de IBP, dosis, duración y evaluación de resultados. En general, se recomienda usar dosis doble de IBP por un mínimo de 2 semanas y se considera positiva cuando la mejoría de los síntomas es superior al 50%. Aunque esta prueba es fácil de hacer y ampliamente disponible, su sensibilidad y especificidad son bajas

Cuestionarios de síntomas

Endoscopia convencional y biopsias

La endoscopia no debe usarse de forma rutinaria como prueba de escrutinio para ERGE por su pobre sensibilidad diagnóstica.

La endoscopia es útil para la detección de las complicaciones de la ERGE como esofagitis, estenosis, EB y adenocarcinoma. Por lo tanto, está indicada en los casos de ERGE de más de 5 años de evolución o ERGE refractaria, en pacientes con signos de alarma como disfagia, hemorragia digestiva, dolor torácico y pérdida de peso no buscada, así como en aquellos pacientes con factores de riesgo para EB y en los casos con sospecha de esofagitis eosinofílica

Esofagograma

El esofagograma no es útil para el diagnóstico de ERGE. Está indicado en la evaluación de estenosis esofágicas, hernias hiatales grandes y

sospecha de esófago corto en pacientes candidatos a cirugía antirreflujo.

Monitorización del pH esofágico (pH-metría)

La medición ambulatoria del pH esofágico de 24 horas a 48 horas (pH-metría) está indicada en los pacientes con síntomas típicos o extraesofágicos de ERGE, con endoscopia negativa que no responden al tratamiento con IBP y para confirmar la presencia de reflujo patológico en pacientes candidatos a cirugía antirreflujo sin evidencia de lesiones de la mucosa esofágica en la endoscopia. Se debe tener cuidado de suspender los medicamentos bloqueadores de ácido al menos 7 días antes del estudio. La medición del pH intragástrico, en el esófago proximal o en la hipofaringe no se recomienda de manera rutinaria en la evaluación de los pacientes con ERGE.

Sistema Bravo

El sistema inalámbrico (cápsula Bravo) de medición de pH esofágico, en comparación con los equipos de pH con catéter, es mejor tolerado por el paciente y tiene mayor sensibilidad para detectar el reflujo ácido y establecer la asociación de los síntomas con los episodios de reflujo. Sus limitantes son el costo y la disponibilidad, dolor torácico y no detecta reflujo no ácido.

PH-impedancia esofágica

Tratamiento

Cambiar estilo de vida

- Bajar de peso en sujetos con sobrepeso y obesidad⁴⁷.
- Dejar de fumar^{45,46}.
- Disminuir el consumo de alcohol⁴⁵.
- Eleva la cabecera de la cama^{48,49}
- Dormir en decúbito lateral izquierdo.
- Evitar la ingesta de alimentos de forma abundante al menos 2 h antes de acostarse en la noche, en especial si el sujeto presenta síntomas nocturnos

Tx farmacológico

- Antiácidos y alginatos
- Antagonistas de los receptores de histamina H₂
- Sucralfato
- Procinéticos
- Inhibidores de la bomba de protones

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.

Esófago de Barret

Lesión en la parte inferior del conducto que conecta la boca y el estómago (esófago).

El esófago de Barrett suele ser el resultado de la exposición repetida al ácido estomacal. Generalmente se diagnostica junto con la enfermedad del reflujo gastroesofágico (ERGE) a largo plazo. Algunos de los síntomas son acidez gástrica frecuente y dolor en el pecho. No obstante, algunas personas con esófago de Barrett no presentan síntomas.

El tratamiento incluye control médico, uso de medicamentos y, en algunos casos, cirugía. En raras ocasiones, puede convertirse en cáncer de esófago.

Factores de riesgo

- Ardor de estómago y reflujo ácido crónicos. Padecer enfermedad por reflujo gastroesofágico que no mejora con los medicamentos conocidos como «inhibidores de la bomba de protones» o por la cual es necesario un medicamento en forma regular puede aumentar el riesgo de presentar esófago de Barrett.

