

EXPLORACION RADIOLOGICA DEL ESOFAGO¹

I

COMPLEJO VESTIBULAR ESOFAGICO INFERIOR

DR. JOSÉ MANUEL FALOMIR²

DURANTE muchos años el capítulo dedicado al esófago fue la cenicienta de los textos médicos; apenas si se le dedicaban unas cuantas líneas. Con los avances en el diagnóstico radiológico, la anestesia y las modernas técnicas quirúrgicas que lo han hecho accesible al cirujano las lesiones esofágicas han pasado a un primer término. La hernia hiatal, la regurgitación, la esofagitis por reflujo, son temas de actualidad en todas las revistas, tanto de radiología como gastroenterología. En los últimos 15 años son innumerables las citas bibliográficas que aparecen en la literatura mundial.

Requisito indispensable para un buen diagnóstico radiológico es el conocimiento de la anatomía y de la fisiología del órgano problema; la técnica radiográfica, el esplendor de costosos aparatos y los hermosos clichés, no son bases adecuadas para una opinión autorizada de quienes aparecemos como

consultores médicos y cirujanos. Es por ello que aquí se resumen los conceptos imperantes sobre anatomía y la fisiología de la porción terminal del esófago, unión gastro-esofágica o más correctamente "complejo vestibular esofágico inferior". Todo ello enfocado desde el punto de vista del roentgenólogo, quien está en una situación extraordinariamente ventajosa para poder observar esta zona tan interesante, que ha atraído la atención de múltiples investigadores desde hace más de trescientos años. Muchos de ellos dejaron su nombre asociado en forma permanente a las distintas estructuras cardio-esofágicas que describieron y a teorías que emitieron. Conviene recordar a algunos de ellos, ya que la lista es demasiado larga. En 1674, Willis describe las fibras oblicuas del cardias. En 1719, Helvetius descubre las fibras musculares que forman el collar que lleva su nombre. En 1815, Magendie al estudiar la fisiología de la deglución, habla de la existencia de pliegues de mucosa que ocluyen el orificio del car-

¹ Trabajo de sección presentado en la sesión ordinaria del 23 de agosto de 1967.

² Académico numerario. Instituto Nacional de la Nutrición.

días. En 1908 Cannon, el primero en emplear el método roentgenológico en el estudio de la fisiología del tubo digestivo, establece su teoría del reflejo ácido que actúa desencadenando el mecanismo de cierre del cardias. En 1922, Chevalier Jackson formula su teoría sobre la acción de las fibras diafragmáticas a manera de válvula de presión sobre la porción terminal del esófago. En 1925, His describe el ángulo gastroesofágico que lleva su nombre y su importancia en la fisiología de la zona. En 1950 Lerche, basado en cuidadosos estudios de disección anatómica, en más de cien especímenes de esófago, establece su concepto de segmento de expulsión, basado en la presencia de fibras circulares especializadas, situadas 2 a 3 cm por arriba de la unión gastroesofágica, y que él denomina esfínter esofágico inferior. En el sitio de unión esofagogástrica, el propio autor describe otro esfínter que llama constrictor-cardia. La región situada entre ambos esfínteres se conoce como vestíbulo y corresponde al esófago abdominal, que otros anatomistas llaman el antro cardíaco. Establece la importancia del ligamento freno-esofágico como mecanismo de anclaje de este segmento al hiato esofágico. Finalmente concluye que el mecanismo de oclusión esofágica es de naturaleza intrínseca y situado a nivel del esfínter esofágico inferior. Los conceptos de Lerche son aceptados por multitud de autores, e indudablemente son básicos para una buena comprensión de la fisiología y anatomía de esta zona.

Botha en 1959, después de exhausti-

vos estudios anatómicos, fisiológicos y radiológicos, tanto en el hombre, como en múltiples especies animales, entre las que vale la pena mencionar al murciélago, que por su forma de vida presenta un esfínter esofágico inferior extraordinariamente desarrollado, acepta la existencia de un esfínter esofágico inferior, cuya acción, sumada a la de la muscularis mucosa, misma que da lugar a la formación de una roseta de mucosa que actuaría a manera de tapón, integra el mecanismo de oclusión del esófago.

En 1960 Zaino, Poppel y colaboradores, establecen el concepto de complejo vestibular esofágico inferior, o sea un mecanismo intrínseco, que existe en el segmento inferior del esófago, que corresponde al vestíbulo. Por arriba, estaría limitado por el esfínter esofágico de Lerche, localizado 1 o 2 cm, arriba del hiato esofágico; hacia abajo estaría limitado por el constrictor del cardias, o por la unión esofagogástrica, situada 1 cm aproximadamente por abajo del hiato esofágico. Este complejo vestibular normalmente permanece cerrado durante el reposo y está anclado al hiato esofágico mediante el ligamento frenoesofágico. Su mecanismo es intrínseco, controlado por acción refleja, iniciada en la faringe durante el acto de la deglución y también por el aumento de la presión intraluminal en el esófago. Estaría afectado en forma extrínseca por la respiración, ya que durante la inspiración profunda hay contracción del ligamento freno esofágico, lo que desplaza el vestíbulo hacia abajo; en cambio, durante la inspiración profun-

da es posible detener el paso del bolo a través del esófago inferior, con la contracción del vestíbulo y la formación del ámpula frénica inmediatamente por arriba; este fenómeno es la base de la teoría diafragmática valvular de Chevalier Jackson.

Existe una terminología anatomoradiológica, que es conveniente definir, para evitar confusión acerca de los términos empleados en los reportes radiológicos.

Mucosa esofágica. Son tres o cuatro surcos paralelos que se observan mejor durante la fase de reposo; generalmente éstos pliegues son más gruesos en el segmento vestibular.

