

ULCERA PEPTICA DE ESOFAGO

JUAN G. TOBALINA *

La afección digestiva de la que más se han ocupado los autores es probablemente la úlcera péptica. Con mucha frecuencia hallamos publicaciones acerca de ella, tantas que ha llegado a ser la enfermedad más comentada de los últimos tiempos, divulgándose todos los aspectos que se relacionan con ella: su frecuencia, que da lugar a la confección de estadísticas tendentes a demostrar su aumento en la población general, la renovación en los métodos terapéuticos, y las discusiones respecto a su etiología. Estas publicaciones la han llevado a ser una enfermedad conocida ampliamente por todos los médicos que, sea cual fuere su especialidad, se sienten capaces de diagnosticarla y tratarla, puesto que su sintomatología sugerente y su terapia, que se ajusta a un patrón bien establecido, facilitan su reconocimiento y su tratamiento. Pero todo ello casi siempre referido a sus localizaciones en estómago y duodeno, olvidando que otros segmentos del tubo digestivo son susceptibles de albergar dicha afección. Es de extrañar que habiéndose dicho tanto de esta enfermedad, tan poco se hayan ocupado de su localización en el esófago. En efecto, y en esto nos darán la razón las personas que lean estas líneas, la úlcera péptica de esófago es una contingencia muy poco tomada en cuenta hasta por los especialistas y si no, ¿cómo se explica que, pese a haber sido descrita hace más de 100 años por primera vez, en nuestro medio no se haya publicado nada acerca de ella? Por nuestra parte, trabajando algún tiempo en un Departamento de gastroenterología jamás vimos que se hiciera un diagnóstico de tal afección, ni siquiera se planteó la posibilidad de su existencia. No pretendemos hacer crítica a ese departamento donde, en ho-

(*) Este artículo es un resumen de la tesis presentada por el autor para optar el título de Bachiller en Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Noviembre de 1962.

nor a la verdad, sólo estuvimos reducido tiempo. Además, hasta donde hemos podido averiguar, también en otros centros de igual especialidad ha ocurrido lo mismo. Y esto tiene a nuestro entender algunas explicaciones. En primer lugar, comparando con las úlceras de localización gástrica y duodenal, su incidencia es muy baja. Luego, sus síntomas no son tan sugerentes ni demostrativos y sólo se puede pensar en ella, muchas veces, como exclusión de otros procesos más frecuentes.

Por otro lado, los signos radiológicos son difíciles de hallar, siendo el único patognomónico la visualización del nicho. A esto se agrega lo que nos informaron dos radiólogos, cada uno planteando sus razones para no haber informado jamás del hallazgo de la úlcera en esófago. Uno de ellos explica que los clínicos nunca le solicitaron un examen de esófago con ese fin; el otro nos dijo que casi todos los pacientes antes de llegar donde ellos habían recibido una medicación previa, con lo cual la extensión de la lesión disminuye, su morfología se altera y los síntomas inflamatorios se atenúan, dando todo ésto por resultado que las imágenes obtenidas sean totalmente engañosas. Estorbada así la utilidad de la radiología, le cabe a la esofagoscopia la responsabilidad de sancionar el diagnóstico, disipando las dudas que pueden haber surgido. Pero en el terreno de la práctica ésto que decimos no llega a cumplirse siempre por varias razones. Una de las principales se refiere a la dificultad para practicar un examen de esa naturaleza, a los peligros que entraña y a la resistencia del paciente a someterse a un examen de tal naturaleza.

Vistas así las cosas, resulta explicable hasta cierto punto que su diagnóstico resulte tan infrecuente. Por otra parte, como su tratamiento, mientras no se presenten complicaciones, sigue los mismos lineamientos que la úlcera gástrica o duodenal, ante la duda, se hace la terapia aconsejada para esos procesos, obteniendo la mejoría y aún la curación. Por eso cabe plantearse la pregunta ¿cuántos casos de úlcera de esófago habrán quedado sin etiquetarse y habrán trascurrido dando molestias crónicas? En otros países se han dado a conocer los resultados de necropsias en las cuales se han hallado lesiones cicatrizales correspondientes a la úlcera de esófago sin historia de padecimiento por parte de sus portadores.

En nuestro afán de contribuir en algo al conocimiento de esta afección, nos decidimos por estudiarla y ahora presentamos el fruto de nuestro trabajo.

INCIDENCIA

En términos generales, calculamos que hasta la fecha la literatura mundial ha registrado entre 250 a 300 casos de úlcera péptica del esófago. En este total incluimos los 88 casos reportados por Chevalier Jackson, los 74 de Hurst y los 91 de Von Hacker y Lotheissen que han sido los que han ofrecido las más numerosas observaciones. Empero, gran parte de los autores, y señalamos a Von Hacker y Lotheissen como ejemplo, han ofrecido sólo una pequeña proporción de casos debidamente comprobados por estudios histopatológicos.

Los autores franceses aseguran que la úlcera péptica de esófago representa del 0.15 al 2% de las afecciones esofageanas, siendo su frecuencia indiscutiblemente mayor en el hombre que en la mujer, en la proporción de 3 a 1. Las otras escuelas no dan valores similares e incluso hay divergencias en lo que se refiere a las diferencias entre los sexos, pues hay quienes aseguran que se presentan tanto en hombres como en mujeres con igual frecuencia. Por nuestra parte sólo diremos que todos los casos que obran en nuestro poder corresponden a varones.

En dos grandes hospitales de los Estados Unidos de Norte América, el Massachusetts General Hospital de Boston y el Bellevue Hospital de Nueva York, han hecho la valoración de esta afección, dando la coincidencia de que en ambos centros la cifra es exactamente: 0.13%. Esta cifra está calculada sobre 27,306 autopsias verificadas entre los dos hospitales.

En nuestro medio hasta la fecha no se ha hecho ninguna publicación sobre esta afección, lo que no quiere decir que no se hayan presentado casos.

Para tener una idea de su frecuencia entre nosotros, hemos indagado en algunos centros asistenciales. Como la gran mayoría de nuestros hospitales, por no decir todos, carecen de una sala de internamiento para enfermos gastroenterológicos específicamente, la tarea ha resultado harto difícil. Por felicidad, tuvimos la suerte de llegar hasta donde el Dr. Jorge Diez Canseco Gambetta, distinguido especialista en enfermedades digestivas y de la nutrición, jefe del Servicio de Gastroenterología del Hospital 2 de Mayo y ex-jefe del servicio de la misma especialidad del Hospital Militar Central de Lima, quien recibió con entusiasmo científico nuestra iniciativa y nos ofreció su invaluable apoyo que, a la postre, ha resultado decisivo para la culminación de este trabajo. De su casuística personal hemos conseguido los 6 casos que ilustran esta tesis; ellos se hallaban perfectamente individualizados en el

inmenso archivo que posee de casos de su especialidad, reunidos a través de más de 20 años de dedicado ejercicio profesional. Movido por gran inquietud científica tomó a su cargo las entrevistas personales con otras autoridades en campos relacionados con el tema, para obtener de ellas informes que se pudieran utilizar en él. Es así como resulta obligatorio consignar aquí que el Dr. César Castañeda, jefe del Departamento de Rayos X del Hospital 2 de Mayo de Lima, en comunicación verbal, manifestó que a lo largo de los muchos años que lleva ejerciendo la especialidad, no ha tenido oportunidad de ver un solo caso de úlcera péptica de esófago y que la única vez que tuvo noticias de un enfermo afectado por esta enfermedad fue hace 20 años, con ocasión de una clase de magistral, dictada por el Profesor Carlos Monge. Este relato, hecho por un ilustre profesional que ejerce la jefatura de un Departamento en un hospital que cuenta con una densidad considerable de pacientes, nos da idea de lo infrecuente que es esa enfermedad, por lo menos, de lo difícil que resulta el avistamiento de sus signos detectables por los raxos X.

ANATOMIA PATOLOGICA

Generalmente, las úlceras se encuentran localizadas en el tercio inferior del esófago, o en su segmento abdominal, desarrollándose en la cara anterior. Se han descrito casos de úlcera péptica que han asentado en porciones más altas, a la altura de la bifurcación de la tráquea, en enfermos cuyo esófago tenía una longitud normal. Lo habitual es que sea única, pero puede darse el caso de que exista más de una a la vez. Por lo regular tienen preferencia por la vertiente derecha de la pared esofágica.

Consiste en una pérdida de sustancia muy pequeña, entre 3 y 14 milímetros; rara vez excede esta dimensión. Su forma es redondeada u oval; sus bordes son cortantes, asumiendo un aspecto en sacabocado. Su profundidad varía con el tiempo de evolución; los de aparición reciente son superficiales y sólo comprometen la mucosa; en tanto que las antiguas afectan planos más profundos, con un lecho indurado y bordes firmes. En su fondo se advierte una coloración pardusca que está dada por la misma pared esofágica, o por tejido conjuntivo periesofágico fibroso en los casos en que la úlcera ha comprometido todas las capas del esófago.

En algunas ocasiones, cuando la lesión es extensa, su forma se aparta del molde clásico y adopta una conformación irregular y alar-

gada, dando la impresión de que han sido varias úlceras pequeñas que han confluído.

Las úlceras que desde el inicio evolucionan con el carácter de gravedad, adquieren una disposición circular en la pared del órgano, coñito en cinturón. Este tipo es el que, al curar, deja como secuela la formación de una estenosis cicatrizal marcada con dilatación por encima de ella.

El examen histológico demuestra que el lecho de la úlcera está formado por tejido fibroso hialino, liso, con fibras musculares entremezcladas e infiltradas con leucocitos. Los bordes de la úlcera contienen pequeñas arteriolas que explican una de sus más temibles complicaciones: La hemorragia masiva.

