

ASPECTOS GENERALES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO*

DR. ROBERTO HERNÁNDEZ DE LA PORTILLA**

PRÁCTICAMENTE se puede decir que la esofagitis por reflujo ha existido desde que el hombre existe, sin embargo, el conocimiento médico de esta entidad es relativamente nuevo. De acuerdo con tal aseveración, lógico es suponer que el tratamiento de la esofagitis por reflujo también atraviere por aquella etapa de transición en la que, como es natural, los procedimientos terapéuticos que hoy implantamos sean cambiados el día de mañana.

En la actualidad, existe un criterio unánime en el sentido de que el tratamiento de la esofagitis por reflujo varía de acuerdo con cada caso en particular, pues hay enfermos con esofagitis discretas, sin complicaciones, donde las medidas dietéticas y medicamentosas serán, si no definitivas, sí suficientes para mantener al paciente asintomático; en cambio, hay otros enfermos, con serias complicaciones, que requieren intervención quirúrgica de importancia. En relación a estos aspectos, el tratamiento de la esofagitis por reflujo estará en manos del internista, del cirujano y del endoscopista, según el caso, aclarándose que la participación de estos especialistas no será aislada, sino en conjunto, con objeto de darle unidad al tratamiento.

Como nota aclaratoria conviene decir que al hablar del tratamiento de la esofagitis por reflujo se menciona con cierta frecuencia a la hernia diafragmática, ya que este padecimiento es uno de los causantes principales del tema que hoy nos ocupa.

En resumen, el tratamiento de la esofagitis por reflujo y sus complicaciones se puede esquematizar en la forma siguiente:

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

** Miembro de la Academia Nacional de Medicina. Jefe de Sector de los Servicios de Internamiento del Hospital de Enfermedades de la Nutrición.

I. TRATAMIENTO MÉDICO

Fundamento: Contrarrestar por medios *físicos* y por medios *químicos* tanto el reflujo gastro-esofágico en sí, como la acción irritante del jugo gástrico sobre la mucosa esofágica.

1. Hacer que el enfermo duerma en posición semierecta, con la cabeza y parte del tronco un poco más levantados que el resto del cuerpo, para que el contenido gástrico refluya menos, aprovechándose la acción de la gravedad.

2. Combatir el estreñimiento; cuando el enfermo puja con esfuerzo para evacuar, se aumenta considerablemente la presión intraabdominal, lo que contribuye, en caso de existir hernia diafragmática, a que el estómago se "hernie" más e indirectamente a favorecer el reflujo gastroesofágico.

3. Prohibir ejercicios o maniobras físicas que aumentan la presión intra-abdominal, tales como flexionar el tronco con frecuencia, cargar objetos pesados, etcétera.

4. Suministrar dieta fraccionada, ya sea *blanda* en cinco tomas, o inclusive líquida, para no distender en demasía el estómago, favoreciéndose en parte el vaciado gástrico y contrarrestándose el reflujo gastroesofágico, ya que, se disminuirían aquellas contracciones gástricas enérgicas que se presentan cuando el estómago se encuentra distendido y, tal como se ha observado radiológicamente, este tipo de contracciones enérgicas facilita o provoca el paso del contenido gástrico hacia el esófago.

En relación con la dieta se aconseja que los enfermos no se acuesten inmediatamente después de ingerir sus alimentos, sino que lo hagan 2 a 3 horas después.

5. Combatir la obesidad y el meteorismo, estas circunstancias también favorecen el aumento de la hernia diafragmática y del reflujo gastroesofágico.