Vestíbulo. Segmento normalmente en contracción, situado en la porción terminal de esófago, generalmente a nivel del hiato o un poco por abajo de él, especialmente durante la inspiración profunda; está situado entre la inserción superior y la inserción inferior del ligamento freno esofágico. Con el esófago lleno y durante la fase activa de deglución el vestíbulo permanece abierto; si se suspende la deglución y se efectúa una inspiración profunda el vestíbulo se contrae y se observa el ámpula frénica inmediatamente por encima de él.

Ámpula frénica. Presenta la dilatación fisiológica de la porción distal del esófago; se observa mejor en la inspiración profunda y generalmente está situada inmediatamente por encima del diafragma; es resultante de la acción del ligamento freno esofágico sobre el vestíbulo.

Muñón gastro esofágico. Correspon-

de al punto de transición del epitelio escamoso del esófago al epitelio columnar gástrico; coincide con la inserción inferior del ligamento freno esofágico; es el límite de la porción inferior del vestíbulo de Lerche.

Ligamento freno esofágico. Desde luego esta estructura anatómica no se observa radiológicamente, pero anatómicamente se ha demostrado que es el mecanismo de anclaje del vestíbulo al diafragma y como ya se ha dicho, se comporta en forma diferente durante la expiración y la inspiración.

Hiatus esofágico. Obviamente no es visible durante el examen radiológico, pero se han efectuado numerosos estudios, tratando de verificar su situación y su relación al vestíbulo esofágico; para ello se han hecho estudios radiográficos en pacientes a los cuales se les ha colocado una grapa metálica en uno o ambos de los labios del hiato diafragmático. Se ha concluido que ocupa una situación bastante más alta de la que se podría pensar, que está generalmente situado por encima de la bóveda diafragmática, tal como ésta se proyecta en el estudio radiológico.

Incisura gastroesofágica o ángulo de His. Muchos autores conceden mucha importancia a este ángulo, que presenta numerosas modificaciones, relacionadas con el hábito del paciente; cuando el ángulo se pierde o es extraordinariamente obtuso parece facilitarse el reflujo gastroesofágico, ya que el cardias queda a manera de vértice de un embudo.

Hernia del hiatus. Se le puede definir como el paso de una porción del

estómago o la totalidad de éste a la cavidad torácica a través del hiato esofágico. Otros tipos de hernias a través del diafragma están fuera de enfoque de este trabajo.

Se han publicado innumerables clasificaciones de la hernia hiatal; sin embargo, desde el punto de vista práctico éstas pueden reducirse a dos: la hernia esófago hiatal por deslizamiento, en la cual parte del estómago pasa a la cavidad torácica a través del hiato y la unión gastroesofágica está situada dentro del tórax; y la hernia hiatal paraesofágica, o sea aquella en que una parte o la totalidad del estómago pasan a la cavidad torácica a través del hiato, pero la unión gastroesofágica permanece en la cavidad abdominal.

Está fuera de sitio enumerar todas las maniobras y procedimientos que se siguen en el curso de un examen roentgenológico del tubo digestivo superior para la demostración de la hernia hiatal. Se ha hablado y con razón, de una etapa preliminar a la formación de una hernia hiatal, y que se le ha denominado con el nombre de insuficiencia hiatal. Consiste fundamentalmente en un trastorno inicial del hiato y del ligamento frenosofágico, que permite la migración hacia arriba del vestíbulo esofágico, con la consiguiente deformación del cardias, de tal manera que la unión gastroesofágica se transforma en el vértice de un embudo. Este desplazamiento hacia arriba del vestíbulo hace que aparezcan dos escotaduras en la porción terminal del esófago, lo que le da un aspecto bisacular. Indudablemente lo más importante en el diag-

nóstico de la insuficiencia hiatal es determinar si existe o no reflujo gastroesofágico. Aquí se hace indispensable tratar de definir el concepto de reflujo, y establecer su diferencia con la regurgitación gastroesofágica, ya que ambos términos aunque similares no son sinónimos.

Reflujo. Es el paso involuntario de contenido gástrico al esófago cuando aumenta la presión intragástrica y el mecanismo de oclusión es incompetente. Si el estómago está lleno y se aumenta la presión intragástrica, el reflujo puede ocurrir durante la deglución, como acontece con la prueba de "lavado esofágico", que consiste en hacer beber agua al paciente en decúbito dorsal y con estómago lleno de bario. Cuando hay insuficiencia se observa el reflujo del bario al esófago, que llega hasta el cruce del bronquio izquierdo.

Regurgitación. Es el paso del contenido esofágico o gástrico a la faringe; la regurgitación gástrica es involuntaria, no constituye un acto reflejo y no va asociada de náuseas. Siempre se encuentra asociada a una hernia hiatal; se demuestra mediante el aumento de la presión abdominal y sobre todo durante la deglución de considerable cantidad de líquido.

Cuatro son los factores fundamentales en la génesis de la hernia hiatal: 1. la edad, con la consecuente pérdida del tono muscular en las fibras que forman el hiato esofágico; 2. presencia de presión torácica negativa; 3. aumento de la presión abdominal (positiva) especialmente ocasionada por la obesidad; 4. contracción de las fibras lon-

gitudinales del esófago, como resultante del estímulo vagal, ocasionado por la insuficiencia hiatal y el consiguiente reflujo gastroesofágico que irrita a la mucosa.