SINTOMATOLOGIA

El cuadro clínico de la úlcera péptica del esófago es muy variable, de acuerdo con su gravedad y duración. Ya hemos dicho antes que es una afección que puede evolucionar asintómicamente y que su descubrimiento no pasa de ser un hallazgo necrópsico. En otras ocasiones, la etapa aguda de la enfermedad pasa y ésta queda latente hasta que el enfermo llega a una edad avanzada.

Los síntomas más conspicuos de la úlcera péptica del esófago incluyen el dolor, la disfagia, las regurgitaciones y el vómito.

El dolor está presente en 80% de los casos; en el 20% restante, al igual que en la úlcera del duodeno puede no existir, quedando enmascarada la enfermedad hasta que la aparición de algún otro síntoma como disfagia o de una complicación, como obstrucción o hemorragia, induce a practicar un estudio radiográfico, descubriendo su presencia.

El dolor puede estar presente en todo momento o surgir en el instante en que se ingieren alimentos; a veces su aparición es tardía, manifestándose 30 minutos o más después de las ingestas. Por último, en determinados casos su aparición es preferentemente nocturna. En consecuencia no tiene un horario como suele ocurrir con el dolor de las úlceras gástricas o duodenales. Tampoco tiene una periodicidad neta como han señalado algunos autores.

Su intensidad es variable, yendo de uno a otro extremo con la completa gama intermedia y dependiendo, como es natural, en mucho, de la especial tolerancia individual de cada sujeto para las algias. Insistimos en que puede faltar por completo o puede estar representado por una leve sensación de pesadez en el epigastrio o debajo de la parte

inferior del esternón. En ocasiones su intensidad es muy profunda, tebrante, y en estos casos cuenta con una irradiación caprichosa, ya llega al dorso, entre las escápulas, a veces a los hipocondrios e incluso, al pabellón auricular. Estos momentos de máximo dolor son los únicos en los que la palpación puede reconocerlo mediante la presión sobre un punto doloroso que puede hallarse en el epigastrio, apéndice xiloides o el hipocondrio izquierdo.

El dolor por lo regular se atenúa con la medicación alcalina, lo que sugiere que la hiperacidez sea una de sus causas. Se exagera al paso del bolo alimenticio, especialmente si éste es ácido, irritante o muy caliente. También en los casos en que un instrumento (catéter, esofagoscopio, gastroscopio) se ponga en contacto con la úlcera. Otras condiciones que pueden despertar dolor son movimientos de flexión y extensión del tronco.

Cuando la úlcera se halla en actividad, existe por lo general un grado considerable de esofagoespasmo inferior, que se traduce en un aumento del dolor y puede llegar a ser tan acentuado como para provocar la regurgitación de los alimentos recién ingeridos.

La disfagia, que es un síntoma también frecuente, orienta de inmediato hacia una afección esofageana. Su aparición puede ser de significado puramente funcional debido a un espasmo cuyo surgimiento y desaparición se hace de modo brusco por la inflamación aguda de la úlcera. Y más tarde puede ser manifestación de un proceso orgánico determinado por la formación de tejido cicatrizal que conduce a la estenosis. El estrechamiento de la luz del esófago puede llegar a tal punto que impida no sólo el pasaje de los alimentos sólidos sino también de los líquidos.

Como corolario se establece un movimiento antiperistáltico en estos pacientes en los cuales su disfagia no difiere de la disfagias producidas por otras causas productoras de estenosis esofágica, en especial las consecutivas a esofagitis caústicas. Ese movimiento antiperistáltico así surgido es el causante de las regurgitaciones que son de frecuencia variable. Desde ese momento en adelante la estrechez es lo que domina el cuadro clínico, pudiendo no manifestarse la ulceración. Pero al reseca la estrechez se ha descubierto en cierto número de casos bastante elevado, la presencia de una ulceración crónica en la zona estenosada. Sin embargo, en estas circunstancias no se llega a un verdadero vómito, que es la devolución íntegra del alimento, que no ha sufrido transformación al no haber podido franquear el obstáculo presentado a su paso. Esta contingencia se presenta cuando además hay una alteración en el estómago o duodeno. Debido a la dificultad que tienen

los pacientes para alimentarse se produce una baja de peso y desmejoramiento del estado general.

Como hemos podido reseñar, el cuadro clínico de la úlcera péptica del esófago es de lo más abigarrado y aquí podríamos aplicar lo que se dice de otras afecciones: lo específico en ella es su falta de especificidad, puesto que al lado de formas en las cuales el diagnóstico no ofrece ningún contratiempo por la claridad y objetividad de sus síntomas, están aquellos casos que tienen una serie de manifestaciones que pueden corresponder a cualquier otra afección. En nuestros pacientes hemos visto que se han quejado, además de los síntomas mencionados, de pirosis, de tironamiento, ardor, hormigueo retroesternal, halitosis, etc.

COMPLICACIONES

La más banal de las complicaciones de la úlcera péptica del esófago es la disminución del calibre del lumen esofageano, es decir, un estrechamiento o estenosis que, como hemos visto, puede corresponder a una causa funcional o espasmódica o a un origen orgánico. Cualquiera de ellas determinan dificultad en el paso de los alimentos; ésto, ya hemos dicho, ocasiona regurgitaciones o vómitos si, además, hay lesión en el estómago o duodeno, que son incompatibles con una alimentación normal que remata en descenso ponderal y desnutrición.

La estenosis esofágica de este tipo que corresponde al grupo de las benignas, ha sido estudiada ampliamente por Edward S. Benedict (6), quien señala su frecuente asociación con la hernia del hiato y la úlcera duodenal. En una serie de 1,000 esofagoscopías este autor y Sweet, encontraron 60 casos de estenosis benignas. En 18 de ellos hubo esofagitis; en 34, hernia hiatal; en 20 úlcera duodenal y en 16, úlcera esofágica.

Esta observación es muy importante porque ella demuestra la asociación de varias condiciones. Ya vimos al tratar de la etiología, los distintos mecanismos que se han supuesto en la génesis de la úlcera de esófago. Precisamente uno de los que más fuerza tiene es la que señala como condición previa una afección ulcerosa del duodeno que ocasiona cierto grado de estenosis pilórica permitiendo la regurgitación del jugo gástrico ácido al esófago a través de un cardias relativamente insuficiente, todo lo cual produciría primero esofagitis y luego úlcera del esófago que marcharía luego hacia lo que hemos considerado como primera complicación: la estenosis, que en algunos casos evolucionaría hasta una verdadera obstrucción y entonces el paciente se

quejaría no sólo de disfagia, sino de un real estancamiento de los alimentos.

Sin embargo las complicaciones principales son la hemorragia y la perforación.

La hemorragia que según Tileston se presenta en el 53% de los casos, es variable en cuanto a su intensidad. Hay pacientes en los cuales la hemorragia sólo se puede constatar por el hallazgo de reacciones positivas de sangre oculta en las heces (reacción de Thevenon); son hemorragias microscópicas de escasa importancia, porque el grado de anemia que pueden determinar resulta fácil combatir; en otros casos la pérdida de sangre es más importante y puede traducirse en forma de hematemesis o melena; éstas sí pueden originar anemia aguda de mal pronóstico y, finalmente, también es posible la presentación de hemorragias masivas y fulminantes. Por felicidad estas últimas son de muy rara presentación y suelen ser el resultado de la erosión de la zona adyacente a la aorta por una úlcera aguda rápidamente penetrante (28).

La perforación que se presenta en el 14% de los casos según las observaciones de Tileston, es generalmente fatal. El Dr. Juan Nasio, en su artículo Ruptura del Esófago (26), con el objeto de evitar confusiones, aclara que el término de Perforación o Esofagobrosis designa toda abertura de la pared del esófago consecutiva a un proceso orgánico bien definido, tal como la úlcera péptica, abertura que se fragua en forma progresiva y no brusca; en cambio Ruptura o Esofagorrexis es una denominación que corresponde a la abertura o desgarramiento súbito de las paredes del órgano que no haya sufrido un definido proceso orgánico. En consecuencia, la abertura de la pared esofageana debido a un proceso ulceroso es propiamente una perforación.

El esófago puede perforarse en el abdomen superior o en el mediastino; éste último es más frecuente y se produce por encima del diafragma, comprometiendo órganos como la pleura, los pulmones, el pericardio, los bronquios, la aorta o el mismo mediastino, dando un cuadro clínico que revele un drama pulmonar o cardíaco con dolor torácico agudo, disnea y shock. Si no sobreviene la muerte de inmediato puede instalarse una mediastinitis, pleuresía, empiema, abscesos subfrénicos, neumonía, neumo hidroneumotórax y gangrena del pulmón, si éste se halla adherido al esófago. W. H. Conklin, ha publicado un caso de erosión de la aurícula izquierda y hemorragia fatal por una úlcera de esófago (13).

J. H. Coffey y J. Dravin (11), aseguran que el shock se instala a las dos o tres horas de haberse producido la perforación, cuando ha su-

bido la temperatura y hay signos de compromiso pleural. Asimismo señala la aparición de enfisema subcutáneo que abarca cuello y cara, desfigurando al paciente, a las seis o doce horas de producido el accidente. Esto último hemos tenido oportunidad de constatar en uno de los pacientes, cuya historia clínica presentamos en este trabajo. Pero aclaramos que, hablando con propiedad, él no sufrió de perforación, sino ruptura del esófago durante una esofagoscopia.