6. Combatir el vómito, en la forma más oportuna, y corregir los defectos de la masticación.

B. Desde el punto de vista químico se pueden aprovechar las siguientes medidas:

1. Suministrar alimentos de fácil digestión, que no aumenten en exceso la secreción ácida del estómago.

La dieta se adaptará a cada caso en particular; puede ser desde el tipo de la "Dieta A", hasta la dieta de "tipo ambulatoria" que se emplean en los enfermos con úlcera péptica, ya que inclusive este padecimiento puede coexistir con la esofagitis con reflujo. En casos severos de esofagitis, hay autores, como Ton,¹ de la Universidad de Amsterdam, quien siguiendo los conceptos de Winkelstein, *ha suministrado por goteo continuo*, una mezcla, en partes iguales, de leche con una solución de hidróxido de calcio ($\text{CA}(\text{OH}_2)$ al 0.15%). La sonda, a través de la cual se hace el goteo, se coloca por vía intranasal y se hace que llegue

únicamente a la entrada del esófago. Por este procedimiento se pueden pasar hasta 4 y 5 litros en las 24 horas. El autor menciona haber observado resultados muy favorables, e inclusive, añade que, aun cuando, en casos severos de esofagitis con gran friabilidad de la mucosa, que coexisten con estenosis, la cual no permite un paso adecuado de la mezcla al estómago, entonces coloca otra sonda que llega hasta la porción supraestenótica. Por la sonda corta, pasa la mezcla y por la más larga, hace succión, para evitar broncoaspiraciones. Siguiendo este método, ha notado, en pocos días, disminución del proceso inflamatorio, logrando en algunos enfermos, que la mezcla pase al estómago, se nutra mejor al enfermo, se rehidrate, y éste llegue a la mesa de operaciones en mejores condiciones, tanto generales, como locales, es decir, que el proceso inflamatorio del esófago mejore, disminuya la friabilidad de la mucosa del órgano, que como se sabe, son circunstancias que aumentan la morbilidad y la mortalidad, cuando se interviene quirúrgicamente sobre el esófago.

2. Resulta obvio recordar que se prohibirán aquellos alimentos irritantes, fríos o calientes o que aumenten la secreción gástrica.

3. Se combatirá la acidez con alcalinos y con anticolinérgicos.

a) Los alcalinos serán insolubles, no absorbibles. Los más recomendables son el carbonato de calcio y el hidróxido de aluminio; conviene añadir, a la fórmula, subnitrito de bismuto, aunque no es un alcalino potente, sí tiene suficiente poder adhesivo a las mucosas y esto resulta favorable, pues al cubrir bien la mucosa inflamada del esófago, la protege, hasta cierto punto, de la acción irritante del jugo gástrico o pancreatoduodenal.

Los alcalinos deben suministrarse preferentemente entre las comidas y al acostarse. En caso de que provoquen constipación, se añadirá magnesia pesada.

b) En relación a los anticolinérgicos, hay autores que opinan que el empleo de estos fármacos podría, en parte, favorecer el reflujo gastroesofágico al retardar el vaciamiento gástrico; sin embargo, esto se presenta, de preferencia cuando hay cierto grado de obstrucción pilórica. La ventaja de los anticolinérgicos estriba fundamentalmente en que disminuyen la secreción gástrica, sobre todo la ácida, que, como sabemos, tiene gran influencia en el mantenimiento de la cronicidad de la esofagitis, por su acción irritante sobre la mucosa de este órgano, que anatómicamente y fisiológicamente no está preparada para resistir la acción del jugo gástrico, como lo hace la mucosa del estómago.

Los anticolinérgicos aconsejables serán aquellos que tengan mayor acción sobre la esfera gastrointestinal, y menos acción sobre los otros sistemas del organismo, con el objeto de disminuir, hasta donde sea posible, efectos secundarios. Es importante tener in mente la conveniencia de suministrar la última dosis del anticolinérgico en la noche, para contrarrestar, al máximo, la secreción gástrica nocturna.

C. Otras medidas.

Combatir las infecciones, de preferencia las orofaríngeas, así como otros padecimientos o síntomas asociados, ya mencionados por el Dr. Guadarrama (anemia, desnutrición, hipo, dolor).