Anillo esofágico inferior. Este término es también frecuente en el lenguaje roentgenológico y merece una definición. En 1953, Ingelfinger y Cramer describieron la presencia de un anillo en el tercio inferior del esófago que creyeron era debido a la hipertrofia de las fibras musculares circulares en el sitio donde Lerche señala la existencia del esfínter inferior. Pocos meses, después Chatzqui mencionó un anillo similar, pero situado en una posición inferior, asociado a la hernia hiatal y causante de disfagia, cuando su diámetro es menor de 7 mm. Posteriormente, éste mismo autor y sus colaboradores presentaron un caso que fue observado por varios años, y que llegó a la necropsia. Se pudo comprobar que el anillo correspondía a la unión gastroesofágica. Estos anillos son distensibles, y están asociados a una hernia hiatal. También se ha invocado como mecanismo de su formación, la acción del ligamento frenoesofágico, ya que el anillo corresponde a la inserción inferior del ligamento, de tal forma que al despla-

zarse el vestíbulo hacia arriba en la hernia, sería como consecuencia de la formación de un pliegue a nivel de la unión de la mucosa esofagogástrica y traería como resultante la imagen de anillo que se identifica en el examen roengenológico.

Se menciona brevemente el resultado de las intervenciones quirúrgicas en el segmento vestibular. Después de vagotomía se puede presentar una acalasia transitoria, probablemente resultante de lesión de fibras vagales, la cual interfiere en la acción normal del vestíbulo, con su consiguiente incapacidad de relajación. Con la operación de Heller (cardiotomía) el reflujo de contenido gástrico al esófago es muy común, con lo consiguiente esofagitis. En un estudio efectuado por Atkinson en 18 pacientes, encontró que en todos ellos había una franca disfunción de la zona vestibular. La resección quirúrgica del segmento vestibular invariablemente lleva a la esofagitis péptica severa, ya que el reflujo gastroesofágico es extraordinariamente fácil. Se debe prestar una atención especial al ligamento frenoesofágico, durante la reparación quirúrgica de la hernia hiatal a fin de lograr su fijación inferior, de tal manera que se permita su mecanismo de anclaje al vestíbulo.

II

LESIONES NO NEOPLÁSICAS¹DR. ADÁN PITOL²

Se hace una revisión breve de algunas alteraciones no neoplásicas del esófago desde el punto de vista radiológico. A nivel faringoesofágico se mencionan las manifestaciones radiológicas dadas por la contractura del músculo cricofaríngeo y las membranas del síndrome de Plummer Vinson. La acalasia, la esclerodermia y la vagotomía se muestran como ejemplos de estenosis esofágicas subdiafragmáticas, que en ocasiones pueden presentar dificultad en su diagnóstico diferencial. La esofagitis péptica es sin duda el padecimiento más frecuente del esófago; sin embargo, aún no se le diagnostica radiológicamente con la frecuencia con que existe; quizá con el advenimiento de la cineradiografía sus manifestaciones radiológicas se hagan más aparentes. La esofagitis por moniliasis se está viendo con más frecuencia y tiene manifestaciones radiológicas bastante definidas. Se ejemplifica la posibilidad de patología esofágica múltiple. Las alteraciones funcionales del esófago siguen constituyendo un problema de diagnóstico, etiología y significación real. (Gac. Méd. Méx. 98:874, 1968).

UN GRAN NÚMERO de padecimientos esofágicos queda englobado dentro del título de esta presentación como puede verse en la Tabla 1.

No es nuestra intención el hacer una revisión completa de todos ellos, sino tan solo presentar algunos ejemplos de los mismos, que tanto por su frecuencia, como por su rareza, deben estar en la mente del que explora un esófago desde el punto de vista radiológico.

La gran mayoría de estos padecimientos dan síntomas característicos de alteración del órgano; otros dan sintomatología vaga, un tanto confusa que puede hacer pensar que otro órgano es el afectado; existiendo todavía otros con ausencia de datos clínicos o que los dan en estadios muy avanzados de la enfermedad, pese a que haya alteración funcional u orgánica desde el punto de vista radiológico.

En el Hospital de Enfermedades de la Nutrición se atienden únicamente pacientes adultos, por lo cual las alte-

¹ Trabajo de sección presentado en la sesión ordinaria del 23 de agosto de 1967.

² Académico numerario. Instituto Nacional de la Nutrición.

TABLA I
 PATOLOGIA ESOFAGICA
 NO NEOPLASICA

CONGENITA		
Estenosis	Fístula	Atresia
Acortamiento	Divertículo	Membranas
ADQUIRIDA		
<i>Traumática</i>	<i>Miscelánea</i>	<i>Extrínseca</i>
Cuerpo extraño	Sideropéptica	Cardíaca
Instrumental	Divertículo	Aórtica
Química	Acalasia	Traqueal
Operatoria	Várices	Mediastinal
	Perforación	Vertebral
	Esclerodermia	Pulmonar
	Alteración funcional	Diafragmática
	Calasia	Cervical
<i>Inflamatoria</i>	<i>Ulcerativa</i>	
Aguda	Infección	
Crónica	Péptica	
Específica		
Péptica		

raciones congénitas de cualquier padecimiento suelen ser muy raras, y este

es el caso con los padecimientos esofágicos. Por ello nuestra breve revisión tan solo ejemplifica padecimientos de tipo adquirido, algunos de los cuales tienen cierta similitud en su imagen radiográfica, con padecimientos de tipo congénito observados en edades más tempranas.

