



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín del Hospital Clínico**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**. Este tiene el propósito de evidenciar la evolución del contenido y poner a disposición de nuestra audiencia documentos académicos originales que han impulsado nuestra revista actual, sin embargo, no necesariamente representa a la línea editorial de la publicación hoy en día.

ESOFAGITIS POR REFLUJO Y SIGNIFICADO CLINICO

DE LA HERNIA HIATAL POR DESLIZAMIENTO

Dr. Flavio Nervi O.

I. DEFINICIONES

1. Pirosis :

Es una sensación quemante, a veces dolorosa, localizada en la región retroesternal, entre el apéndice xifoideo y el manubrio del esternón. Puede irradiarse al epigastrio, áreas laterales del tórax, hombros y base del cuello.

2. Reflujo gastro-esofágico :

Es el paso de contenido gástrico a través del esfínter esofágico inferior (EEI) hacia el cuerpo del esófago. Si el contenido atraviesa también el esfínter esofágico superior llegando a la boca, se habla de Regurgitación.

3. Esofagitis clínica :

Existe cuando hay pirosis. Implica la existencia de una mucosa especialmente sensibilizada, que responde con pirosis al ponerse en contacto con agentes nocivos para la mucosa esofágica (jugo gástrico, bilis).

4. Esofagitis morfológica :

Significa inflamación esofágica.

5. Hernia hiatal por deslizamiento :

Es la presencia de una porción de estómago y por lo tanto del EEI en la cavidad torácica, que han subido a través del hiato gastro-esofágico. Cuando sólo una porción de estómago sube a través del hiato hacia el tórax, permaneciendo el EEI en situación anatómica, se habla de Hernia Hiatal Paraesofágica.

II. CUADRO CLINICO DE LA ESOFAGITIS

Corresponde al cuadro que era considerado antes como propio de la hernia hiatal. La esofagitis por reflujo se manifiesta en clínica por pirosis. Este síntoma, central para el diagnóstico, se acompaña con frecuencia de regurgitación y se alivia rápidamente al ingerir antiácidos. La pirosis suele aparecer poco después de las comidas, cuando se flexa el tronco, y al acostarse. Es corriente descubrir en la anamnesis del paciente que su síntoma es particularmente intenso en los períodos de mayor trabajo o de tensión emocional. Cuando el paciente ha tenido pirosis por muchos años puede agregarse durante el período sintomático dolor retroesternal de tipo cólico y a veces odinofagia. Estos dos síntomas derivan de espasmos esofágicos secundarios a una esofagitis grave. El 85 % de los pacientes que consultan por primera vez han presentado pirosis recurrente por más de un año. La historia natural de la enfermedad se caracteriza por evolucionar en crisis de períodos muy variables, de días a meses. La enfermedad termina en un pequeño porcentaje de casos con la estenosis péptica del 1/3 distal del esófago. Es

importante enfatizar que un 20 % de los pacientes que presentan una estenosis péptica por reflujo no tienen una historia de esofagitis clínica. En sujetos mayores de 40 años con esofagitis morfológica severa puede existir una anemia hipocroma crónica leve a moderado, como secuela del proceso erosivo ulcerado. Otra complicación temible es la neumonía por aspiración. Ella corrientemente es precedida por una historia antigua de regurgitación y pirosis.

III. SIGNIFICADO CLINICO DE LA HERNIA HIATAL POR DESLIZAMIENTO

Durante muchos años se sostuvo que la esofagitis clínica era consecuencia de una hernia hiatal debido al efecto nocivo de la presión negativa intratorácica, la cual a su vez disminuiría la presión del EEI, facilitando así el reflujo. Sin embargo, a fines de la década del 60, y particularmente en los últimos 4 años, se ha logrado un gran avance en el conocimiento de esta enfermedad y del significado fisiológico del EEI. Estos estudios, junto a la valoración objetiva de trabajos clínicos, tendientes a correlacionar la esofagitis clínica con la presencia de una hernia hiatal, permiten concluir :

1. La gran mayoría de los pacientes portadores de una hernia hiatal no tienen reflujo gastroesofágico.
2. La frecuencia de la hernia hiatal aumenta con la edad, pero la frecuencia de esofagitis clínica no.
3. Un gran número de pacientes (20 a 50 %) con esofagitis no tienen hernias demostrables radiológicamente aún con las técnicas más refinadas.