- Edad. El esófago de Barrett puede aparecer a cualquier edad, aunque es más frecuente en adultos mayores.
- Ser del sexo masculino. Los hombres tienen mucha más probabilidad de tener el esófago de Barrett.
- Ser de raza blanca. Las personas de raza blanca tienen mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad con respecto a las personas de otras razas.
- Tener sobrepeso. La grasa corporal alrededor del abdomen aumenta aún más el riesgo.
- Fumar actualmente o haberlo hecho en el pasado.

Fisiopatología

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. Existen otros factores de riesgo para el desarrollo de EB, como el tabaquismo y el alcoholismo. Recientemente se ha publicado un estudio donde se determina que tanto el tabaquismo como la ingesta de más de 50 g de alcohol por semana constituyen factores de riesgo independientes. Este riesgo es tres veces mayor para cada uno de ellos por separado

Con respecto a la posible participación del *Helicobacter pylori*, se han realizado estudios que intenten determinar si la infección por este microorganismo puede jugar un papel etiológico en el desarrollo del EB. Los trabajos publicados hasta ahora indican que, si bien el *Helicobacter pylori* puede colonizar el epitelio metaplásico, es altamente improbable que sea un factor etiológico y no existe actualmente ninguna evidencia de que éste sea un factor de riesgo.

Los mecanismos involucrados que llevan a que se produzca el proceso metaplásico no son bien conocidos y aún hoy sigue siendo una incógnita qué fuerzas son las que determinan el desarrollo de la metaplasia de Barrett y el sentido hacia esta diferenciación histológica. Con el fin de encontrar una explicación y así Esófago de Barret: Actualización del

tema Nicolás González y col Acta Gastroenterológica Latinoamericana - Vol 42 / Nº 4 / Diciembre 2012 4335 poder llegar a comprenderlo se han propuesto varias hipótesis. Una de las más aceptadas es que el epitelio metaplásico se originaría a partir de las células germinales pluripotenciales (células madres) que se sitúan en el estrato basal del epitelio escamoso desnudo y tienen la capacidad de diferenciarse a una pluralidad de fenotipos celulares, dependiendo de las características dominantes del estímulo.

De esta manera, cuando el material refluído es predominantemente ácido el modelo metaplásico iría hacia una mucosa gastrosímil (mucosa cardial y/o fúndica) con el fin de conferirle resistencia; contrariamente, cuando el material refluído es a predominio biliar se originaría una línea celular hacia el tipo intestinal con igual objetivo y, en caso de reflujo mixto, el epitelio de revestimiento esofágico adquiriría un patrón histológico en mosaico conteniendo ambos componentes celulares.

Cuadro clínico

CUADRO CLÍNICO

- ▶ El síndrome de Barrett en sí no causa síntomas.
- ▶ El reflujo de ácido que causa este síndrome con frecuencia ocasiona **síntomas** de acidez gástrica sin embargo, muchos pacientes con esta afección no tienen síntomas.



Diagnóstico

Por lo general, la endoscopia se utiliza para determinar si tienes esófago de Barrett.

Se pasa por la garganta un tubo iluminado con una cámara en la punta (endoscopio) para detectar signos de cambios en el tejido del esófago. El tejido normal del esófago es pálido y brillante. En el esófago de Barrett, el tejido es rojo y aterciopelado.

El médico extraerá tejido (biopsia) del esófago. El tejido donde se realiza la biopsia se puede examinar para determinar el grado de cambio.

Determinación del grado de cambio en los tejidos

Un médico que se especializa en examinar tejidos en un laboratorio (patólogo) determina el grado de displasia en las células del esófago. Debido a que puede ser difícil diagnosticar la displasia en el esófago, es mejor que dos patólogos concuerden en el diagnóstico y que al menos uno de ellos se especialice en patología gastroenterológica. Puede clasificarse el tejido de la siguiente manera:

- Sin displasia, si se manifiesta el esófago de Barrett pero no se encuentran cambios precancerosos en las células.
- Displasia de grado bajo, si las células muestran pequeños signos de cambios precancerosos.
- Displasia de grado alto, si las células muestran muchos cambios. Se cree que la displasia de grado alto es el último paso antes de que las células se transformen en cáncer de esófago.

Tratamiento

El tratamiento para el esófago de Barrett depende del grado de crecimiento celular anormal en el esófago y del estado de salud general.