II. INDICACIONES QUIRÚRGICAS

En relación a este aspecto del problema, tan sólo me limitaré a mencionar cuáles son los principales casos en donde está indicada la intervención del cirujano. En términos generales, puede decirse que así como sucede con la úlcera gastroduodenal, benigna, en que la mayor parte de los casos el tratamiento es médico, y la operación está indicada en aquellos donde existan complicaciones, o bien que la úlcera sea rebelde al tratamiento médico, otro tanto acontece con la esofagitis por reflujo, *es decir que la intervención es aconsejable* cuando existen complicaciones importantes o bien que los síntomas que acusa el enfermo sean muy molestos y no cedan al tratamiento médico. Las complicaciones de la esofagitis por reflujo que justifican la intervención quirúrgica son:

- Hemorragias repetidas o incoercibles.
- Úlcera péptica del esófago, grande con o sin estenosis asociada.
- Estenosis del esófago no susceptible de ser tratada con dilataciones.
- Coexistencia con úlcera pilórica o duodenal que favorezcan la esofagitis por reflujo.

Uno de los objetivos principales del tratamiento quirúrgico es el de corregir el reflujo gastroesofágico y contrarrestar la secreción ácida del jugo gástrico, aunque cabe aclarar, que también la secreción pancreática y yeyunal influyen en el desarrollo de la esofagitis por reflujo.

La intervención que se practique puede ser, desde una simple reconstrucción de la hernia diafragmática, en caso de que ésta sea parte de la causa ya que, como aquí se ha dicho, la esofagitis por reflujo es muy frecuente que sea una complicación de dicho padecimiento, o bien llegar a practicar vaguectomía y piloroplastía, o gastrectomía subtotal con gastroenteroanastomosis y con vaguectomía. En casos de estenosis esofágica acentuada en la cual no es posible practicar dilataciones, se efectuará, de preferencia, resección parcial del esófago, gastroesófagoanastomosis, vaguectomía y piloroplastía o gastroenteroanastomosis.

En ciertos casos de estenosis acentuada del esófago, que ha impedido alimentar al enfermo, y en donde es indispensable hacerlo para nutrirle mejor y prepararlo para la resección, conviene practicar antes una pequeña gastrostomía. Una vez que se logre nutrir al enfermo y mejorar todas sus condiciones se procederá a efectuar la resección parcial del esófago, con las modalidades descritas en el párrafo anterior.

III. PARTICIPACIÓN DEL ENDOSCOPISTA

La cooperación del especialista en endoscopia es muy útil, no únicamente por su colaboración en el diagnóstico, pues su participación es decisiva en muchos aspectos. En el caso en particular, en relación al tratamiento, creo que las dilataciones del esófago en caso de estenosis del mismo, deben estar solamente en manos de este tipo de especialistas.

IV. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO MÉDICO PROPIAMENTE DICHO

De acuerdo con nuestra experiencia, se puede decir que, en general, el tratamiento médico si bien no cura definitivamente la esofagitis por reflujo, sí contribuye, en gran escala, a que los enfermos mejoren, a veces notablemente. Sólo en un corto número de casos se ha tenido que recurrir al tratamiento quirúrgico.

RESUMEN

1. Se recomienda que el tratamiento de la esofagitis por reflujo se individualice a cada caso en particular y que esté supervisado por el médico internista, por el cirujano y por el endoscopista.
2. El fundamento del tratamiento médico consistirá en contrarrestar por medios físicos y químicos tanto el reflujo gastroesofágico en sí, como la acción irritante del jugo gástrico sobre la mucosa esofágica.
3. El tratamiento quirúrgico se implantará en caso de que aparezcan complicaciones que lo ameriten o en casos rebeldes al tratamiento médico.
4. El endoscopista intervendrá en el manejo de otras complicaciones, principalmente la estenosis.

REFERENCIAS

1. Ton, J. G. Reflux oesophagitis a monograph. Uitgeverij Born N. V. — Assen — Amsterdam. Medical Treatment. Chapter XI: Pág. 67, 1959.