

ALTERACIONES DE LA MOTILIDAD DEL ESÓFAGO EN LA ESOFAGITIS PEPTICA

Dr. JOSE RAMIREZ DEGOLLAIDO, Dr. VICENTE GUARNER, Dr. FAUSTO PAZMINO
Hospital General del Centro Médico Nacional I.M.S.S. y Clínica del Seguro de Quito.

La destrucción orgánica o funcional de la unión esofagogastrica, ya sea de origen congénito o adquirido, ocasiona el refl ujo del contenido gástrico al esófago y da lugar al contacto intermitente de las secreciones con la mucosa esofágica, cuyo epitelio escamoso de revestimiento, es particularmente sensible a la acción péptica.^{1,2}

Este efecto se manifiesta generalmente por disfagia, dolor retroesternal, pirosis y regurgitaciones, que se exacerban después de la comida y con el decubito. Estos síntomas y signos constituyen el cuadro clínico de la esofagitis.

Se han estudiado muchos factores anatómicos y fisiológicos del mecanismo del cardíaco en relación con esofagitis; sin embargo, las alteraciones del peristaltismo en el cuerpo del esófago en pacientes con esofagitis péptica, han sido poco investigadas.¹¹

Este trabajo tuvo por objeto, analizar la motilidad del esófago en pa-

cientes con esofagitis, mediante el estudio de los presiones intraluminales y compararlo, con la motilidad del esófago en el grupo control de sujetos normales.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 18 pacientes con hernia hiatal y esofagitis, en los cuales el diagnóstico se fundó en el cuadro clínico y en los estudios radiológicos, endoscópicos e histológicos. Doce enfermos tenían el esófago de longitud normal y seis presentaban estenosis con esófago acortado. Nueve de ellos correspondieron al sexo masculino y nueve al femenino; las edades variaron entre los 30 y los 77 años.

El grupo control estuvo formado por siete sujetos con esófago normal, de los cuales cuatro eran hombres y tres mujeres; las edades oscilaron entre 27 y 62 años.

El estudio endoscópico se practicó en todos los casos y se tomó biopsia.

De acuerdo con los hallazgos endoscópicos, la esofagitis fue clasificada en ligera, cuando existía engorgamiento, edema y moco adherente; moderada, cuando además había erosiones superficiales, e intensa en los casos en que se demostró ulceración con el estudio histológico.

En los 18 pacientes se hicieron estudios de motilidad esofágica. Se utilizó un aparato fotoquimográfico Sonborn, a cuyos transductores se conectaron ostiómetros de punta abierta de 1.5 mm.

RESULTADOS

Según el examen endoscópico practicado en los 18 pacientes, de acuerdo a la magnitud e intensidad de las lesiones identificadas se obtuvieron los siguientes datos: Esofagitis ligera, 8 casos; moderada, 4 casos, e intensa, 6 casos. Los datos del estudio histológico practicado en los 18 pacientes con diagnóstico de esofagitis péptica se resumen en la tabla I.

De los 18 casos con esofagitis péptica, las presiones basales en el es-

T A B L A I
ESTUDIO HISTOLÓGICO PRACTICADO EN 18 PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO DE ESOFAGITIS PEPTICA

ESOFAGITIS CRÓNICA INESPECIFICADA	9	C A S O S
ESOFAGITIS AGUDA Y CRÓNICA INESPECIFICADA	4	C A S O S
GASTRITIS CRÓNICA	2	C A S O S
ESOFAGITIS AGUDA INESPECIFICADA	1	C A S O
NORMAL	1	C A S O
INSUFICIENTE	1	C A S O
T O T A L	18	C A S O S

estínter inferior fueron normales en seis casos, en cuatro se apreció un ligero aumento de la presión, en doce se demostró la curva respiratoria bifásico, signo característico de la hernia hiatal. En el cuerpo del esófago y en el estínter superior los trazos obtenidos fueron considerados como normales.