Ausencia de displasia

Es probable que el médico recomiende:

- Endoscopia periódica para controlar las células del esófago. Si las biopsias no indican que hay displasia, es probable que debas someterte a una endoscopia de seguimiento dentro de un año y después cada tres años, si no se producen cambios.
- Tratamiento para la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Los cambios en los medicamentos y el estilo de vida pueden aliviar los signos y síntomas. Una opción podría ser la cirugía para contraer el esfínter que controla el flujo de ácido estomacal. El tratamiento para la enfermedad por reflujo gastroesofágico no trata el esófago de Barrett no diagnosticado y es probable que no disminuya el riesgo de padecer cáncer de esófago, aunque puede ayudar a facilitar la detección de displasia.

Displasia de bajo grado

Si se detecta una displasia de bajo grado, esta debe ser verificada por un patólogo con experiencia. El médico podría recomendar que te sometas a otra endoscopia en 6 meses, con seguimiento adicional cada 6 a 12 meses.

Pero, dado el riesgo de cáncer de esófago, se puede recomendar el tratamiento si se confirma el diagnóstico. Los tratamientos de preferencia incluyen los siguientes:

- Mucosectomía endoscópica, que utiliza un endoscopio para extraer las células dañadas.

- Ablación con radiofrecuencia, que utiliza calor para extraer el tejido anormal del esófago. La ablación con radiofrecuencia puede recomendarse después de la mucosectomía endoscópica.

Si se observa una inflamación considerable en el esófago en la endoscopia inicial, se realiza otra endoscopia después de que recibes 3 o 4 meses de tratamiento para reducir el ácido estomacal.

Displasia de grado alto

Por lo general, se cree que la displasia de grado alto es un precursor del cáncer de esófago. Por este motivo, el médico puede recomendarte una mucosectomía endoscópica o ablación por radiofrecuencia. Otras opciones de tratamiento comprenden las siguientes:

- Crioterapia, donde se utiliza un endoscopio para aplicar un líquido o gas frío a las células anormales del esófago. Se permite que las células se calienten y luego, se las vuelve a congelar. El ciclo de congelación y descongelación daña las células anormales.
- Terapia fotodinámica, en la cual se destruyen las células anormales al hacerlas sensibles a la luz.
- Cirugía, en la que se extrae la parte dañada del esófago y la parte restante se conecta al estómago.

Complicaciones esófago de Barrett

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. Muchas personas con el esófago de Barrett nunca contraen cáncer de esófago.

Acalasia

Definición

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.

Factores de riesgo

se ha visto que tiende a ser multifactorial ya que se relaciona a causas ambientales, exposiciones virales, entre otras, que llevan a una inflamación del plexo mientérico a nivel esofágico y a una activación de la respuesta autoinmune. Además puede existir una susceptibilidad en aquellos pacientes que presentan una historia familiar positiva de esta patología. En cuanto a los factores autoinmunes, un estudio revela que hay un aumento en el riesgo de padecer acalasia en aquellos pacientes con Síndrome de Sjogren, Lupus eritematoso Sistémico y uveítis. Además existen infiltrados de células T a nivel del plexo mientérico. Por otra parte, la presencia de patologías infecciosas tales como la Enfermedad de Chagas, Varicela Zoster, entre otros, se han relacionado con la acalasia. A pesar de esto, existen múltiples estudios que contradicen esta teoría, por lo que la asociación con etiologías infecciosas es controversial.

Fisiopatología

Existen varias propuestas de cambios neuroanatómicos responsables de la acalasia, los cuales incluyen la pérdida de células ganglionares en el plexo mientérico (de Auerbach), degeneración del nervio vago y del núcleo motor dorsal del vago. De estas posibilidades, únicamente la pérdida de células ganglionares está sustentada adecuadamente.

Se ha involucrado a la pérdida selectiva de las neuronas inhibitorias del plexo mientérico, productoras de péptido intestinal vasoactivo (PIV) y óxido nítrico (ON), así como también a la presencia de infiltrado inflamatorio en el EEI. La hipótesis más aceptada sugiere que la

acalasia puede ser causada por factores virales y autoinmunes, las cuales llevan a los cambios inflamatorios y al daño del plexo mientérico.