Universidad Católica de Chile
Biblioteca de Medicina
y Ciencias Biológicas

4. Los síntomas de la esofagitis se correlacionan con la competencia del esfínter esofágico inferior independientemente de la presencia o ausencia de una hernia hiatal.
5. Existe un número grande de pacientes con esofagitis clínica, que son portadores de una hernia hiatal (20 %); sin embargo, el efecto que tiene la hernia sobre el esfínter se desconoce.

Hoy día el cuadro de pirosis debe ser atribuido a la esofagitis péptica y no a la hernia hiatal por deslizamiento, cuya trascendencia clínica es por el momento desconocida. Distinto es el caso de la hernia hiatal paraesofágica. Ella se encuentra especialmente en mujeres > 40 años ; es poco frecuente y se manifiesta por sensación de plenitud retroesternal baja, a veces dolorosa. Puede existirir un síndrome ulceroso por una úlcera del saco gástrico. La complicación temible es el estrangulamiento de la hernia, la cual constituye una urgencia quirúrgica. La presencia de una hernia hiatal paraesofágica tiene indicación quirúrgica, aún cuando no existan complicaciones.

IV. FISIOPATOLOGIA DE LA INCOMPETENCIA DEL EEI

La presencia de esofagitis por reflujo gastroesofágico implica un EEI incompetente, o sea, con una presesión intraluminal inferior a 10 mm Hg (el 0 corresponde a la presión intragástrica). El esfínter no tiene identificación anatómica precisa y corresponde a la porción intraabdominal del 1/3 distal del esófago. Este se relaja 1-2 segundos después de la deglución a través de un proceso de relajación receptiva. Su presión de reposo es rápidamente alcanzada después del pasaje del bolo alimentario,

con el objeto de evitar el reflujo de material potencialmente dañino para la mucosa esofágica (ácido-bilis).

En la patogenia de la esofagitis participan 3 factores fundamentales :

1. Disminución de la presión del EEI.
2. Alta concentración de ácido o sales biliares del contenido refluído.
3. Ineficiencia de las ondas peristálticas secundarias del cuerpo esofágico para devolver el material refluído.

Existe consenso hoy día de que la alteración fundamental está en el control y mantenimiento de la presión del EEI. La función defensiva del esfínter, es decir su presión adecuada, depende al parecer exclusivamente de una propiedad intrínseca de las fibras musculares correspondientes. Es muy probable que exista una acción fisiológica moduladora del vago sobre la presión del esfínter. Esta acción es sin duda de poca importancia, pues la vaguectomía produce un decremento pequeño en la presión del EEI ; lo mismo ocurre con la administración de atropina. En 1970 se comunicó que la administración endovenosa de gastrina aumentaba la presión del EEI. Sin embargo, este efecto era observado sólo con dosis farmacológicas de la hormona y no se encontró una correlación entre los niveles de gastrinemia y las presiones del EEI; por lo tanto el rol fisiológico de la gastrina como hipertensor fisiológico del esfínter no es aceptado en la actualidad.

Se ha descrito un número importante de factores dietéticos y hormonales capaces de modificar la pre-

si3n del EEI, facilitando as3 el reflujo. Un resumen de ellos se muestra en las Tablas N° 1 y N° 2. Debe notarse que el caf3 produce aumento de la presi3n del EEI ; sin embargo, en muchos individuos tiene un efecto irritante directo sobre la mucosa del esf3nter y por esta raz3n se recomienda su supresi3n en los pacientes con esofagitis.