ESPASMO DEL MÚSCULO CRICOFARÍNGEO

El espasmo del cricofaríngeo es una entidad relativamente rara y de etiología no definida. La contractura de este músculo da lugar a disfagia alta, que los autores anglosajones conocen con el nombre de disfagia cricofaríngea.¹ Su demostración se hace casi exclusivamente con métodos radiológicos, ya que la esofagoscopia en la gran mayoría de las ocasiones no es capaz de demostrar

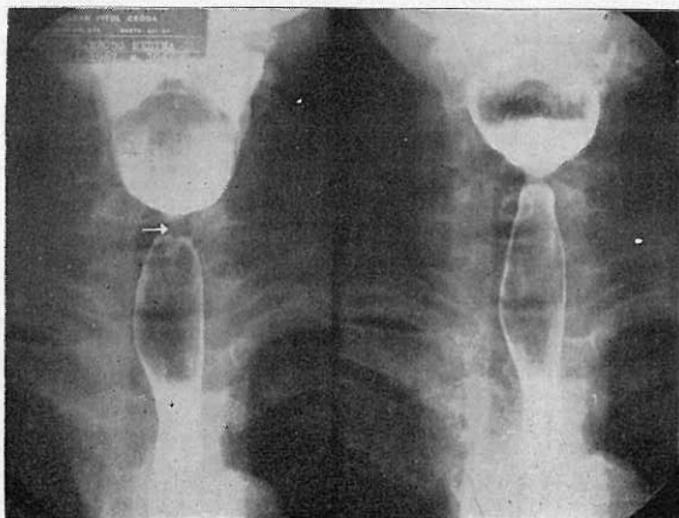


FIG. 1. Espasmo del músculo crico-faríngeo. Estenosis concéntrica a nivel de la unión faringo-esofágica, regular y muy corta.

la alteración, aunque al hacerla puede curarla.

En las radiografías se aprecia una franca disminución del calibre del esófago a nivel de la unión faringoesofágica, disminución en la cual toman parte los dos bordes del órgano, por lo regular simétrica y de aproximadamen-

quinto y el sexto espacios intervertebrales cervicales, y en un mayor número de casos por delante del cuerpo de la sexta vértebra cervical (Figs. 1 y 2).

Es muy probable, que esta afección sea más frecuente de lo que hasta ahora se ha informado y que esto es debido a que esta área es estudiada en rea-

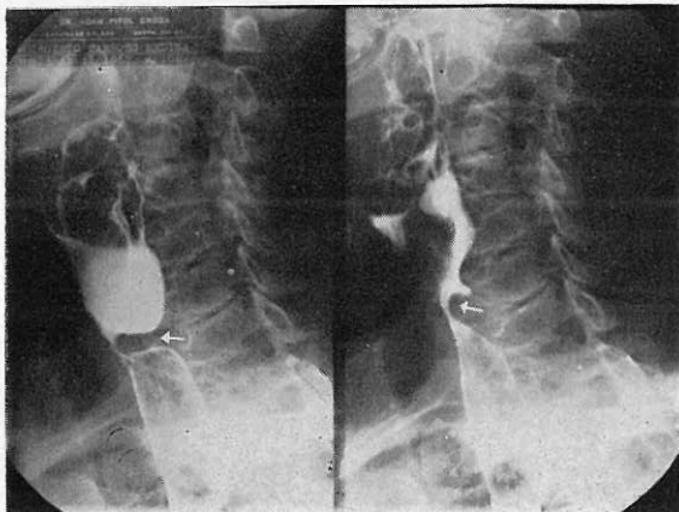


FIG. 2. Espasmo del músculo crico-faríngeo. La flecha señala la escotadura sobre la pared posterior del esófago en distintas fases de la deglución.

te medio centímetro de longitud. En la radiografía lateral, que es la más importante para la demostración de la alteración, se ve una escotadura o defecto de llenado extrínseco, que aparece en la pared posterior del esófago y se proyecta hacia adelante, estenosando el órgano. La imagen no cambia pese a repetidos estudios de esta área en diferentes fases de la deglución. Sus bordes son siempre nítidos y regulares. La escotadura, se presenta siempre entre el

lidad con poco detenimiento por el fluoroscopista. Seaman ha probado que el uso de la cinerradiografía la demuestra con mucho mayor frecuencia.²

ANEMIA SIDEROPÉNICA. (SÍNDROME DE PLUMMER VINSON)

Este síndrome está caracterizado por la presencia de disfagia alta, glositis, esplenomegalia, hipoclorhidria o anaclorhidria y anemia de tipo microcítico con manifiesto déficit del hierro san-

guíneo. El padecimiento se observa con cierta frecuencia en países nórdicos, en donde se le ve casi siempre en mujeres entre los 15 y 30 años de edad y con cierto carácter familiar.³ En nuestro medio es muy poco frecuente; en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición tan solo hemos tenido oportunidad de examinar en forma completa un caso con este cuadro.

mostrados en la radiografía lateral del área faringo-esofágica. El grosor de la escotadura es siempre de unos cuantos milímetros, es nítida, y siempre de menor grosor y de menor profundidad que la observada en el espasmo del músculo cricofaríngeo, que por otro lado se lleva a cabo en la pared posterior del esófago^{4, 5, 6} (Fig. 3).

Su diagnóstico diferencial debe esta-

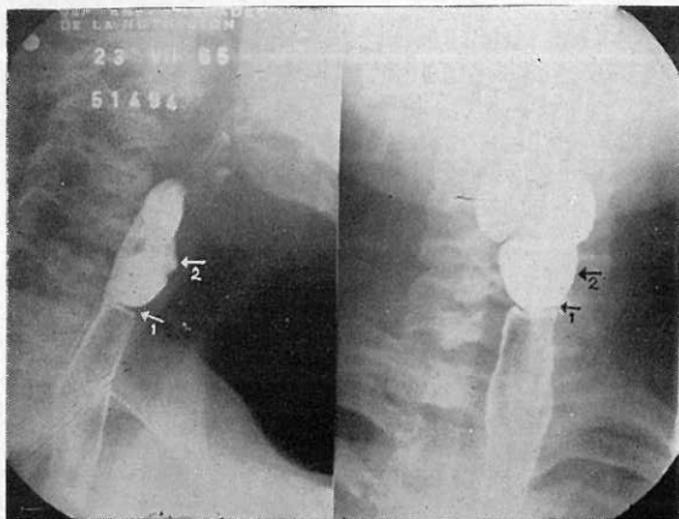


FIG. 3. Síndrome de Plummer-Vinson. La flecha No. 1 señala la delgada escotadura que hace la membrana en el borde anterior del esófago, así como su simetría. La flecha No. 2 un divertículo faringo-esofágico, quizá formado debido a la presencia de la membrana.