La mayor parte de la evidencia sugiere un proceso autoinmune, atribuible al virus de herpes humano tipo 1, en individuos genéticamente susceptibles.

Se ha demostrado una posible asociación con el antígeno HLA - DQw1 tipo II. Existe evidencia de anticuerpos anti - plexo mientérico, con genotipos específicos de HLA, sin embargo las investigaciones aún no han sido concluyentes.

A pesar de que la causa del proceso degenerativo continúa siendo desconocida, el resultado final es un proceso inflamatorio que lleva a la pérdida de los neurotransmisores inhibitorios (PIV y ON) y consecuentemente a un desbalance entre neuronas inhibitorias y excitatorias. Esto culmina en una aumentada actividad colinérgica, que ocasiona la relajación incompleta del EEI y aperistalsis, de modo que se pierde el gradiente de latencia a lo largo del cuerpo esofágico.

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: La clínica de estos pacientes va orientada principalmente a síntomas tales como disfagia (síntoma pivote), dolor retroesternal, vómitos, regurgitación, pirosis y pérdida de peso. La manometría esofágica se considera el gold standard para el diagnóstico de la acalasia, evidenciando ausencia de la peristalsis a nivel del cuerpo del

esófago y además una ausencia en la relajación del esfínter esofágico inferior. Otro método diagnóstico confirmatorio es el esofagograma con medio de contraste donde se evidencia el signo radiológico de “pico de ave” debido a la estrechez marcada a nivel del esófago inferior por la ausencia de la relajación del EEI y una dilatación del esófago proximal. Además este estudio nos permite hacer el diagnóstico diferencial con carcinoma. Posterior a la introducción de la manometría de alta resolución, se pueden clasificar los pacientes con acalasia en tres categorías:

- Acalasia clásica
- Acalasia con la compresión y los efectos de presurización
- Acalasia espástica.

.

Tratamiento

Los tratamientos para esta patología, los cuales son la dilatación neumática o bien el tratamiento quirúrgico (miotomía laparoscópica). La dilatación neumática consiste en la colocación de un balón inflado en el tercio inferior del esófago, y posteriormente al inflarlo mejora el paso de líquidos y sólidos. La miotomía laparoscópica es el tratamiento con mejor respuesta y consiste en realizar una división longitudinal del músculo circular a nivel del esfínter esofágico inferior. En muchas ocasiones es común que además de la miotomía se realice un procedimiento antirreflujo, a aquellos pacientes con riesgo elevado de reflujo posterior a la cirugía. La fundoplicatura parcial posterior tuvo mayor tasa de éxito que la fundoplicatura anterior, mostrando una menor cantidad de reintervenciones.

Complicaciones:

Las consecuencias de la acalasia se deben sobre todo al daño que produce las secreciones gástricas sobre la mucosa esofágica o a nivel del epitelio respiratorio, así como de los cambios originados por la

reparación y fibrosis posteriores. Algunas de las sustancias que tienen potencial nocivo para el esófago son el ácido, la pepsina, las secreciones pancreáticas, las secreciones biliares, etc.

punta de lápiz, observándose el esófago dilatado.

Disfagia progresiva y regurgitación comprometiendo la alimentación y por consiguiente llevando a una desnutrición y pérdida de peso. El Tratamiento de moderada a casos severos de acalasia se usan la dilatación con balón o la miotomía.



Espasmo Esofágico Difuso

Definición

El espasmo esofágico consiste en la aparición de contracciones esofágicas prematuras durante la deglución. A su vez, se define como prematura aquella contracción esofágica que aparece brevemente tras la primera fase de la deglución, que es la relajación del esfínter esofágico superior. Aunque durante décadas la terminología aceptada para este trastorno era "espasmo esofágico difuso", desde hace varios años se prefiere su denominación como "espasmo esofágico distal" ya que la porción esofágica afectada es la región distal o inferior del esófago, y no la que forma parte del esfínter esofágico superior y de la porción proximal o superior del cuerpo esofágico.