J. D. Thompson (31) bajo el rubro de Perforación Espontánea del Esófago, publica un artículo en el que hace una revisión de la literatura e informa sobre un caso de observación personal. Trata de un varón de 40 años de edad, afecto de dispepsias y tratado por úlcera duodenal desde varios años atrás. Un día despertó con náuseas, vómitos y un dolor intenso en la región xifoidea. Estando colapsado y con dolor en el epigastrio fue laparatomizado de urgencia sin hallarse la supuesta perforación duodenal. A las 9 horas de la laparatomía, el enfermo tuvo tos violenta, dolor de costado y taquipnea con cianosis, constatándose un derrame pleural izquierdo.

La necropsia demostró que el pulmón izquierdo se hallaba colapsado y que la pleura del mismo lado tenía 500 c.c. de contenido gástrico procedente de una perforación esofágica, cuyos bordes presentaban signos de autólisis.

Para Thompson, la perforación del esófago es más frecuente en el hombre que en la mujer, en la proporción de 10 a 1. Se presenta de preferencia entre los 35 y 50 años de edad. Generalmente se encuentran entre los antecedentes del enfermo un pasado dispéptico y a veces, alcoholismo.

La rotura va invariablemente precedida de náuseas y vómitos; el dolor es brusco y dramático y el colapso rápidamente impresionante. Los músculos abdominales están contracturados y la palpación muestra sensibilidad aparente en el epigastrio.

Antes de la abertura de la cavidad pleural, los rayos X pueden revelar el agrandamiento de la sombra mediastínica y un nivel líquido en el mediastino posterior.

Cuando se ha producido un pneumotórax, el diagnóstico puede precisarse por la punción pleural.

Sin tratamiento los enfermos sucumben antes de las 72 horas. El diagnóstico rara vez es sentado antes de la necropsia. El diagnóstico precoz permitirá salvar algunos enfermos mediante la toracotomía.

Por último, como complicación podría señalarse la malignización de la úlcera péptica, empero, este aspecto de la conversión de una le-

sión benigna en maligna está aún en proceso de discusión y sobre ello nada definitivo se puede decir.

DIAGNOSTICO

Maynihan había dicho "en úlcera la anamnesis lo es todo y la exploración es nada". A nosotros nos parece que esta afirmación peca de exagerada y que no se puede ser tan concluyente. En efecto, el interrogatorio, tratándose de úlceras, adquiere singular importancia y merced a él podemos acercarnos grandemente al diagnóstico, sobre todo cuando está bien encaminado y realizado con todo cuidado y esmero. Pero, de allí a decir que mediante su recurso exclusivo podamos llegar a detectar la afección y encuadrarla en su verdadera significación, prescindiendo de los otros medios de exploración, repetimos, nos parece sobrevalorar ese medio y subestimar los otros, máxime existiendo procesos como el divertículo epifrénico por ejemplo, para citar sólo uno, que remeda los síntomas de la úlcera péptica de esófago. Efectivamente, ambos pueden dar disfagia, dolor retroesternal, regurgitaciones, etc.; con la sola anamnesis, ¿por cuál nos pronunciaríamos?

El diagnóstico clínico es a veces difícil, sobre todo en la fase inicial del proceso, no siendo raros los casos en que sólo se constata su presencia por la aparición de una complicación en una fase tardía en que ya el esófago se ha estenosado en un segmento y dilatado en otro.

En todo enfermo portador de una sintomatología que haga sospechar de úlcera péptica de esófago, deben practicarse las siguientes exploraciones, en el mismo orden que se indican:

Exploración radiológica. Todos los autores están de acuerdo en señalar que el único signo radiológico patognomónico es el nicho ulceroso, pero, por desgracia, este signo aparte de ser encontrado en relativamente raros casos, es difícil de interpretar. Toda comparación con la úlcera gástrica es ilusoria; el esófago es un órgano de unión, largo y estrecho, sólo un segmento de paso; en tanto que el estómago es un gran reservorio. La impregnación del nicho ulceroso por el bario se hace de manera diferente, ya que en uno y otro órgano la permanencia de la sustancia de contraste es distinta. Por eso M. Smiler, R. Wahl y J. P. Weill (36) consideran que el signo más precoz es la estenosis. Este signo es constante: Valla lo nota en 31 de sus 32 casos y Conerre en 24 de 30; el aspecto es algo fusiforme. La disminución del calibre esofágico es brusca. La radiografía standard pone en evidencia 97% de los casos de estenosis, cuya imagen es constante, pero no específica, el nicho es más raro, pero patognomónico. Esta estenosis es incompleta y per-

mite el paso de la sustancia baritada, por encima de ella se aprecia un ensanchamiento que corresponde a la dilatación supraestructural.

El examen radiológico, que debe hacerse con bastante cuidado, requiere de una excelente técnica; para poner en evidencia el nicho se necesita de varias incidencias, siendo la más conveniente la que se consigue estando el enfermo acostado.

Con la radioscopia es posible detectar a qué altura se encuentra ubicada la lesión; ésto se consigue anotando el momento en que la papilla baritada despierta dolor al pasar. Como ya lo dijimos antes, la puesta en contacto del cuerpo extraño con la zona ulcerada constituye un estímulo doloroso. Además la radioscopia es útil para revelar la existencia de movimientos antiperistálticos y mediante la adopción de la posición de Trendelenburg, para detectar el reflujo gastroesofágico.

El examen radiológico juega un rol importante en el descubrimiento de lesiones asociadas como el esófago corto, hernia diafragmática, úlcera gástrica o duodenal, divertículos esofágicos o una colecistitis.

Exploración endoscópica. La esofagoscopia es otro método valioso empleado en el diagnóstico de úlcera péptica del esófago, principalmente en casos dudosos y cuando no está contraindicado su empleo.

A la ausencia del nicho ulceroso a los rayos X, sólo la visualización directa de la úlcera por la esofagoscopia nos permitirá afirmar con certeza su existencia. Chevalier Jackson, fue uno de los primeros en emplear la esofagoscopia en el diagnóstico de la úlcera péptica del esófago, pero, aún para este célebre endoscopista este medio de diagnóstico ofrecía dificultades ya que la lesión a veces puede estar encubierta por algún pliegue de la mucosa y no verse. Jackson señala como carácter endoscópico principal "el aspecto aplanado, la ausencia de la infiltración anular de la pared esofágica y la ausencia de fungoidades exuberantes".

La endoscopia permitirá hallar la úlcera en medio de una zona de esofagitis. El signo que revela fácilmente su presencia es el dolor despertado al tomar contacto el instrumento con la lesión ulcerosa. Puede ocurrir que se produzca un sangrado impresionante.

Finalmente, la esofagoscopia permite la toma de muestras para el estudio biopsico, que es otro método importante de diagnóstico.

Exploración biopsica. La biopsia para el mismo Jackson es "el árbitro final", principalmente cuando se trata de hacer un diagnóstico diferencial. No resulta una maniobra peligrosa debido a que los vasos sanguíneos, por lo regular, se hallan a prudente distancia del nicho ulceroso, no obstante, para que tenga valor la muestra debe ser tomada

del lugar correcto y luego ser bien interpretada. En ocasiones cuando se efectúa una laparatomía exploratoria se ofrece la oportunidad para tomar un fragmento de mucosa; en otras circunstancias es durante el curso de una operación definitiva cuando se consigue ese fragmento.

Aunque con menor valor que las exploraciones anteriores debe tenerse en cuenta un método quizá bastante anticuado, pero que no podemos dejar de mencionar porque, sobre todo en nuestro país, puede suceder que en determinado momento no se cuente con el recurso de los rayos X, ni con los instrumentos para una endoscopia. Nos referimos al método de las sedas de Einhorn que consiste en dar a tragar al paciente una seda doble, empezando por un extremo, mientras el otro queda en nuestras manos; en el momento en que ha deglutido una longitud apropiada, el extremo que hemos tenido en los dedos lo fijamos en una oreja del paciente dejándolo a permanencia; más tarde se la retira y se procede a examinarla cuidadosa y detenidamente en busca de sangre. Si se encuentran manchas y éstas están situadas en la longitud conocida como anterior al cardias, podrá decirse que existe una ulceración en el esófago.

Ningún diagnóstico puede titularse completo, si es que no se han practicado las exploraciones que hemos mencionado, por tal razón nos reafirmamos en la aseveración de que la anamnesis por sí sola no es suficiente.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial debe establecerse con las distintas afecciones que asientan en el esófago, pero como éstas son tantas, resultaría muy largo referirse a cada una de ellas y tal vez el hacerlo obscurezca más bien el panorama en lugar de aclararlo. Por eso vamos a hacer mención y muy somera por cierto, sólo de las más frecuentes, como son, el cardioespasmo, la hernia del hiato, el divertículo epifrénico, las ulceraciones de otra etiología, el cáncer y la esofagitis.

El cardioespasmo, como ya dijimos antes, es una condición funcional, de origen reflejo o nervioso, que puede ocasionar disfagia, pero es reversible, cede con medicación antiespasmódica y sedante del Sistema Nervioso Central. Solo excepcionalmente se complica de ulceración.

La hernia del hiato no ofrece mayores problemas, por cuanto ella tiene signos radiológicos precisos.