Desde el punto de vista radiológico se aprecia un defecto de llenado o varios de ellos, en forma de escotadura, que se desprende de la pared anterior del esófago, entre la quinta y la séptima vértebras cervicales, aunque se han informado casos con localización más baja; la escotadura puede ser única o múltiple y es debida a membranas o diafragmas que son siempre mejor de-

blecerse con membranas o diafragmas de tipo congénito, con espasmo del músculo cricofaríngeo y finalmente con cáncer incipiente del esófago cervical, siendo ésta última entidad importante, ya que algunos autores postulan el que hay cierta relación entre la presencia de estas membranas y la aparición en la edad adulta de carcinoma de esta área.⁶

ACALASIA O CARDIOESPASMO

Es la falta de relajación del vestíbulo esofágico por degeneración de las células ganglionares del plexo de Auerbach y su imagen radiológica es característica, siendo el principal hallazgo la estenosis que se presenta en el esófago subdiafragmático, en una extensión aproximada de 6 a 8 centímetros, dando la clásica imagen en "punta de lápiz". Tal estenosis es de bordes nítidos y regulares; en ella toma participación todo el contorno esofágico, apreciándose pliegues mucosos normales. Debido a esta estenosis es en este padecimiento en donde se encuentran las mayores dilataciones esofágicas por arriba de la misma, que comprenden a todo

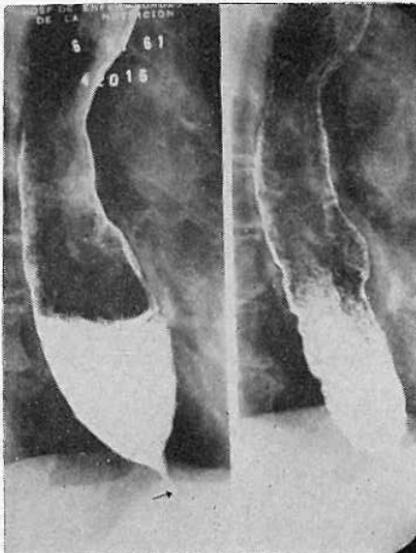


FIG. 4. Acalasia. La flecha señala la estenosis sub-diafragmática en "punta de lápiz". Hay gran dilatación esofágica por arriba de la estenosis dada tanto por el bario, como por aire.

el esófago y dan un gran retardo del vaciamiento del órgano (Fig. 4).

Nuestra casuística con este padecimiento comprende 53 casos, en los cuales por lo general no ha habido problemas de diagnóstico diferencial,⁷ aunque éste puede presentarse siendo el más serio con el carcinoma de esta porción del esófago. Para el diagnóstico diferencial entre estas dos entidades es necesario el uso de drogas como el Mecholil que exagera las contracciones de la porción dilatada o bien de los nitritos que en principio llegan a relajar en cierta forma aunque inconstante el área estenótica.

ESCLERODERMIA

En la casuística del Hospital de Enfermedades de la Nutrición hay 14 casos de esclerodermia, de los cuales 8 presentaron alteraciones esofágicas demostradas en estudios radiológicos. La imagen radiográfica está caracterizada por franco retardo del tránsito esofágico, falta absoluta de ondas peristálticas, dilatación moderada del esófago y área de estenosis de la porción distal de este órgano, muy semejante a la estenosis de la acalasia, aunque de mayor longitud y que por lo tanto se hace también supradyafragmática; la estenosis es debida aparentemente a la lesión propia de la esclerodermia como a fenómenos de esofagitis por reflujo gastroesofágico⁸ (Fig. 5).

El diagnóstico diferencial con cardioespasmo se basa en que la estenosis de éste es más acentuada y de menor longitud y además que la dilatación esofágica es también de mayor cuantía.

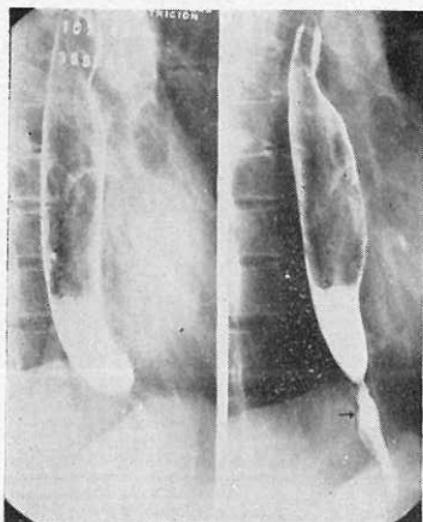


FIG. 5. Esclerodermia. Estenosis supra e infradiaphragmática, moderadamente irregular. La dilatación del esófago torácico es moderada y se aprecia ausencia de ondas peristálticas.

VAGOTOMÍA

Hemos tenido oportunidad de observar algunos casos que presentan una imagen radiológica en todo similar a la acalasia, por lo que se refiere a la estenosis esofágica, en enfermos vagotomizados. El segmento estenótico tiende a ser también infradiaphragmático aunque por lo general también sube un poco arriba del diafragma, es decir es de mayor longitud que el observado en la acalasia; es también similar a la imagen en "punta de lápiz", concéntrico y nítido. Sin embargo, en estos pacientes no hemos visto la dilatación característica de la acalasia (Fig. 6).

Si bien en un principio se pensó que esto era consecutivo a la sección misma

de los nervios vagos, la impresión predominante en la actualidad es que más bien es consecutiva a la manipulación un tanto exagerada que puede llevarse a cabo en la extremidad inferior del esófago durante el procedimiento quirúrgico de la vagotomía.

