

ESOFAGITIS. GENERALIDADES Y CONCEPTO ACTUAL*

DR. RAÚL FOURNIER VILLADA

DR. HERNÁN RAMOS CRISTERNA

LA ESOFAGITIS PÉPTICA no es una enfermedad autónoma; es casi siempre el común denominador de todas aquellas entidades patológicas que afectan la anatomía, o la fisiología normal de la unión gastroesofágica.

Durante mucho tiempo la atención de los investigadores se enfocó exclusivamente a la fisiología gástrica y a las manifestaciones de este órgano; se pensó, sin hacer análisis más detallado, que las alteraciones anatómicas o fisiológicas de este órgano eran las responsables de la mayor parte de la sintomatología. En la segunda y tercera década de este siglo, principió a enfocarse el problema de este capítulo de la patología gástrica hacia el funcionamiento de la región píloro-duodenal. Muchos creyeron que con esto se resolvía el problema, puesto que consideraron a la evacuación gástrica como el centro de todos los fenómenos.

Los clínicos franceses Loepert, Boutier y otros crearon un concepto patológico basados en la fisiología de la evacuación gástrica. Cannon, en 1902, estudió la regurgitación gástrica a través del esófago en gatos; Alvarez, observó el mismo hecho en el hombre, demostrando que la regurgitación es rítmica, normal y que el producto regurgitado llega en ocasiones hasta la altura del corazón o la laringe. El mismo Alvarez, al divulgar la teoría del gradiente, hizo que los fisiólogos y clínicos nuevamente rectificaran los efectos de la evacuación gástrica, de las ondas peristálticas y antiperistálticas y las observaciones fueron enfocadas en el resultado del vaivén del contenido gástrico, secreción de alimentos, determinando que en las ondas de contracción antiperistáltica, mas defectos en el mecanismo de la cerradura superior del estómago producían trastornos que antes se consideraban como estrictamente gástricos. Posteriormente, se inició la gran controversia vigente hasta nuestros días de la existencia o no, de un esfínter anatómico en el cardias. Cannon trataba de demostrarlo a través de sus estudios de anatomía comparada donde enseñaba que en aquellos animales en los que el cardias tenía que luchar contra la fuerza de la gravedad este esfínter se hacía más aparente (animales que pasan el día colgados de los pies) v. g. murciélago. En el hombre su posición erecta, el hecho que el tránsito esofágico no sea exclusivamente provocado por un fenómeno físico (ley de gravedad), sino que sea un fenómeno activo, funcional, dinámico, en el cual intervienen funciones complejas ha hecho que este esfínter sea anatómicamente menos aparente. En la actual-

* Tema del Symposium sobre Esofagitis por Reflujo, leído en la Academia Nacional de Medicina el 12 de abril de 1961.

lidad, todos estamos de acuerdo en que si bien se puede dudar que sea un esfínter anatómico, es indiscutible su existencia como esfínter fisiológico.

Es decir, de la despreocupación anatomo fisiológica-clínica, hacia el segmento superior gastrocardioesofágico se pasó al análisis de diversas enfermedades que lo alteraban: hernia hiatal, acalasia, exageración o falta de acodadura gastroesofágica, con las interpretaciones de los fenómenos resultantes.

Como se pensaba que la mucosa del tercio inferior del esófago adquiriría una sensibilidad anormal, al grado que el enfermo percibía la sensación de quemadura retroesternal, la regurgitación —mericismo y rumiación— se pensó que dicha sensibilidad anómala era exclusivamente originada por factores de secreción ácida exagerada, que por los esfuerzos de la musculatura gástrica para vaciar su contenido provocaba el reflujo por el lugar menos resistente, más fácil al encontrar un esfínter insuficiente por falta de acodadura en el segmento gastroesofágico.

Muchos habíamos advertido que la percepción del fenómeno de quemadura retroesternal —expresión clínica de lo que ahora denominamos esofagitis péptica— no se efectuaban únicamente ante estados de hiperacidez y/o trastorno de la evacuación pilórica, sino que, se presentaba también en sujetos normo o hipocídicos, y más aún, en sujetos gastrectomizados por cáncer de estómago, en procesos larvados o grandes manifestaciones de avitaminosis (probablemente el caso de los cancerosos). Esto conducía a pensar que si bien la hiperacidez intervenía en el mecanismo de producción de este fenómeno, también existían otras causas importantes, las unas predisponentes y las otras determinantes que desencadenaban la sintomatología tan molesta del cuadro que nos ocupa.

Nos hemos limitado a hacer una breve reseña de algunas de las etapas evolutivas en el conocimiento de la esofagitis péptica. Señalaremos de paso que también los factores psicológicos intervienen en una forma importante. En ocasiones, este cuadro se desarrolla durante o después de crisis neuróticas o en estados depresivos, donde es frecuente que el enfermo busque como refugio inconsciente a sus males una regresión temporal que le permita vivir en la primera infancia, donde las regurgitaciones forman parte de la fisiología normal.

Podemos decir en forma extractada que las causas más frecuentes de esofagitis son: A) De orden exógeno: alimentación. B) Causas corpóreas extradigestivas: neurosis, lesiones cardiovasculares, lesiones raquídeas. C) Causas orgánicas digestivas: úlcera, cirrosis del hígado, carencias vitamínicas. D) Causas intragástricas: alteraciones de la motilidad, alteraciones del vaciamiento y secreción. E) Causas generales y endocrinas: pirosis gravídica, hipotiroidismo, hiperfoliculinemia, espasmofilia. Por último, digamos que este cuadro se caracteriza por la regurgitación del contenido gástrico hacia el esófago, cuyas bases anatómicas son la inflamación de la mucosa y sus consecuencias y que para su diagnóstico requiere un estudio clínico y radiológico completo de la secreción gástrica, endoscópico y biopsia de la mucosa afectada.