El divertículo epifrénico por lo general está localizado hacia la cara anterior, sus dimensiones son mayores que las de la úlcera que

por lo regular da una imagen que no excede el medio centímetro de diámetro; no se acompaña de espasmo y se halla ligado a algún proceso que ocasiona estasia determinante de un aumento de la presión

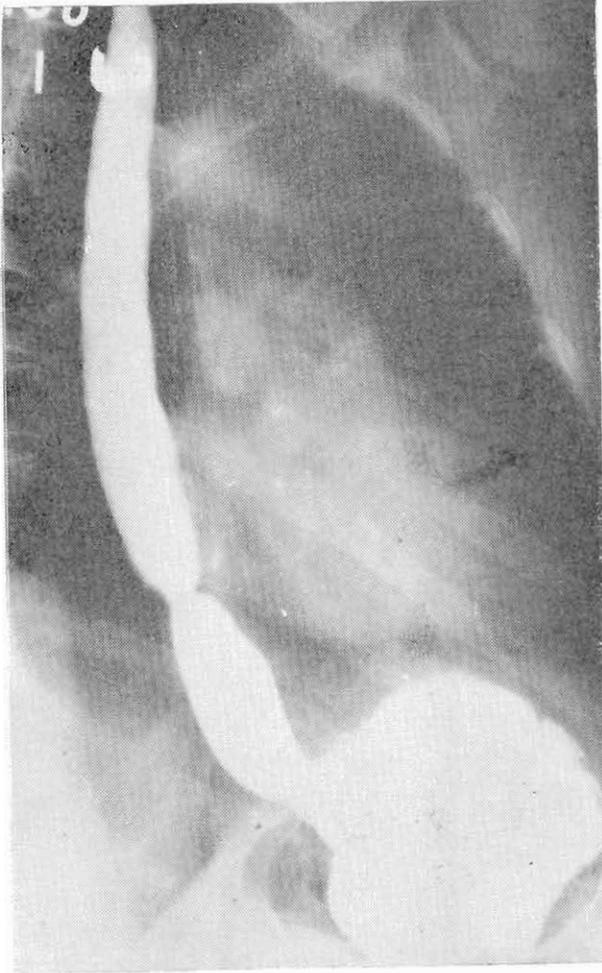


Fig. Nº 1. (Primer Caso). Estrechez incompleta del esófago en la unión del tercio medio e inferior producida por una antigua úlcera péptica esofágica. Se ve también la insuficiencia del esfínter cardial (Esofagitis de reflujo). Posición O. A. D.

endoesofágica y que va a conducir a la herniación de la mucosa a través de los haces musculares. El divertículo epifrénico es pues, un divertículo de pulsión que puede ir unido a cardioespasmo.

Las ulceraciones agudas producidas por ingestión de sustancias cáusticas se reconocen por la anamnesis y en los raros casos en que se ignora el antecedente tan saltante, se sale de dudas detectando la localización de las lesiones que en la mayoría de los casos se establecen en los estrechamientos anatómicos del esófago.

Las úlceras tuberculosas del esófago son muy raras; las lesiones son más frecuentes en la hipofaringe o la laringe y, a veces, las que se encuentran en el esófago son extensiones de éstas. En la mayoría de los casos se encuentran síntomas de lesiones fímicas en otros órganos antes de aparecer en el esófago. La reacción de Mantoux, las radiografías sobre todo de los campos pulmonares, la biopsia de la lesión y aún la respuesta al tratamiento antituberculoso son otros tantos medios que disiparán las dudas.

Las úlceras sífilíticas del esófago siempre son terciarias, pues hasta la fecha no se ha hallado la espiroqueta en las lesiones esofágicas. Asientan en el tercio superior del órgano y también pueden ser extensiones de localizaciones en la hipofaringe y laringe, como las tuberculosas. Son sumamente raras y su aparición puede estar ligada a la desvitalización hística consecutiva a la periarteritis luética. Por lo regular el test de Wasserman en sangre y líquido céfalo raquídeo es altamente positivo y producen una rápida respuesta al tratamiento específico, aunque su curación puede determinar una estenosis por formación de tejido cicatrizal por lo que Bockus (7), Stone y Friedberg (38) recomiendan practicar repetidas dilataciones.

Las micosis del esófago son igualmente muy raras y de poca importancia. El muguet producido por el *oidium albicans* puede propagarse al esófago por infección bucal o faríngea o puede aparecer como lesión independiente. El diagnóstico se establecerá mediante el examen bacteriológico e histológico del material procedente del esófago extraído con ayuda del esofagoscopio.

En cuanto a la gravedad e importancia, no puede decirse lo mismo del cáncer ulcerado. En caso de duda con la úlcera péptica, podríamos orientarnos su curso rápido, progresivo e indoloro (por lo menos al principio). Empero, la necesidad de establecer un diagnóstico precoz nos impide esperar los datos que la evolución nos puede proporcionar; es necesario y urgente agotar los medios para llegar a un diagnóstico dentro de la mayor brevedad posible y es allí donde tiene todo su valor la radiología en busca del nicho típico y de la endoscopía que, aparte sus propios datos, permite tomar a través del endoscopio una muestra para la biopsia. Uno sin otro no pueden ser, por cuanto la visualización

por sí sola entraña el peligro de abocar en un error que estaría dado por la presencia de un pseudo tumor de naturaleza inflamatoria, posible

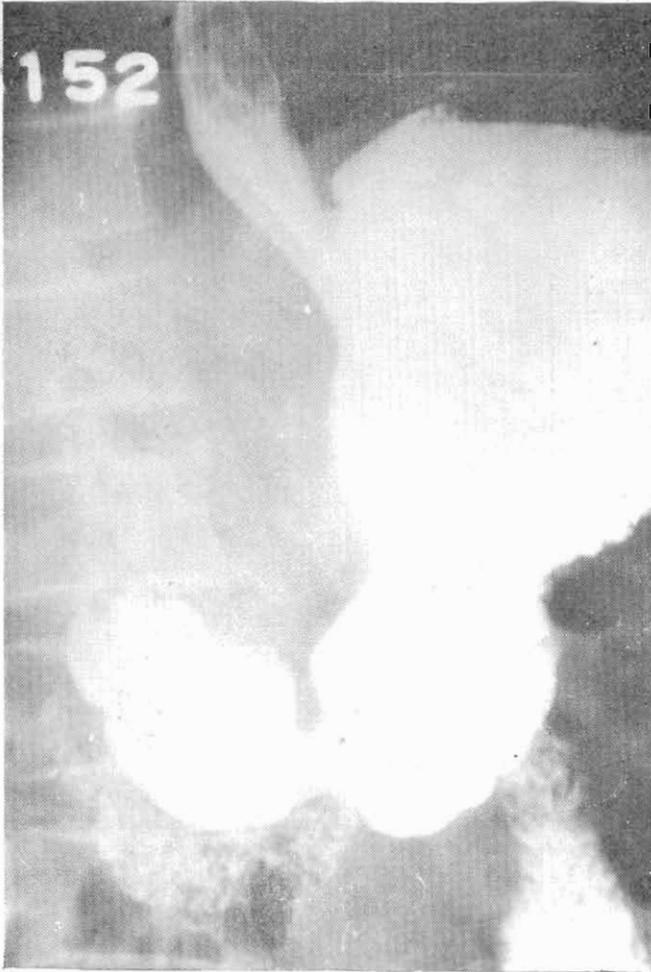


Fig. Nº 2. (Primer Caso). Muestra la insuficiencia del esfínter cardíaco (esofagitis de Reflujo) y el bulbo duodenal deformado por un antiguo proceso ulceroso. El resto del estómago muestra caracteres normales. Posición O. A. D.

de darse en el curso de la evolución ulcerosa y la biopsia misma expone el peligro de que la muestra se tome de una zona inflamada y se detecten sólo elementos correspondientes a este estado. Por estas con-

sideraciones nos parece poco firme lo que propugna Buckstein, en el sentido de que para hacer la diferenciación entre úlcera péptica y cáncer es necesario someter al paciente a una terapéutica de prueba. Como se comprende con ello se perdería un tiempo precioso en caso de



Fig. Nº 3. (Primer Caso). Pseudo divertículo faringo-esofágico formado después de una perforación por instrumentación endoscópica no realizada en nuestro servicio. Posición O. A. D.

que la lesión resulte de naturaleza maligna. En todo caso este recurso podría utilizarse cuando las sospechas sean no de cáncer, sino de afecciones de otra índole, tales como fímicas, luéticas o micóticas. A propósito, consignaremos el caso de un sujeto que fue al Consultorio del Dr. Díez Canseco portando sintomatología de padecimiento esofágico.

El mencionado profesional detecta una lesión en el esófago de su paciente y vislumbrando que ésta reconociera como etiología la sífilis, ordena le practiquen los tests específicos que resultan positivos. De inmediato instaura tratamiento a base de Penicilina y Bismuto, logrando que en poco tiempo desaparezca la lesión. Como vemos en este caso muy ilustrativo, la terapéutica jugó un doble rol: primero sirvió como elemento de tratamiento eficaz y luego como medio de confirmación diagnóstica.

Finalmente, las úlceras pépticas de estómago y duodeno también se prestan a confusiones. Ya hemos narrado el caso de un paciente que durante años fue tratado como portador de una úlcera duodenal y que al hacer un cuadro agudo fue, incluso, intervenido en busca de la perforación de duodeno. Por supuesto no la encontraron, tampoco contenido gástrico en la cavidad peritoneal, pero sí más tarde en la necropsia, 500 cc. de ese contenido en la cavidad pleural proveniente de una perforación de esófago por úlcera péptica. El diagnóstico, pues, no debe limitarse a buscar la lesión en el lugar donde aparentemente se deriven los síntomas, sino en aquellos sitios que puedan albergar igual afección.

TRATAMIENTO

Los principios terapéuticos de la úlcera péptica del esófago no difieren de los que se propugnan para las úlceras de la misma naturaleza que asienten en el estómago y duodeno.