Es frecuente ver que este tipo de desorden aparece en el postoperatorio inmediato (8 a 15 días) y en la mayoría de los casos se le ve desaparecer por sí solo en los siguientes 15 ó 30 días. Son muy pocos los casos en que debe llegarse hasta la dilatación esofágica para aliviar la estenosis existente.

ESOFAGITIS

Sin duda, este es el padecimiento esofágico más frecuente. De los distintos tipos de ellas, las primeras que con-

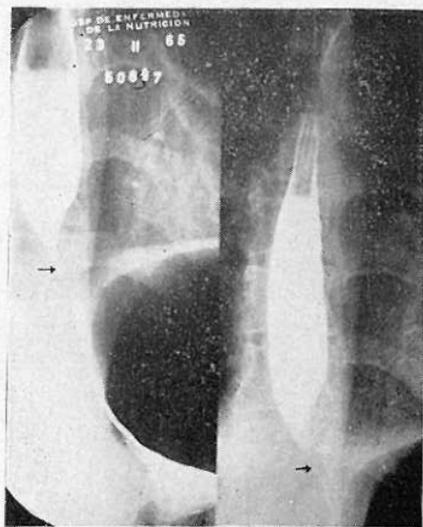


FIG. 6. Vagotomía. Estenosis esofágica distal, en todo similar a la Acalasia, pero sin dilatación pre-estenótica.

sideramos en esta exposición son las debidas a la ingestión de cáusticos. Es lo habitual que la alteración provocada por la ingestión de un cáustico se localiza en la extremidad distal del esófago, y la razón que se aduce para ello es que la substancia se detiene un tiempo mayor a este nivel, debido a espasmo del hiato a nivel del diafragma. La imagen radiológica depende del tiempo en que se estudie al enfermo; si éste es visto horas o algunos días únicamente después de la ingestión del químico se apreciarán francos cambios en el relieve mucoso, con engrosamiento, irregularidad y distorsión de los pliegues mucosos, así como abundante cantidad de moco y deficiente adherencia del bario a la mucosa debido a la presencia de

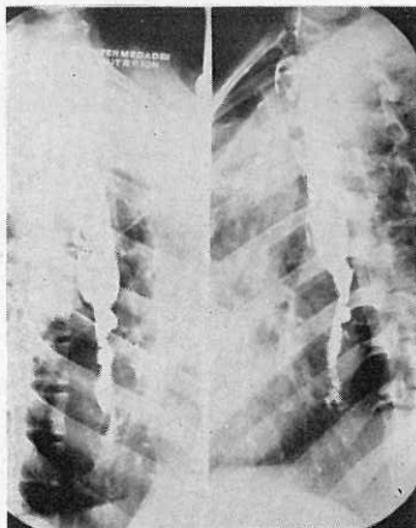


FIG. 7. Esofagitis por cáustico, fase temprana. Hay disminución del calibre del esófago en su mitad distal, la cual presenta irregularidades en su contorno por ulceraciones y engrosamiento de sus pliegues.

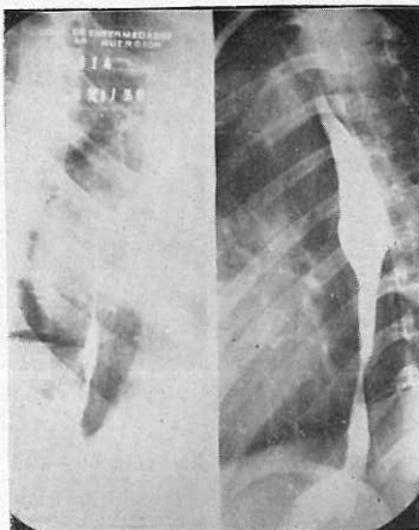


FIG. 8. Esofagitis por cáustico, fase tardía. Estenosis de bordes regulares, muy extensa.

edema; igualmente en este estadio pueden observarse pequeñas ulceraciones y fenómenos espasmódicos de tipo funcional (Fig. 7).

Si al enfermo se le ve varias semanas después de la ingestión del cáustico, se encontrará ya un fenómeno francamente estenótico, el cual por lo general es muy extenso, de bordes regulares, abarcando un tercio e incluso la mitad distal del esófago y sin provocar un grado mayor de dilatación del esófago preestenótico (Fig. 8).

En nuestro medio hospitalario, el tipo de padecimiento esofágico más frecuente es el de la esofagitis péptica; aproximadamente en un 30 ó 40% de las series gastroduodenales que se hacen diariamente se demuestra herniación esofagogástrica de algún tipo y de di-

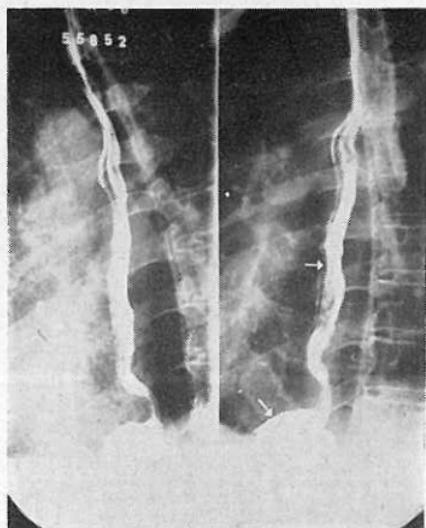


FIG. 9. Esofagitis péptica. Hay hernia esofago-gástrica (flecha inferior). El esófago muestra pliegues engrosados, irregularidades de sus bordes y adherencia defectuosa del bario a la mucosa esofágica.

ferente tamaño; de estas hernias, en un 10 a 15% se llega a identificar reflujo gastroesofágico en grado mayor o menor y pese a ello, nuestro diagnóstico de esofagitis es mucho más escaso, aunque en la mayoría de las ocasiones exista un cuadro clínico que en todo sugiere la presencia de esta enfermedad.