V. ESTUDIO DE UN PACIENTE CON ESOFAGITIS

En la gran mayor3a de los casos el diagn3stico es exclusivamente cl3nico. Se indica un estudio radiol3gico cuando la pirosis y/o el dolor retroesternal son muy severos o persistentes, y tambi3n cuando hay disfagia en la historia. La radiolog3a puede ser 3til para poner en evidencia un reflujo sospechado en sujetos cuya anamnesis no es satisfactoria. En casos de diagn3stico diferencial dif3cil de dolor tor3cico se puede recurrir al test de Bernstein, en especial cuando existe una esofagoscopia normal. Esta consiste en poner una sonda a 30 cm de las fosas nasales, infundiendo durante 15 minutos suero fisiol3gico y en seguida se infunde HCl 0.1 N a una velocidad de 10 ml/min. El test es positivo si aparece dolor o pirosis durante el per3odo de infusi3n de 3cido.

La esofagoscopia se indica frente a la sospecha de una esofagitis severa, cuyo tratamiento ha fracasado con las medidas habituales de tratamiento m3dico y en el estudio de una anemia hipocroma cr3nica, cuando el paciente refiere una historia larga de pirosis.

Estos casos, en general, corresponden a mujeres de > 50 a3os que con frecuencia tienen una hernia hiatal por deslizamiento de mediano a grande (> 8 cm de di3metro) y son portadoras de una esofagitis endosc3pica con erosiones o 3lceras de la mucosa.

T A B L A N° 1

AGENTES QUE AUMENTAN LA PRESION DEL EEI

1. ANTICOLINESTERICOS
2. HISTAMINA
3. ALCALINIZACION GASTRICA
4. METOCLOPRAMIDA
5. PROTEINA
6. INDOMETACINA
7. CAFE
8. COLINERGICOS

T A B L A N° 2

AGENTES QUE DISMINUYEN LA PRESION DEL EEI

1. ANTICOLINERGICOS
2. TEOFILINA
3. CAFEINA
4. ACIDIFICACION GASTRICA
5. COMIDA GRASA
6. CHOCOLATE
7. ESENCIA DE MENTA
8. CIGARRILLO
9. ETANOL
10. VALIUM
11. OPIACEOS
12. INFLAMACION

La manometría esofágica tiene dos indicaciones con respecto a la esofagitis :

1. Cuando se sospecha una esclerodermia esofágica en pacientes con esofagitis severa.
2. En el control pre y post-operatorio de la presión del EEI para evaluar el resultado de la cirugía del re-flujo gastroesofágico.

VI. TRATAMIENTO DE LA ESOFAGITIS

Un elemento muy importante del tratamiento es entregarla al paciente una explicación lo más exacta posible sobre la naturaleza de la enfermedad y su significado pronóstico habitual. Se deben analizar junto con el paciente los desencadenantes de su pirosis, especialmente si existe una relación frecuente entre el síntoma y algunos alimentos, además si hay relación entre el período de pirosis con situaciones de stress.

Los propósitos de la terapia médica son :

1. Disminución de la acidez gástrica.
2. Aumentar la presión del EEI.
3. Favorecer los factores mecánicos.

El antiácido usado debe ser del tipo del hidróxido de aluminio o magnesio. Se da una dosis de 15 a 20 ml media hora después de cada comida y al acostarse. En el caso habitual la terapia se mantiene durante un mes y se le enseña al paciente el uso del antiácido en curas

cortas de una semana al comienzo de las crisis futuras. Es importante señalar que el antiácido no sólo disminuye el efecto nocivo del contenido gástrico refluido, sino que también produce un aumento de la presión del EEI a través de mecanismos todavía desconocidos.

Dentro de las recomendaciones dietéticas se indica : comidas de pequeño volumen, ricas en proteínas y pobres en grasa. Se prohíbe el uso de alcohol, cigarrillo, café, cítricos, chocolate y pastillas de menta.