La conducta terapéutica inmediata consiste en la administración horaria de 100 a 150 gramos de leche tibia o distintas proporciones de leche y crema; estos alimentos pueden ser reemplazados por aceite de oliva, gelatina líquida, agua albuminosa o sopa de crema. Puede dar buen resultado la administración de una o dos cucharaditas de aceite de oliva unos 15 minutos antes de cada comida. Asimismo pueden administrarse 15 minutos después de cuantas comidas se hagan en el día una mezcla de 0.3 gr. de subnitrito o subcarbonato de Bismuto y 0.15 gr. de óxido magnésico. Si se desea conseguir el máximo efecto terapéutico del bismuto, es preferible administrarlo después de las comidas a la dosis de 0.35 a 1 gr. en la forma de tabletas que se disuelven en la boca. En caso de presentarse dolor durante las horas de la noche, puede administrarse la inyección subcutánea de un barbitúrico con sulfato de atropina antes de que el paciente se disponga a dormir.

Lo referido es para aquellos casos de molestias agudas que aquejan al enfermo en forma dramática. Si el cuadro cede se procederá a

hacer el tratamiento clásico antiulceroso. Este consiste, en primer término, en el reposo psíquico y físico.

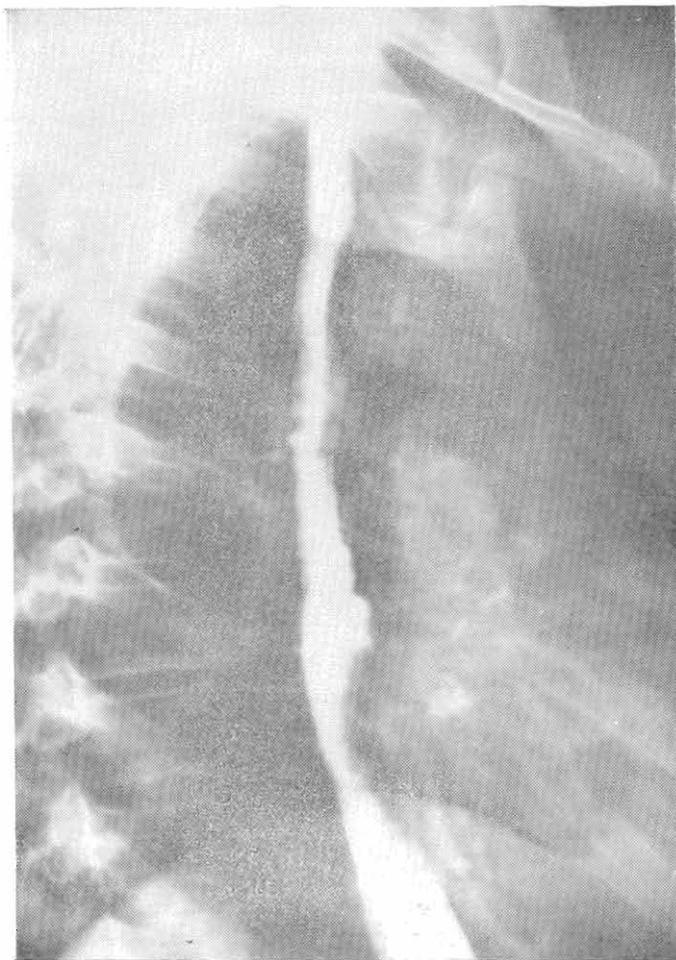
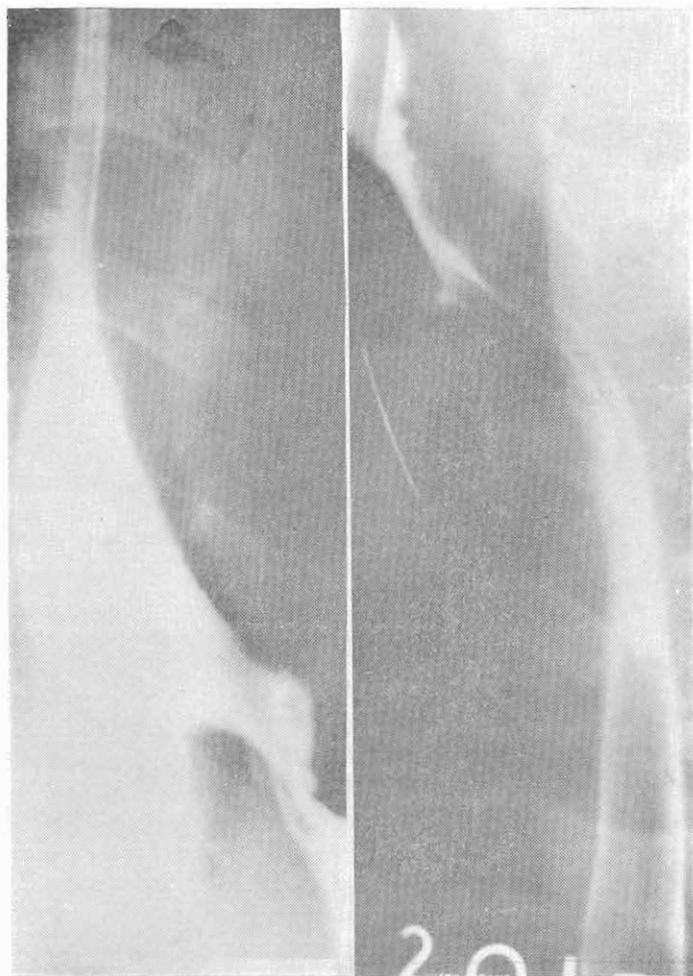


Fig. Nº 4. (Segundo Caso). Rizamiento del esófago que precedió por 2 años la formación de una úlcera péptica esofágica. Posición O: A. D.

Es un hecho de observación que los pobladores de las ciudades donde el ritmo de vida es muy agitado, hacen enfermedad ulcerosa con mayor facilidad que los habitantes de los lugares donde el existir trans-

curre tranquilo; los primeros se han visto obligados a modificar en algo su sistema neurovegetativo y psíquico.



Figs. 5-6. (Segundo Caso). Dilatación del esófago en el tercio inferior y nicho ulceroso muy cerca del cardias. Posición O. A. D. (Segundo Caso). Esófago en evacuación. Se nota el nicho ulceroso en la cara anterior con los pliegues mucosos que convergen hacia él. Posición O. A. D.

En el reposo mental, como primera indicación, debe recomendarse al paciente que evite todas aquellas situaciones que lo coloquen en

estado de tensión emocional, si fuera posible hacerles comprender la necesidad y la importancia de vivir despreocupadamente y sustraerse así al "stress" emocional que traen consigo los problemas. A veces se hace imprescindible un cambio de ocupación y aún de profesión y de no ser ésto posible, por lo menos contar con un período de vacaciones, para mantenerlo aislado durante un tiempo del ambiente desfavorable que ha contribuido a la génesis o perduración de su enfermedad. Del mismo modo es importante que se abstenga de disgustos y contradicciones, sobre todo durante las comidas.

En cuanto al reposo físico, es menester que durante el período agudo permanezca en cama, con ello se consigue una doble finalidad: en primer término se le da un descanso material y en segundo, se logra el aislamiento del tráfigo cotidiano. A veces existen mortificantes problemas hogareños, en esos casos el internamiento en una clínica es lo indicado.

El reposo físico incluye también el del amplio segmento digestivo y ello se consigue mediante la observación de una dieta apropiada que en parte ya hemos mencionado. Este punto de la dieta es quizá el central en el tratamiento de la úlcera péptica y al cual debemos conceder importancia de primer orden. En un primer momento la dieta se hará exclusivamente a base de leche. Se da preferencia a este alimento, porque representa el mejor productor coloidal con papel protector sobre la mucosa, además neutraliza el jugo gástrico, suprime el dolor y mantiene en reposo al tubo digestivo. Pero como es un líquido y, aunque se le añaden distintas proporciones de crema (36, 40%), pasa con cierta rapidez y es por eso que se deben tomar cantidades repetidas, cada hora.

Sin embargo, y a despecho de su gran valor, la leche no siempre es suficiente para conseguir todos los efectos deseados, uno de ellos consiste en la reducción de la motilidad de los primeros segmentos del tubo digestivo y suprimir los espasmos que casi siempre están presentes. Para ello es menester emplear un espasmolítico y como resulta conveniente deprimir la actividad secretora del estómago, necesitamos usar una droga inhibidora de la excitabilidad vagal, fundamentalmente la belladona en sus formas farmacológicas, de preferencia la tintura y el extracto y la atropina y sus sales: el sulfato o mejor aún el nitrato. O también la Homatropina que en muchas ocasiones, en su forma de metil bromuro, se tolera mejor que el sulfato y nitrato de atropina, a la dosis de 2 mg. por vez, dos o tres veces al día, dosis que no llega a producir trastornos.

Al lado de estos espasmolíticos que actúan inhibiendo el simpático, sin suprimir por entero su acción, a veces resulta útil añadir otro



Fig. Nº 7. (Tercer Caso). Estrechez incompleta del tercio inferior del esófago y hernia hiatal por deslizamiento. Posición O. A. D.

espasmolítico que actúe directamente sobre la musculatura lisa. El mejor es la Papaverina, especialmente en la forma de clorhidrato.

Lo ideal sería utilizar una droga que cuente con un efecto doble, reuniendo en sí las acciones de la atropina y de la papaverina. Co-

mercialmente existen más de una centena de estos productos sintéticos, a los cuales la propaganda les confiere efectos que de ser reales, tendrían en sí la solución del problema.