Con la deglución, se encontraron alteraciones en la motilidad esofágica, fundamentalmente en el tercio inferior del esófago. Tabla II. En ocho pacientes el peristaltismo fue normal, seis de ellos con esofagitis ligera y dos con esofagitis moderada. En ocho casos las contracciones fueron débiles, (Fig. N° 1), con dismi-

nución de la amplitud y en algunos de ellos aparecieron contracciones espontáneas, (Fig. N° 2); dos de estos tenían esofagitis ligera; dos, moderada; y, cuatro, esofagitis intensa.

Finalmente en dos casos de esofagitis intensa, no se presentó peristaltismo, pero si existió relajación del estínter con la deglución. Fig. N° 3.

En el tercio medio y en el tercio superior del esófago, así como en el estínter superior, los trazos fueron considerados como normales. (Figs. N° 4 y 5).

En el grupo control, cinco pacientes tuvieron motilidad esofágica normal en todos los segmentos estudiados; en dos casos se encontraron contrac-

TABLA II

ESTUDIOS DE MOTILIDAD ESOFÁGICA DURANTE LA DEGLUCIÓN
PRACTICADOS EN 18 PACIENTES CON ESOFAGITIS PEPTICA (%)

	Casos	Normal	Contracciones débiles	Contracciones espontáneas	Ausencia de peristaltismo
ESOFAGITIS LIGERA	8	6	2	1	0
ESOFAGITIS MODERADA	4	2	2	1	0
ESOFAGITIS INTENSA	6	0	4	2	2
TOTAL	18	8	8	4	2

1º). Algunos de los pacientes presentaron más de una alteración.

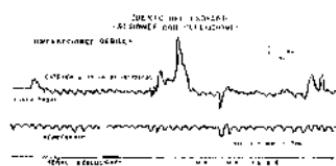


Fig. N° 1.

ciones débiles y aparecieron contracciones espontáneas en el tercio inferior del esófago.

DISCUSSION

A pesar de la frecuencia de la esofagitis láptica y de los numerosos trabajos que se han publicado, no se ha encontrado relación entre los datos clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos. Existe la impresión de que la esofagoscopia con toma de biopsia, es el procedimiento más adecuado para el diagnóstico de la esofagitis.¹²

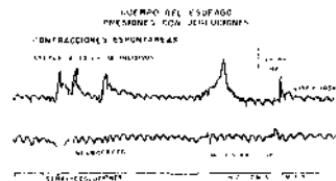


Fig. N° 2.

Los mecanismos de incompetencia de la unión esofagogastrica han sido estudiados desde diferentes puntos de vista, anatómicos y fisiológicos, usando perfusiones ácidas o salinas, midiendo diferencias de potencial y con estudios de presiones intraluminales.
4,6,8,10,17 Sin embargo, a la actividad

molera en el cuerpo del esófago, que sin duda alguna juega un papel importante para evitar el reflujo, se le ha dado poca importancia. Cuando las secreciones regurgitadas permanecan más tiempo en contacto con la mucosa esofágica, por disminución o ausencia del peristaltismo, se favorece la producción de la esofagitis.

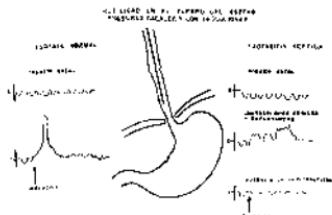


Fig. N° 3

En el grupo de enfermos estudiados por nosotros, parece existir una relación entre el diagnóstico endoscópico y el histológico. En los estudios de motilidad esofágica comprobamos, que la curva respiratoria bifásico se presenta en aquellas casos de hernia hiatal que evalúan sin estenosis o esófago acortado. La hipertensión del esfínter inferior que se manifiesta por aumento de la presión basal y que encontramos en cuatro de los casos, tres de ellos con esofagitis intensa.

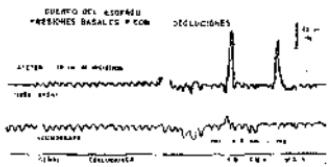


Fig. N° 4.