Las manifestaciones radiológicas de la esofagitis péptica no son fáciles de identificar; son desde luego cambios en el relieve mucoso, caracterizados por engrosamiento a irregularidades de los pliegues, en ocasiones con pequeñas y múltiples ulceraciones y casi siempre acompañados de fenómenos funcionales de tipo espasmódico (Fig. 9). Sin embargo, casi siempre cuando hacemos el diagnóstico es debido ya a la presencia de fenómenos de secuela, en esofagitis que han tenido una larga duración

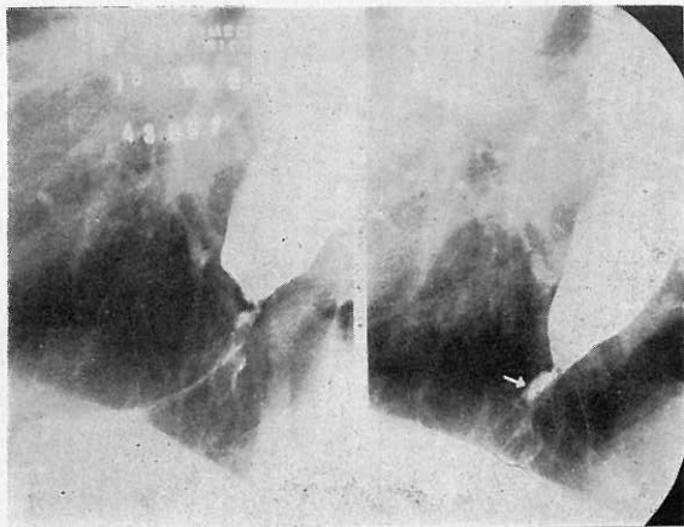


FIG. 10. Hernia esofago-gástrica con estenosis esofágica por esofagitis y ulceración péptica de tamaño grande (flecha).

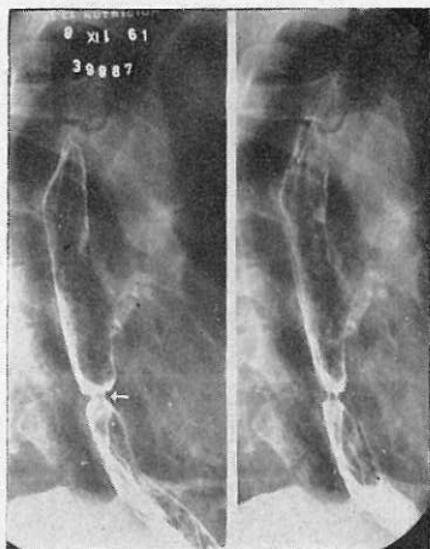


FIG. 11. Hernia esofago-gástrica concéntrica con estenosis por esofagitis.

y entonces ya las manifestaciones son de verdaderas úlceras pépticas (Fig. 10) o bien por verdaderos fenómenos estenóticos (Fig. 11).

La ulceración péptica esofágica, se observa casi invariablemente en el tercio distal del esófago y lo más frecuente a nivel de una estenosis. Su tamaño es muy variable; cuando son pequeñas, son difíciles de ver y cuando son muy grandes pueden causar confusiones con formaciones pseudodiverticulares, sobre todo cuando no hay estudios anteriores que sirvan de comparación o control.

La estenosis consecutiva a esofagitis péptica se ve generalmente acompañada de hernia esofagogástrica e inmediatamente por arriba de la misma. Se localiza en el tercio distal del esófago, son supradiafragmáticas, de bordes irregu-

lares y de longitud muy variable. El grado de dilatación que llegan a provocar es por lo general moderado o no existe.

De las esofagitis llamadas específicas como serían las debidas a tuberculosis o sífilis no tenemos experiencia. El caso que se presenta es el de una esofagitis específica debida a moniliasis esofágica. De este padecimiento se han informado algunos casos en los últimos años, que se han observado en pacientes que presentan un padecimiento hematológico de tipo maligno y que han estado sometidos a terapia con antibióticos de amplio espectro y esteroides por un tiempo muy largo. Los cambios radiológicos que se observan en el esófago son muy extensos tomando todo el órgano y se manifiestan por cambios del

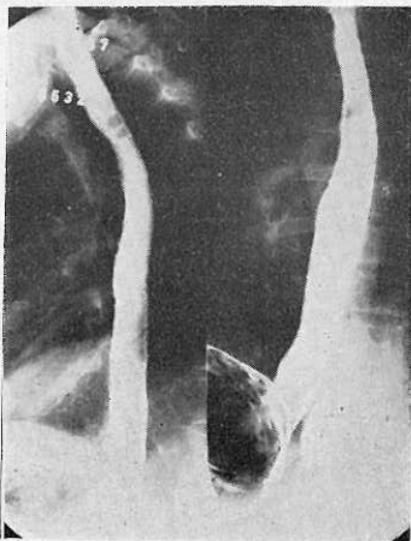


FIG. 12. Esofagitis por moniliasis. Hay atonía esofágica, con bordes en sierra en toda la longitud del esófago y edema de la mucosa.

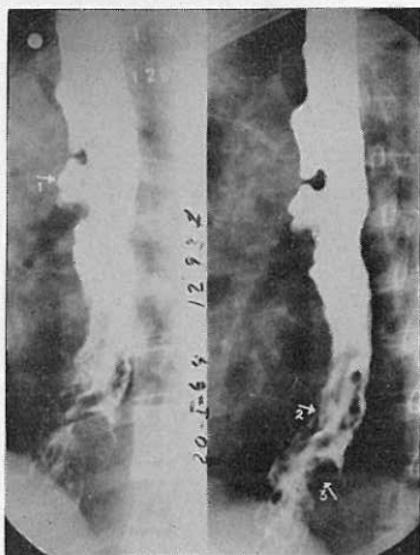


FIG. 13. Patología esofágica múltiple, 1) divertículos esofágicos; 2) várices esofágicas; 3) carcinoma esofágico. Este último fue considerado una imagen de varicosidad.

patrón mucoso, con presencia de infinidad de pequeñas ulceraciones que dan una imagen de bordes en sierra y también, presencia de fenómenos funcionales que pueden ser de tipo espasticidad o irritabilidad o bien por lo contrario de franca atonía esofágica y finalmente una adherencia irregular del bario en la mucosa esofágica debido a la gran cantidad de moco existente y al edema (Fig. 12).