Entre los más utilizados conocemos el bromuro de Propantelina (Probanthine) que se fabrica solo o asociado al fenobarbital o al Dartal que es el clorhidrato de propazato; el bromuro de Metescopolamina (Upjhon Pamine); el metilsulfato de hexociclo (Tral) que viene en forma de tabletas corrientes, film-tabs, gotas, inyectables, etc.; el clorhidrato de dietilcmino carbetoxibiciclohexil (Bentil) y otros más.

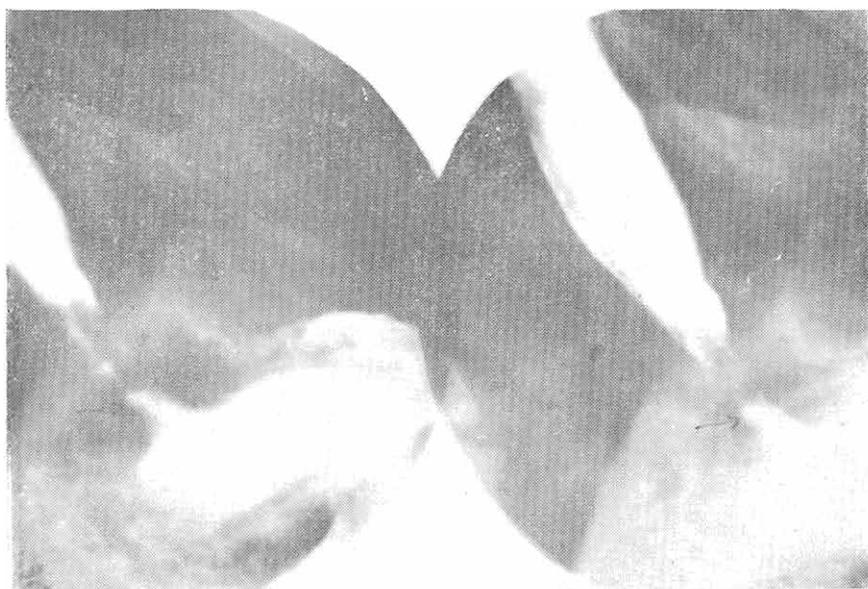


Fig. Nº 8. (Cuarto Caso). Nicho ulceroso en el tercio inferior del esófago. En una de las incidencias se nota que los pliegues mucosos convergen hacia él. Posición O. A. D.

Existe en el mercado con el nombre de Libratar un producto que es la clorobenzoxietamina, desprovisto de acción anticolinérgica y por consiguiente sin los efectos molestos de esas drogas, una ligera sequedad de boca fácil de aliviar. De esta droga dicen sus productores que en el plazo de 5 semanas, hace desaparecer la imagen radiográfica de la lesión ulcerosa, sin embargo la hemos visto usar muy poco por los especialistas.

Como no es posible suprimir del todo el jugo gástrico, el siguiente objetivo en la terapéutica consistirá en neutralizar la acidez de ese

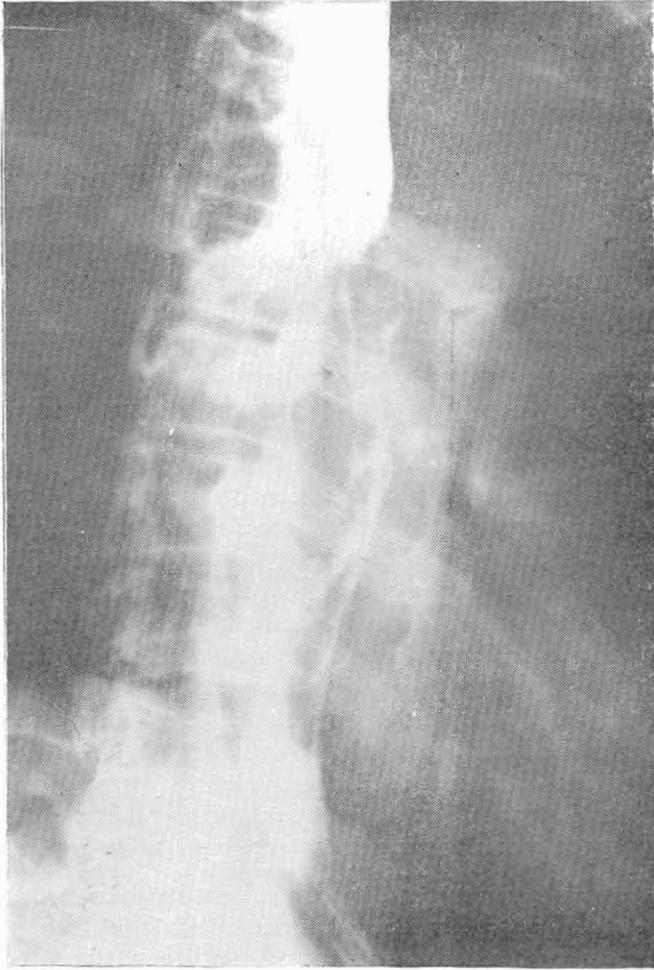


Fig. Nº 9. (Quinto Caso). Espasmo esofágico en el tercio superior y nicho ulceroso 3 centímetros por debajo en la cara posterior del esófago. Posición O. A. D.

jugo para lo cual se emplean los alcalinos y los absorbentes. Entre los alcalinos se cuentan las preparaciones de magnesio, especialmente el óxido o el trisilicato que al mismo tiempo es absorbente.

Entre los absorbentes puros de acción alcalinizante pequeña, está el hidrato de aluminio coloidal. Por lo regular los preparados comerciales asocian en su fórmula el gel de aluminio con hidróxido de magnesio, a fin de dotarlos de acción más efectiva. Los nombres con que el público los consume son los siguientes, entre otros: Aldrox, Gelsil, Pepsamar, Novalucol, Trevidal, etc.

Otro punto importante a considerar en el tratamiento antiulceroso es el uso de sedantes del Sistema Nervioso. En este concepto es de imaginar la gama tan cuantiosa de medicamentos con que se cuenta; no hay quizá laboratorio que deje de preparar alguno, sosteniendo que el suyo es el más eficaz.

Volviendo al aspecto de la dieta, diremos que pasada la etapa aguda de la enfermedad y no siendo posible mantener al enfermo indefinidamente a base de leche, se impone indicarle otra alimentación, señalando qué le está permitido comer y cómo ha de hacerlo. Es necesario advertirle que su dieta no debe incluir alimentos irritantes, como son los muy condimentados con ajos, pimienta, ají, etc., los productores de gases y por supuesto, abstenerse de consumir bebidas alcohólicas.

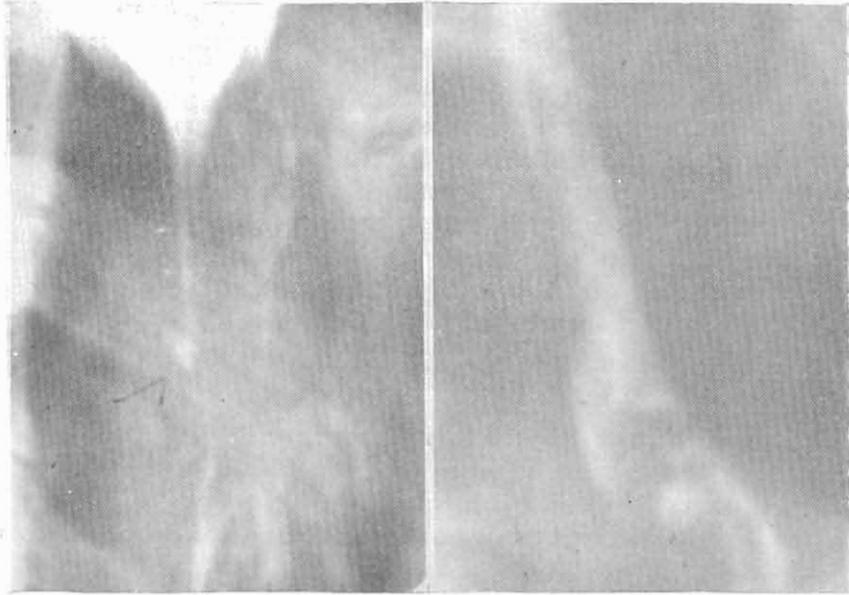
Al prescribir una dieta blanda, hay que aclarar que con este término no se hace referencia al estado físico de los alimentos, que pueden ser líquidos, sólidos o semisólidos, sino que él designa aquellas sustancias que no dejan residuo y que en lo posible, sean completas desde el punto de vista nutritivo. Entre las recomendables están la leche, crema de leche, huevos, carnes magras no fritas sino sancochadas o a la brasa a las que previamente se les haya privado del tejido conjuntivo, tendones, etc. Esto en cuanto a las proteínas; como fuentes hidrocarbonadas se puede indicar papas, cereales en forma de harina fina, hortalizas o vegetales colados, frutas que no sean ácidas y de preferencia cocidas, jugos de frutas colados, gelatinas, pudines, flan, etc. Como alimentos grasos se recomiendan mantequilla y aceite de comer.

No existen inconvenientes en que se agregue a la dieta hidrolizados de proteínas y para contribuir al mantenimiento del estado nutritivo se recomienda, concomitantemente, por vía intramuscular la aplicación de anabólicos y/o complejos vitamínicos.

Hay estudios experimentales que han venido a demostrar el efecto mitótico del ácido pantoténico que en clínica se aprovecha para favorecer o estimular la cicatrización de las lesiones de los tegumentos, en particular las de curso tórpido, como por ejemplo la úlcera crural y la úlcera péptica. La casa Roche tiene un preparado de ácido pantoténico con el nombre de Bephantene, cuya forma de presentación en am-

pollas inyectables por la vía intramuscular, sería la forma a utilizar en los casos de úlcera péptica.