Fig. N° 5.

puede interpretarse como consecuencia de un espasmo agregado, debido a la inflamación intensa de la mucosa del esófago. En 10 casos se presentaron alteraciones del peristaltismo en el tercio inferior del esófago (55%); en dos pacientes con esofagitis intensa no se demostró peristaltismo.

No obstante en ocho de los casos no demostramos cambios en el peristaltismo a nivel del cuerpo del esófago, seis de ellos tenían esofagitis ligera y dos moderada.

En el grupo control dos sujetos tuvieron alteraciones en el peristaltismo en el tercio inferior del esófago, manifestado por disminución en la amplitud del trazo, contracciones débiles y contracciones espontáneas.

Es de suponerse que en una esofagitis péptica ya establecida y en la que generalmente existe una reacción periesofágica la actividad motora está alterada. Por otra parte estudios de motilidad esofágica hechos en sujetos normales, no han permitido establecer patrones, ya que las gráficas pueden variar de un individuo a otro, aunque si suelen reproducirse en un mismo paciente.¹⁴ Hay enfermos con presiones basales altas y otros con presiones basales bajas, así como la

respuesta a la deglución puede ser diferente en cada uno de ellos. Convienen señalar que la actividad motora del esófago se altera en los estados emocionales y que en un estudio practicado en un enfermo inestable, sería de difícil interpretación.¹⁵

Se han señalado también alteraciones en el peristaltismo esofágico en pacientes con vórtices del esófago,¹⁶ divertículos, carcinomas, polidecamientos de origen neuromuscular,^{17,18} enfermedades de la colágena;⁶ sin embargo, no se han establecido patrones que por sí solos hagan el diagnóstico para cada una de las padecimientos.

Solo en la acalasia¹⁹, en la esofagoesfermio²⁰ y en el espasmo difuso del esófago,⁷ existen gráficas típicas con las que puede llegar al diagnóstico por este procedimiento.

Relacionando los estudios de motilidad encontrados en nuestros enfermos con esofagitis péptica y el grupo control, podemos decir que un buen número de sujetos con este padecimiento presentan alteraciones motrices en el esófago y que existe una relación entre la intensidad de la esofagitis y la disfunción motora.

R E S U M E N

Se estudiaron 18 pacientes con hernia hiatal y esofagitis péptica del Servicio de Gastroenterología del Hospital General del Centro Médico Nacional, del Instituto Mexicano del Seguro Social. El diagnóstico se basó en los estudios clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos. El objeto de este estudio, fue el de analizar la motilidad del esófago en enfermos con

esofagitis y comparándolo con un grupo de sujetos normales. De acuerdo con los hallazgos endoscópicos, la esofagitis fue ligera, 18 casos; moderada (4 casos) e intensa (6 casos).

Se practicaron estudios de motilidad esofágica, utilizando catéteres de punta abierta. Se registraron presiones basales y con degluciones en los esfínteres y a diferentes niveles en el cuerpo del esófago. Se utilizó el neumógrafo para el registro simultáneo de la respiración. En diez casos de pacientes con esofagitis, el peristaltismo del esófago se encontró alterado. Se registraron contracciones débiles, contracciones espontáneas y ausencia de actividad motora. Esta alteración no es característica de la enfermedad, pero su intensidad estuvo en relación con el grado de esofagitis, por lo que el estudio de la motilidad del esófago, debe ser un complemento de la esofagoscopía y de la biopsia en el diagnóstico de esta entidad patológica.

S U M M A R Y

Eighteen patients with hiatal hernia and peptic esophagitis were studied. Diagnosis was based on clinical, radiologic, endoscopic and histologic studies. The purpose of this study was the analysis of esophagus motility in people with esophagitis, and comparison of results with data obtained from healthy persons. So far as endoscopic findings, esophagitis was mild (18 cases), moderate (4 cases) and of considerable intensity (6 cases).