Suele ser un coadyuvante eficaz el uso de Metoclopramida (Itan, Peryan) 1 comp. de 10 mg 15 minutos antes de cada comida. Esta droga tiene dos efectos importantes :

- a) Aumenta, por acción directa, la presión del EEI, y
- b) Favorece el vaciamiento gástrico.

Dentro de las contraindicaciones de este medicamento están :

- a) Inhibidores de la MAO (Marplán). Por lo menos debe sus penderse dos semanas antes.
- b) Antidepresivos tricíclicos.
- c) Epilepsia o síndromes extrapiramidales (excepto Par-kinson).
- d) Porque no hay información suficiente se recomienda no usar la droga durante el primer trimestre del embarazo.

Dentro de las recomendaciones tendientes a favorecer los factores mecánicos, tenemos :

- a) Elevar 20 cm la cabecera de la cama.
- b) Suprimir la siesta y cenar a lo menos tres horas antes de acostarse.
- c) Bajar de peso.
- d) Suprimir cinturones apretados.

El tratamiento quirúrgico de la esofagitis por reflujo se indica en cuatro situaciones :

1. Fracaso reiterado de un tratamiento médico bien hecho en pacientes con síntomas invalidantes.
2. Disfagia lórica por estenosis péptica.
3. Antecedentes de neumonias por aspiración.
4. Hemorragia digestiva por esofagitis péptica.

La hernia hiatal no tiene indicación quirúrgica, excepto en los casos de hernias paraesofágicas. Las operaciones antireflujo previenen los problemas clínicos recurrentes en un 95 % de los casos. Las técnicas quirúrgicas más corrientes son las de Nissen, Hill y Belsey. Estas tres técnicas tienen dos aspectos en común :

1. La creación de un segmento esofágico fijo intraabdominal de 4 cm.
2. Sutura de tipo variable del fondo gástrico al segmento esofágico fijado.

En los pacientes portadores de una esofagitis severa con disfagia actual debe hacerse una terapia médica intensa intrahospitalaria antes de la operación, agregándose -al disminuir los síntomas-dilataciones progresivas con dilatadores de diámetro creciente (dilatadores de Hurst).

Cuando la estenosis ya es definitiva y no regresa con las dilataciones, debe recurrirse a la interposición de colon ; sin embargo, se debe reservar esta técnica exclusivamente como última alternativa, puesto que se trata de una intervención quirúrgica que se acompaña de un 15 % de mortalidad.

T A B L A N° 3

PROPOSITOS DE LA TERAPIA MEDICA EN EL REFLUJOGASTRO-ESOFAGICO1. DISMINUIR LA ACIDEZ GASTRICA

- a) Antiácidos
- b) Antihistamínicos H₂
- c) Anticolinérgicos NO

2. AUMENTAR LA PRESION DEL ESFINTER

- a) Alimentos
 - 1. Aumentan la presión : proteínas
 - 2. Disminuyen la presión : grasa, chocolate, alcohol, cigarrillos.
 - 3. Irritantes : jugos cítricos, tomate, café
- b) Antiácidos
- c) Colinérgicos (betanecol)
- d) Metoclopramida

(continúa)

(Continuación Tabla N° 3)

3. FAVORECER LOS FACTORES MECANICOS

- a) Elevar la cabecera de la cama
- b) Suprimir la siesta : última comida 3 horas cama
- c) Comidas de poco volumen
- d) Disminuir de peso
- e) Suprimir corsets

B I B L I O G R A F I A

1. SLEISENGER M.H., FORDTRAN J.S.: Gastrointestinal disease.
W.B. Saunders, 1973.
2. BEHAR J.: Reflux esophagitis, pathogenesis, diagnosis and management.
Arch. Int. Med. 136 : 560, 1976.
3. COHEN S., HANES L.: Does hiatus hernia affect competence of the gastroesophageal sphincter ?
N. Engl. J. Med. 284 : 1053, 1971.
4. EDWARDS D.: Symposium on gastroesophageal reflux and its complications.
Gut 14 : 233, 1973.