

LOS MEDIOS DE DIAGNOSTICO EN LA ESOFAGITIS POR REFLUJO*

Dr. PEDRO RAMOS

LA HERNIA GÁSTRICA a través del hiato diafragmático puede permanecer ignorada y descubrirse casualmente en un examen de revisión. Su hallazgo aumenta con la edad gracias a la laxitud progresiva de los medios de fijación periesofágicos y en algunos casos sería imposible averiguar si es congénita. El término hernia hiatal en consecuencia denota tan sólo una situación visceral que puede ser asintomática.

Por el contrario, síntomas de mayor o menor intensidad denuncian la esofagitis por reflujo. En la estenosis cicatrizal, secuela afortunadamente poco frecuente, los signos de obstrucción son bien claros.

En el examen clínico, el interrogatorio debe ser muy cuidadoso para tratar de descubrir por matices del síndrome esofágico, las diferencias entre diversos estados; así como también conocer los padecimientos digestivos y extradigestivos, cuya sintomatología tiene puntos de contacto con los de la unión esofagogástrica. Habrá que investigar las circunstancias de presentación, ardor retroesternal que aparece o se exagera al inclinarse o permanecer en decúbito y se favorece con dieta inapropiada, embarazo y obesidad.

Los padecimientos vesiculares gástricos o duodenales favorecen también la presentación de las molestias. La irritación local producida por las maniobras de anestesia o intubación operatoria o postoperatoria lo precipitan, motivo por el cual se presenta en personas a quienes a pesar de ser durante años portadores de hernia, no habían resentido molestias. Estos datos así como los que denuncian padecimientos extradigestivos del aparato circulatorio o del respiratorio que dan molestias similares, llenura, meteorismo, deberán ser cuidadosamente investigados, como también las irradiaciones a distancia.

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

Sin embargo, es necesario recalcar que los datos clínicos son tan sólo de orientación, que los de examen físico son prácticamente inexistentes y que los generales se presentan tan sólo en los casos de inflamación aguda o subaguda, produciendo elevaciones de temperatura. Los de exploración instrumental clásica como el sondeo son difíciles de valorar. La sonda pasa fácilmente después de vencer el espasmo y se experimenta resistencia a la extracción. Este dato se afirma, se presenta antes de que los datos radiológicos y endoscópicos, sin embargo, sujeto a opinión particular, está fuera de cuantificación objetiva.

La clínica permite recoger los datos que hacen sospechar la inflamación, la estenosis, el sangrado y la anemia. Los padecimientos asociados podrán ser sospechados pero no podrán dar mayor precisión topográfica ni etiológica. Los exámenes radiológicos y endoscópicos serán los que comprueben el estado anómalo de la unión esofagógastrica y su distorsión topográfica.

El examen radiológico continúa siendo el más importante, tanto es así que estos estados son entidades de nueva descripción, gracias a la existencia primero y al perfeccionamiento después, de la técnica radiológica. Los primeros exámenes se practicaban de pie, la velocidad del paso y dificultades técnicas impedían el diagnóstico correcto. Durante mucho tiempo en la denominación estenosis mediosefágica, se confundieron los esófagos cortos congénitos y adquiridos, las hernias hiatales, las estenosis, las esofagitis. Los avances de la técnica radiológica, los exámenes en diferentes posiciones, permitieron conocer la verdadera situación del cardias. La endoscopia y la anatomopatología lograron separar las estenosis verdaderas de las aparentes que sólo denotaban imagen de calibre menor en los lugares de unión. En la actualidad es ya rutinario emplear el examen radiológico en diversas posturas, para hacer aparente el reflujo y el deslizamiento del estómago hacia arriba o de la parte abdominal del estómago al segmento torácico. Son necesarios; observación y radiografías en decúbito y en trendelenburg, en posiciones dorsal y ventral acompañadas de la maniobra de Valsalva. En todas debe practicarse una posición que hemos empleado y recomendamos, es la llamada dedo índice a pie o flexión del tronco en ángulo recto.

Colocando al sujeto en posición anteroposterior, en el borde derecho de la mesa y en posición de pie, flexiona el tronco hacia la izquierda como si tratara de tocar el suelo con la mano, al mismo tiempo que se eleva la pierna derecha. A pesar de la dificultad aparente, la postura se alcanza con facilidad simulando una T en la cual, la rama vertical estaría representada por el miembro inferior izquierdo. En esta postura el mediastino queda desprendido completamente de otras sombras y se favorece la penetración del estómago dentro del tórax.

La comprobación de hernia gástrica robustece la sospecha de esofagitis aún en ausencia de datos radiológicos directos, cuando a ella se unen los datos clínicos. Cuando se ha producido la estenosis cicatrizal, el diagnóstico es más

ostensible. Aún en el caso de no comprobar reflujo de contenido gástrico, la radiología va a permitir diagnosticar las condiciones favorables para la producción de la esofagitis.

La esofagoscopia encuentra su verdadero campo de acción en el diagnóstico diferencial, en el curso de la esofagoscopia puede observarse el reflujo del contenido gástrico, pero habrá que darle valor tan sólo si se conoce que el esófago está acortado y que existe estómago parcialmente intratorácico. Para describir esta entidad la esofagoscopia contribuyó de manera definitiva; los primeros investigadores colocaban grapas en el lugar en donde la mucosa cambiaba de apariencia al convertirse de esofágica en gástrica y comprobaban al examen radiológico que la unión esofagogastrica se encontraba arriba del diafragma en situación que no correspondía a la que se describía en la anatomía clásica.

Además de comprobar los datos topográficos en los casos muy notorios, la esofagoscopia permite observar ulceraciones que en la esofagitis péptica tienen por característica ser variables de una a otra observación, permite diferenciar la úlcera péptica esofágica y las lesiones estenosantes neoplásicas. Sólo el sondeo o la esofagoscopia son capaces de revelar la elasticidad de la pared del esófago, para poder juzgar así en consecuencia si la estenosis radiológica corresponde a la estenosis lesional.