Factores de riesgo

Algunos otros factores que pueden aumentar el riesgo de espasmos esofágicos son:

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

Fisiopatología

A diferencia de la porción esofágica superior, cuya capa muscular es de tipo estriado y voluntaria, la porción inferior, que es la implicada en esta enfermedad, presenta una capa muscular de tipo liso e involuntaria bajo control inconsciente dependiente de una red neuronal inserta en la propia pared muscular. Este plexo neuronal regula la contractilidad gracias a una vía excitatoria, mediada por la acetilcolina, un neurotransmisor que favorece la contracción muscular, y a una vía inhibitoria, mediada por el óxido nítrico, una sustancia que favorece la dilatación de los vasos sanguíneos. Según parece, el espasmo esofágico se produciría por un defecto de dicha vía inhibitoria, dando lugar a un predominio de la vía excitatoria, a una vasoconstricción local que desencadenaría el espasmo muscular, e incluso a un engrosamiento de la capa muscular, alteración anatómica observada en esta enfermedad. Finalmente, y al margen de alteraciones del sistema autónomo de la porción esofágica inferior, se ha comprobado que el reflujo gastroesofágico, que es una enfermedad muy frecuente y que se caracteriza por el paso de contenido, generalmente ácido, desde el estómago hacia el esófago, puede producir un espasmo esofágico. De hecho, hasta un 40 % de los pacientes diagnosticados de espasmo esofágico presentan además reflujo gastroesofágico.

Cuadro clínico

Los síntomas del espasmo esofágico son muy inespecíficos, ya que son comunes a otras enfermedades esofágicas, espásticas o no. Los más

frecuentes son el dolor torácico y la disfagia o dificultad para la deglución alimentaria, pero también pueden aparecer pirosis o ardor retroesternal y regurgitación alimentaria. Característicamente la aparición de síntomas es intermitente. Suele aparecer en la edad adulta y afecta más al sexo femenino. Se la considera una enfermedad muy ligada a ciertas condiciones psiquiátricas, como son la depresión y la ansiedad; no obstante la mayor cohorte publicada de pacientes con espasmo esofágico muestra que sólo afecta a un 30 % de estos enfermos.

Diagnóstico

- Endoscopia. Un tubo flexible (endoscopio) que baja por la garganta le permite al médico ver el interior del esófago. El médico puede extraer una muestra de tejido (biopsia) para analizar y descartar otras enfermedades del esófago.

Radiografías. Se toman imágenes del esófago después de tragar un líquido de contraste.

- Manometría esofágica. Esta prueba mide las contracciones musculares en el esófago cuando tragas agua.
- Control del pH esofágico. Esta prueba puede determinar si el ácido del estómago vuelve hacia atrás hacia el esófago (reflujo ácido).

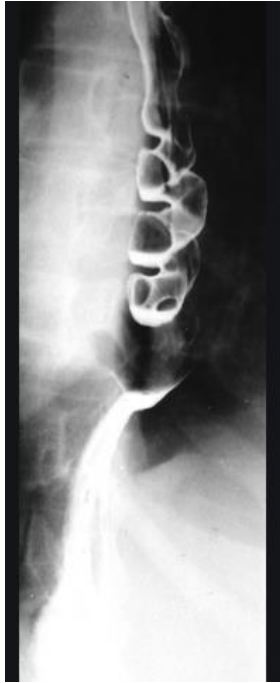
Tratamiento

- Controlar cualquier enfermedad no diagnosticada. Los espasmos esofágicos a veces están relacionados con trastornos como ardor de estómago, enfermedad por reflujo gastroesofágico, ansiedad o depresión. El médico podría recomendarte un inhibidor de bomba de protones, como el lansoprazol, para tratar la enfermedad por reflujo gastroesofágico o un antidepresivo, como la trazodona o la imipramina (Tofranil). Los antidepresivos también podrían ayudarte a reducir la sensación de dolor en el esófago.
- Medicamentos para relajar los músculos que utilizas al tragar. El sildenafil (Revatio, Viagra), las inyecciones de

onabotulinumtoxina A (Botox) o los bloqueadores de los canales de calcio, como el diltiazem (Cardizem CD, Tiazac, otros), pueden reducir la gravedad de los espasmos.