Study on esophagus motility was performed using open edge catheter. Basal and swallowing pressure were registered at several levels of the organ. We used a pneumograph in order to make the simultaneous registration of respiration. Ten patients with esophagitis showed an altered peristalsis of the organ. Weak, capacious and no contractions were registered. This is not a typical finding of the disease, but its degree of intensity was related to the degree of esophagitis. Therefore, studies on motility of this organ should be considered a complementary aid to esophagoscopy and biopsy in diagnosis of this disease.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALLISON, P. R.: Reflux esophagitis, sliding hiatal hernia and anatomy of repair. *Surg. Gynec. Obst.*, **92**: 419, 1951.
- AYLWIN, J. A.: The physiological basis of reflux esophagitis in sliding hiatal diaphragmatic hernia. *Torac. Lond.*, **8**: 231, 1953.
- BUTIN, J. W., OLSEN, A. M., MÖRSCH, H. J., and CODE, C. F.: Study of esophageal pressures in normal persons and patients with cardiospasm. *Gastroenterology*, **23**: 278, 1953.
- CODE, C. F., KELLY, M. L., SCHLEGEL, J. F., and OLSEN, A. M.: Detection of hiatal hernia during esophageal motility test. *Gastroenterology*, **43**: 521, 1962.
- CODE, C. F. et al.: *Atlas of esophageal motility in health and disease*. Springfield III., Charles C. Thomas, 1958.
- CREAMER, G., ANDERSEN, H. A., and CODE, C. F.: Esophageal motility in patients with scleroderma and related diseases. *Gastroenterology*, **86**: 763, 1956.
- CREAMER, G., DONGHUE, E., and CODE, C. F.: Pattern of esophageal mo-

- tility in diffuse spasm. *Gastroenterology* 34: 782, 1958.
9. FISCHER, R. A., ELISSON, G. W., THAGER, W. R., SPIRO, H. M., and GLASSER, G. H.: Esophageal motility in neuromuscular disorders. *Ann. Int. Med.* 63: 229, 1965.
 9. HILL, W. J., SCHLEGEL, J. F., COOKE, C. F., and SUMMERSKILL, W. H. J.: Identification of the gastroesophageal mucosa junction by transmucosal potential in healthy subjects and patients with hiatal hernia. *Gastroenterology* 48: 231, 1965.
 10. HIGHTOWER, M. C. Jr.: Swallowing and esophageal motility. *Am. J. Dig. Dis.* 3: 562, 1958.
 11. OLSEN, A. M., SCHLEGEL, J. F.: Motility disturbances caused by esophagitis. *J. Thoracic and Cardiovascular Surg.* 50: 607, 1965.
 12. RAMIREZ, D. J., BAUTISTA O. J., MEDINA, L. J.: Esofagitis péptica. *Rev. de Gastroenterología de México* 30: 23, 1965.
 13. RAMIREZ, D. J., GUARNER, V., and TUSSAHNT, O.: Motilidad del Esófago en la acalasia. *Rev. de Gastroenterología de México* 31: 1, 1966.
 14. RICHARD, N., and SPIRO, H. J.: Serial esophageal motility studies in asymptomatic young subjects. *Gastroenterology* 41: 371, 1961.
 15. RUBIN, J., NAGLER, R., SPIRO, H., and PILOT, N.: Measuring the effect of emotions on esophageal motility. *Psychosomatic Med.* 24: 170, 1962.
 16. SCOBIE, B. A., JERRY, B. J., COOKE, C. F., and SUMMERSKILL, W. J.: Pressure changes of the esophagus and gastroesophageal junction with cirrhosis and Varices. *Gastroenterology* 49: 63, 1965.
 17. SIEGEL, I. C., and HENDRIX, T. R.: Esophageal motor abnormalities induced by acid perfusion in patients with heartburn. *J. Clin. Invest.* 42: 686, 1963.
 18. SIEGEL, I. C., and HENDRIX, T. R.: Evidence for the central mediation of secondary peristalsis in the esophagus. *Bull. Johns Hopkins Hosp.* 108: 297, 1961.