Si los síntomas persistieran, sin que sea posible demostrar la curación de la lesión a pesar del tratamiento conservador llevado a efecto, todavía se puede ensayar antes de recurrir a la cirugía, a una alimentación yeyunal peroral a través de una sonda gastroyeyunal a fin de permitir un mayor reposo de la región ulcerada, teniendo cuidado



Figs. Nos 10-11. (Quinto Caso). El mismo caso anteriormente descrito a mayor aumento. (Sexto Caso). Precioso nicho ulceroso suspendido en el tercio medio del esófago, rodeado de un rodete edematoso. Posición O. A. D.

de administrar en cortos intervalos aceite mineral o de oliva a fin de evitar el traumatismo ejercido por el tubo sobre la mucosa esofágica adyacente. Tal vez sea preferible la alimentación intragástrica a través de una sonda de goma látex si se la puede hacer pasar al estómago. Algunos aconsejan para las formas rebeldes al tratamiento, la terapia gota a gota con solución de hidróxido de aluminio puro o asociado con bicarbonato de sodio a través de una sonda cuya extremidad interna recaiga directamente en las proximidades de la región ulcerada, por lo menos durante la noche.

Existen los partidarios de la aplicación directa, a través del esofagoscopio, de solución de clorato de zinc, de iodo, de nitrato de plata o los que hace sistemáticamente, bajo control radiológico o esofagoscópico, dilataciones del área envuelta, precoz y periódicamente por causa de su tendencia a las estenosis, precipitada por la esofagitis concomitante. Esas dilataciones deben hacerse antes de que se produzca la completa organización del tejido cicatrizal.

Si la estenosis fuera muy marcada y no pudiera efectuarse la dilatación por la vía bucal, será preciso recurrir a la gastrostomía, que permite facilitar la alimentación del enfermo y hacer la dilatación retrógrada.

El tratamiento quirúrgico debe reservarse para aquellos casos refractarios al tratamiento médico y, naturalmente, para aquellos donde la existencia de una complicación grave obligue a una medida rápida.

Entre los procesos quirúrgicos debemos citar la gastrostomía, la frenisectomía, la gastroenteroanastomosis, las resecciones gástricas simples, las resecciones gástricas con dilatación y finalmente la resección de la úlcera y la estenosis esófago-gástrica.

La gastrostomía tiene sus adeptos porque permite un reposo casi absoluto del esófago, manteniendo el estado de nutrición del paciente en buenas condiciones por medio de la alimentación intragástrica o facilitando la dilatación del esófago por vía retrógrada en aquellos casos en que no es posible la dilatación por la vía alta.

La frenisectomía que demostró su utilidad en uno de los casos de Chamberlin es una técnica cuyo empleo no es frecuente.

La gastroenteroanastomosis debería ser hecha, según algunos autores, entre ellos Bockus, precozmente en aquellos casos de úlcera esofageana con estenosis gástrica concomitante por espasmo o estenosis pilórica.

La gastrectomía tiene sus fervorosos adeptos (Wangestein, Winkelstein) que dicen que en varios casos de esofagitis, de estrechamiento esofageano o de asociación de ambos, para ellos manifestaciones de dolencia o de diátesis ulcerosa, consiguen mejorar el obstáculo esofageano al mismo tiempo que hacen el vaciamiento del estómago, anulando la acidez gástrica por medio de la resección.

Sobre este punto hay discordancia en la opinión de varios autores. Así Winkelstein relata casos de úlcera péptica de esófago que mejoraron a los pocos días de haberse practicado la resección gástrica, en tanto que Bockus, entre otros, afirma la existencia de personas que han

hecho una úlcera en el esófago después de haber practicado en ellos una gastrectomía por úlcera gastroduodenal.

La gastrectomía más la dilatación estaría indicada según algunos autores, en aquellos casos de estrechamiento cicatrizal por úlceras infranqueables por las sondas dilatadoras.

La resección de la úlcera más la anastomosis esófagogástrica es otro de los métodos quirúrgicos utilizados en el tratamiento de esta afección (Jao de Rezendes Alves).

PRONOSTICO

El pronóstico debe ser formulado con cautela. La lesión puede ser rebelde al tratamiento o estar sujeta a complicaciones que pueden ser mortales.

La secuela extraordinaria que es la estenosis es también de pronóstico sombrío, pues las de esta clase tienden a sangrar muchísimo al tratar de dilatarse.

Al lado de estos casos que son, lógicamente, los más desagradables, existen aquellos de curso realmente benigno que con un tratamiento adecuado curan sin mayores secuelas y aquellos otros, a los que en diversas partes hemos hecho mención, que transcurren asintomáticos, descubriéndoseles en forma casual ya en el curso de un chequeo por otras razones, ya en necropsias.

En nuestros casos, felizmente no han sobrevenido acontecimientos serios que hayan obligado a recurrir a la cirugía como medio salvador, ni que hayan dado lugar a la formulación de un pronóstico sombrío. Uno de ellos, seguido durante doce años, aún concurre periódicamente a la consulta para controles y su estado es satisfactorio. A los otros los hemos perdido de vista en una etapa en que sentían muy aliviados sus síntomas.

DISCUSION Y COMENTARIO

Aunque en el año de 1833, Albert describió por primera vez las úlceras pépticas del esófago, recién en 1929 es cuando se realizan estudios verdaderamente cuidadosos de esta enfermedad. Desde entonces hasta la fecha se han descrito alrededor de 250 a 300 casos.

Los seis casos que presentamos, enorgullece decirlo, representan realmente una contribución peruana digna de figurar, por cuanto esa serie apreciable, no se ha integrado fortuita ni en plazo breve, sino que es la suma de casos reunidos a través de muchos años de estudio clíni-

co cuidadoso, radiológico y endoscópico, verificados por el Dr. Jorge Diez Canseco.

Deseamos que este trabajo estimule a aumentar la casuística nacional ya que, tanto como estamos informados, ningún autor nacional ha publicado experiencias relacionadas con esta enfermedad hasta la fecha.

El hecho de que la Escuela de Chevalier Jackson en Filadelfia, altamente especializada en patología esofágica, en 42 años de trabajo y 42,000 esofagoscopías practicadas, describa solamente 88 casos, muestra dos hechos evidentes: 1º—Que la úlcera péptica del esófago es una lesión rara y 2º—Que hay una mayor posibilidad de encontrarla cuando cuidadosamente y sistemáticamente se estudia el esófago clínicamente y con los medios de diagnóstico complementario (radiología, esofagoscopia, y biopsia).

Es necesario que el médico general conozca los conceptos básicos de la Anatomía y Fisiología Esofágica con el objeto de hacer una mejor apreciación de los síntomas y envíe oportuno de estos enfermos a los Servicios Especializados, con la finalidad de llegar a un diagnóstico y tratamiento adecuados.

El mecanismo de producción de las úlceras pépticas esofágicas, igual que las úlceras pépticas gastro-duodenales, no está suficientemente esclarecido. Pensamos que es más un conjunto de factores, que uno solo el causante de esta lesión. Entre los factores que debemos recordar están los constitucionales, traumatismos esofágicos por cuerpos extraños, disturbios o alteraciones locales de los vasos sanguíneos, quemaduras extensas, espasmos del esófago en la porción supra-cardial, alcoholismo, envenenamiento crónico con acetanilida, vómitos repetidos, reflujo del jugo gástrico, esófago corto, hiperacidez gástrica por úlcera péptica duodenal, infecciones de las vías aéreas superiores y paranasales, presencia de mucosa gástrica heterotópica, etc. De todos estos factores, nos parece que han incidido fundamentalmente en nuestros casos lo siguiente:

Úlcera Péptica Duodenal —————→ Hiperacidez —————→ Insuficiencia cardial —————→ Reflujo del jugo gástrico con esofagitis ± Infecciones de las vías aéreas superiores —————→ Úlcera péptica esofágica.

Los casos de úlcera péptica esofágica presentados, tuvieron dos finales: (a) o curaron sin secuela (cuatro casos); (b) produjeron estrechez esofágica con sus síntomas concomitantes (dos casos).

Todos los casos descritos se han producido en hombres. Se admite que la frecuencia de esta enfermedad es de 0.13% entre las afecciones esofageanas. La edad varió entre 43 y 61 años.

Los Síntomas principales fueron disfagia, odinofagia, ardor retroesternal, regurgitaciones ácidas, dolor en la parte baja del esternón con irradiación posterior y con periodos de descanso que duraron algunas semanas, etc.

Los Estudios Radiográficos cuidadosos y en varias incidencias demostraron fundamentalmente: a) Presencia de nicho ulceroso y espasmo segmentario con convergencia de pliegues mucosos, esofagitis y disquinesia esofágica con el aspecto dentado de las paredes esofágicas; o b) Estrechez esofágica y esofagitis concomitante. Complementariamente se encontró en los estudios: deformación del bulbo duodenal por antigua úlcera (tres casos), espondiloartrosis de la columna cervical (un caso), hernia esofágica por deslizamiento (un caso).

La Esofagoscopia mostró: nicho ulceroso y esofagitis localizada (cuatro casos), estrechez esofágica mediana por úlcera péptica (dos casos), uno de los cuales tuvo también una hernia esofágica por deslizamiento.

El Diagnóstico Diferencial se hizo con el cardioespasmo, hernia del hiatus diafragmático, divertículo epifrénico, ulceraciones agudas producidas por la ingestión de sustancias cáusticas, ulceraciones tuberculosas y sifilíticas, y micosis del esófago (muy raros), además del cáncer ulcerado.