- Cirugía (miotomía). Si el medicamento no funciona, el médico podría recomendarte un procedimiento que implica cortar el músculo en el extremo inferior del esófago, para ablandar las contracciones esofágicas. Debido a que no existen estudios a largo plazo de este enfoque, por lo general, la miotomía no se recomienda para espasmos esofágicos. Sin embargo, se podría considerar si otros tratamientos no funcionan.
- Miotomía endoscópica por vía oral. En esta técnica mínimamente invasiva, se introduce un endoscopio por la boca y se desciende por la garganta, lo que permite realizar una incisión en la membrana interna del esófago. Después, al igual que en la miotomía, el cirujano corta el músculo que está ubicado en el extremo inferior del esófago. Al igual que en la miotomía, por lo general, la miotomía endoscópica por vía oral se considera solo si los otros tratamientos no funcionan.
- **COMPLICACIONES**

el espasmo esofágico difuso causa dolor retroesternal con disfagia para líquidos y sólidos. El dolor puede despertar al paciente. Los líquidos muy calientes o muy fríos pueden exacerbar el dolor. A lo largo de muchos años, este trastorno puede evolucionar a acalasia.



Cáncer de Esófago

Definición

El cáncer esofágico es el cáncer que ocurre en el esófago, un tubo largo y hueco que va desde la garganta al estómago. El esófago ayuda a trasladar la comida que ingieres desde la parte posterior de la garganta hasta estómago para digerirla.

El cáncer de esófago generalmente comienza en las células que recubren su interior. Puede presentarse en cualquier parte del esófago. El cáncer de esófago es la sexta causa más frecuente de muertes por cáncer en todo el mundo. Las tasas de incidencia varían en las distintas ubicaciones geográficas. En algunas regiones, las tasas más elevadas de casos de cáncer de esófago se pueden atribuir al consumo de tabaco y alcohol o a ciertos hábitos nutricionales y obesidad.

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
- No consumir suficientes frutas ni vegetales
- Someterse a un tratamiento con radiación en el pecho o en la parte superior del abdomen

Fisiopatología

El adenocarcinoma se localiza en el segmento distal del esófago. Su incidencia está aumentando; representa el 50% de los casos de carcinoma esofágico en individuos de raza blanca. Es el cuádruple de frecuente en blancos que en negros. El alcohol no es un factor de riesgo importante, pero el hábito de fumar es un factor que contribuye

En el esófago de Barrett, un epitelio metaplásico cilíndrico glandular, similar a la mucosa intestinal, con ribete en cepillo y células caliciformes, reemplaza al epitelio escamoso estratificado normal del segmento distal del esófago durante la fase de curación de una esofagitis aguda, cuando dicha curación se produce en presencia persistente de ácido gástrico. La obesidad se asocia con un riesgo 16 veces mayor de adenocarcinoma de esófago, probablemente porque la obesidad es un factor que contribuye al reflujo.

Otros tumores malignos del esófago

Los siguientes son tumores malignos menos frecuentes: carcinoma de células fusiformes (una variante escasamente diferenciada del

carcinoma epidermoide), carcinoma verrugoso (una variante bien diferenciada del carcinoma epidermoide), seudosarcoma, carcinoma mucoepidermoide, carcinoma adenoescamoso, cilindroma (carcinoma adenoide quístico), carcinoma de células en avena primario, coriocarcinoma, tumor carcinoide, sarcoma y melanoma maligno primario.

El metastásico representa el 3% del cáncer esofágico. El melanoma y el cáncer de mama son los que tienen mayor probabilidad de causar metástasis esofágicas; otros son los cánceres de cabeza y cuello, pulmón, estómago, hígado, riñón, próstata, testículo y hueso. Por lo general, estos tumores siembran el estroma de tejido conectivo laxo que rodea al esófago, mientras que los cánceres esofágicos primarios comienzan en la mucosa o la submucosa.

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

Por lo general, el cáncer de esófago incipiente no causa signos ni síntomas.

Diagnostico

- *Radiografía del pecho o tórax*
- *Tomografía computarizada (TAC) del pecho tórax*
- *Rayos X (Radiografía) del tracto gastrointestinal (GI) superior*
- *Exploración con tomografía por emisión de positrones – tomografía computada (PET/TC)*

Tratamiento

- Cirugía
- Radioterapia
- Quimioterapia

Complicaciones

- 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.