VÁRICES ESOFÁGICAS

La imagen radiológica es característica y está dada por múltiples imágenes de defecto de llenado, irregulares, de diferentes tamaños, localizadas en la mitad o tercio inferior del esófago (Fig. 13).

Es condición indispensable que el órgano no esté contraído al estudiarse, pues esto borra las imágenes fácilmente. Ocasionalmente pueden asociarse a la presencia de hernias esofagogástricas o carcinomas (Fig. 13), lo cual puede hacer el diagnóstico más difícil tanto de una alteración como de la otra.

Es de mencionarse que autores extranjeros han evidenciado várices esofágicas del tercio superior del esófago en obstrucciones de la vena cava superior.

TRASTORNOS FUNCIONALES

El trastorno funcional que se ve con más frecuencia es la presencia de ondas

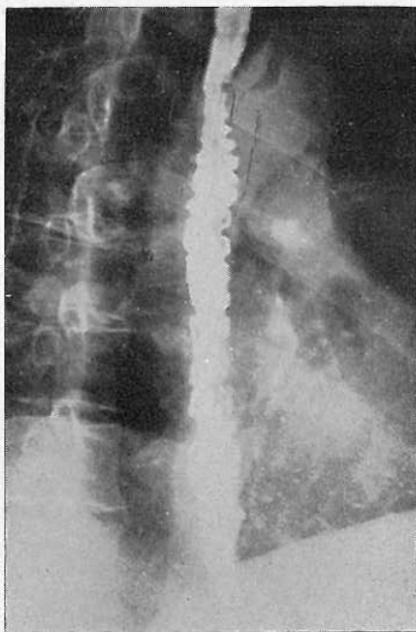


FIG. 14. Ondas terciarias del esófago, en enfermo asintomático.

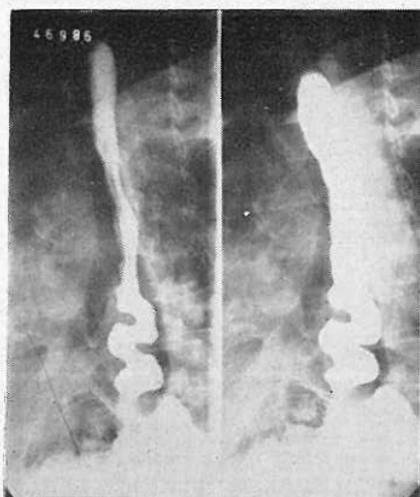


FIG. 15. Esófago en tira-buzón. Paciente con hernia esófago-gástrica y sintomatología esofágica.

terciarias, que se localizan en la mitad distal del esófago que se manifiestan por múltiples irregularidades de los bordes esofágicos, casi siempre asimétricas, que aparecen por lo general cuando el esófago está en estado de contracción y tienden a desaparecer con el llenado excesivo del órgano (Fig. 14). En un grado más avanzado de alteración dan lugar a la imagen de esófago en "tira-buzón" dada por muescas profundas y asimétricas, con formación de pseudodivertículos y múltiples áreas espasmódicas (Fig. 15).

Estas alteraciones son relativamente frecuentes en personas de edad avanzada y pueden dar lugar a disfagia acentuada aunque también se les puede

encontrar en enfermos totalmente asintomáticos desde el punto de vista esofágico. Su etiología es desconocida y se les ha visto en pacientes con desórdenes neuromusculares como en la acalasia, en la enfermedad de Parkinson y en avitaminosis A y B; es nuestra impresión que su presencia obliga a buscar con mayor detenimiento la existencia de lesión orgánica esofágica y en caso de no encontrarse a este nivel, buscar también lesiones de estómago y de duodeno, ya que en varios casos hemos visto coincidir lesiones gastroduodenales de tipo péptico con alteraciones funcionales esofágicas.⁴⁻⁶

REFERENCIAS

1. Hampton, J.: *Cricopharyngeal dysphagia*. Am. J. of Roentgenol. 84: 1028, 1960.
2. Seaman, W. B.: *The significance of webs in the hypopharynx and upper esophagus*. Radiology. 89: 32, 1967.
3. Waldenstrom, J. y Kjellberg, S. R.: *The roentgenological diagnosis of sideropenic dysphagia*. Acta Radiol. 20: 618, 1939.
4. Johnstone, A. S.; Kemp Harper, A. A. y Grossman, E. M.: *Non malignant conditions of the esophagus. Symposium*. Brit. J. Radiol. 19: 101, 1946.
5. Templeton, F. E.: *X-ray examination of the stomach*. Edition revisada. Chicago. The University of Chicago Press, 1964.
6. Codas, Q. T.; Zubiaurre, L. y Zerboni, E.: *Estudio radiológico del esófago*. Montevideo, Publicaciones del Instituto de Radiología y Ciencias Físicas, 1949.
7. De Castro, R. y Delgado, M. M.: *La acalasia*. Rev. Invest. Clin. 12: 361, 1960.
8. Bassols, F. y Pitol, A.: *Esclerodermia. In-forme de las manifestaciones radiológicas observadas en 10 enfermos*. Rev. Invest. Clin. 12: 607, 1960.