La Evolución fue variable. En el caso número uno, la disfagia perdura, pero puede pasar alimentos semisólidos. En otros fue favorable hasta la cicatrización de la úlcera sin secuela.

Los Exámenes de Laboratorio no mostraron nada particular, con excepción del caso número tres que tuvo una anemia secundaria discreta (Hernia esofágica por deslizamiento).

El Pronóstico debe ser formulado con cautela. La lesión puede ser rebelde al tratamiento estar sujeta a complicaciones que pueden ser mortales, o producir una estenosis cicatrizal que necesita a la larga tratamiento con instrumentaciones (dilataciones) o quirúrgico.

El Tratamiento se realizó con dieta blanda, anticolinérgicos, alcalinos, anabólicos, vitaminas, atarácicos y sedantes.

CONCLUSIONES

1. La Úlcera Péptica Esofágica es una lesión rara.
2. Se presentan seis casos de Úlcera Péptica esofágica, seguidos

en los últimos 15 años, en hombres, entre 43 y 61 años de edad, estudiados desde el punto de vista clínico, radiológico, endoscópico y de laboratorio.

3. Se hace un recuerdo anatómo-fisiológico del esófago.

4. Se indica el probable mecanismo etiopatogénico de la úlcera péptica esofágica a base del estudio clínico radiológico y endoscópico.

5. Se remarca el cuidadoso estudio radiológico y endoscópico como medio de llegar a un diagnóstico, realizado en Servicios Especializados en aquellos enfermos en que se sospeche la lesión por los síntomas que presentan.

6. Se indica la manera de realizar un diagnóstico diferencial con las lesiones más frecuentes del esófago.

7. Se ha encontrado que la evolución y el pronóstico es variable, dependiente de si la ulceración cicatriza o va a la estrechez esofágica.

8. Se indica en forma esquemática el tratamiento médico quirúrgico a seguir.

BIBLIOGRAFIA

1. Alberdi Frías, J. M.: La Enfermedad Péptica del Esófago.— Rev. Española de las Enfermedades del Ap. Digestivo y de la Nutrición. Tomo XVII : 643. 1951.
2. Allison, P. R.: Peptic Ulcer of the Esophagus. Thorax: 3 : 20. 1948.
3. González Ayala, Abraham: Esofagitis Péptica. Rev. Gastroenterología, México. 16 : 201. 1957.
4. Beasconsfield, Peter.: Reflux Esophagitis: its diagnosis and treatment. Gastroenterology 20 : 369. July, 1953.
5. Benedict, E. B. y Sweet, R. H.: Benign stricture of the esophagus. Gastroenterology 5 : 618. 1948.
6. Benedict, E. B.: Benign stenosis of the esophagus. The Am. J. Digest Dis. 10 : 570. Jun., 1961.
7. Bockus, Henry, L.: Gastroenterología. Tomo I : 81. 1948.
8. Boshier, L. M. Jr. y Taylor, F. H.: Heterotopic gastric mucosa in esophagus with ulceration and stricture formation. J. Thoracic Surg. 21 : 306 March, 1951.
9. Brown, C. E.: Dietary ulcers of the esophagus of the rate. Am. J. Path : 785. Sep., 1945.
10. Cantor, M. O.: Perforation of ulcer 3 years after total gastrectomy (for cancer) case. Am. J. Digest. Dis. 20 : 210. July, 1953.
11. Coffey, J. H., Dravin, J.: Perforated esophageal ulcer Am. J. Digest. Dis. 18 : 285. Sep., 1951.
12. Cornell, Albert y Winkelstein, Asher: Partial gastric resection for peptic ulcer of the esophagus. Gastroenterology. 16 : 721. 1950.
13. Conklin, W. H.: Esophageal ulcer eroding into left ventricle with fatal hemorrhage. Am. Heart J. 52 : 922. Dec., 1956.

14. D'Alotto, Victoriano: Esofagitis por reflujo. Temas de Gastroenterología. 2º Congreso Argentino de Gastroenterología. 743.
15. Ferguson, Sanchez Palomera, Yoshio Sako, Clatworthy, W. Toon y Wangestein: Studies on esophagitis experimental. Surgery 6 : 1022. Dec., 1950.
16. Malone Carver, Gordon, Jr.: Hiatus Hernia, Peptic Esophagitis and Peptic ulcer. Surgery Gynecology and Obstetrics. Jan., 1958 : 77.
17. Bacigalupo, Félix: Ulcera péptico del Esófago. Rev. Méd. Chile, 79 : 402. 1951.
18. Harth, Philip H. and Ary Van Der Sar: Ulceración aguda del esófago asociada con cuerpos de inclusión nuclear. Gastroenterology 16 : 724. 1950.
19. Jackson, Chevalier: Peptic ulcer of the esophagus. Am. J. Digest. Dis. 1929.
20. Jiménez Díaz, C.: Lecciones de Patología Médica. Tomo V.
21. Leger L., Gaultier, Michael, Bertrand, Ivan y Masse, Philippe: Ulcere Benign de L'Oesophage. Presse Med. 59 : 944. 1951.
22. Lust, F. J. y Peskin A. R.: Roentgenologic diagnosis of peptic ulcer of the esophagus. Vol. 1 : 321. 1958.
23. Minoru M. D., Kingo Oshida: The association of esophageal, gastric and duodenal ulcer. Gastroenterology 36 : 57. Jan., 1959.
24. Montgomery Deaver, J. y Mc Alpine, Robert E.: Concomitant pyloric and esophageal obstruction due to peptic ulcer. Surgery 31 : 732. May, 1952.
25. Morton D. R. y Brunshwig: Peptic ulcer of the esophagus. Gastroenterology 7 : 314. Set., 1943.
26. Nasio, Juan: Ruptura del esófago. Rev. Española de las Enfer. del Ap. Digest. y de la Nutrición 17 : 222. 1958.
27. Naulleau, J. y Sarozin, A.: Ulcere peptique de L'Oesophage. J. Radiologie, Delectrologie et de Medicine Nucleaire. 30 : 704. 1949.
28. Nardi, G. L.: Perforation of aorta by benign ulcer. New England J. Med. 248 : 820. 1953.
29. Nereu de Almeyda, Jr. Silva Guimaraes: Ulcera peptica do Esofago O'Hospital. 39 : 847. 1951.
30. Romos, Pedro: Ulcera péptica del esófago. Rev. de Gastroenterología (Méjico). Vol. 10. 1945.
31. Ramos Mejía, Manuel R., Sabagh, Ricardo A.: Esofagitis por reflujo: fisiopatología, diagnóstica y evolución. Rev. de la Fac. de Ciencias Médicas de la Univ. de Córdoba. 8 : 207. Jul-Sep., 1960.
32. Ramos Mejía, Manuel R.: Esofagitis por reflujo. Temas de Gastroenterología. 4º Cong. Argent. de Gastroenterol. 733.
33. Resano, J. H.: Etude clinique et chirurgicale du brachi-oesophage. Sem. Hopitaux de Paris 21 : 931. 1950.
34. Rezende Alves, Joao de: Ulcera Peptica do Esofago. Brasil Médico 9 a 21 : 61. Marco-Moio, 1950.
35. Rankin, L. M.: Perforated ulcer of esophagus following a burn. Am. J. Surg. 67 : 134. Jan, 1945.
36. Simler, M., Wahl R. y Weill, J. P.: Ulcere de L'Oesophage. Aspects radiographiques et radiocinematographiques J. Radiologie D'Electrologie et de Medecine Nucleaire. Tomo 42. Nº 3 - 4. 1961.
37. Sullivan, B. H., Jr. Geppert, Leo H. y Ronson, Robert J.: Esophageal ulcer in very young infants. A.M.A. Am J. Dis. Chil. 87 : 49 Jan., 1954.

38. Stone, John y Friedberg, Stanton A.: Obstructive Syphilitic esophagitis. J.A.M.A. 10 : 711. 1951.
39. Schipp, J. C., Sidel V. M. Donalson R. M., Jr. y Grey S. J.: Serious complications of Peptic Ulcer Acute Myocardial Infarction. New England J. of Medicine 5 : 261. 1959.
40. Terracol J. y Sweet, Richard H.: Diseases of the esophagus. Vol. 1 : 321. 1958.
41. Thomson J. D.: Spontaneous perforation of the esophagus. Glasgow Med. Jour. 31 : 151. 1950.
42. Thomseng: Peptic ulcer of the esophagus. Acta Rac. 32 : 192. Set., 1949.
43. Vicuña, R.: Exploración Clínica del Aparato o Sistema Digestivo. Texto. Pág. 110.
44. Wolf, Bernard S., Marshak, Richard H., Som, Max L., y Winkelstein, Asher: Peptic esophagitis, peptic ulcer of the marginal oesophagogastric ulcer. Gastroenterology 29 : 744. Nov., 1955.
45. Wolfson, W. H. y Greenberg, M. W.: Benign ulcer associated of the esophagus with acetanilid poisoning. J.A.M.A. 152 : 910. Jul., 1953.
46. Cleaver, E. E.: Chronic ulceration of the esophagus. Am. J. Digest. Dis. 10 : 319. Set., 1943.
47. Bernassi: La úlcera péptica del esófago. Arch. Italiano delle Malata Apparato Digestivo. 14 : 1948.
48. Chamberlin, D. T.: Peptic ulcer of the esophagus. Am. J. Digest Dis. 5 : 1939.
49. Díaz F., y Riera, M.: Úlcera Péptica del Esófago. Rev. Méd. de Chile. 73 : 1053. 1945.
50. Rodríguez, L. E. : Úlcera Péptica del Esófago. Rev. Méd. de Chile. 75 : 685. 1947.