

Esofagitis no asociadas a reflujo

A. Pariente

Las esofagitis no asociadas a reflujo tienen múltiples causas. Además de los síntomas esofágicos (dolores esofágicos y disfagia, principalmente), suelen acompañarse de signos generales (fiebre, adelgazamiento, etc.) y, a veces, extraesofágicos. La endoscopia suele ser necesaria para el diagnóstico y debe incluir múltiples biopsias escalonadas, aunque no exista una lesión evidente, así como, en algunas ocasiones, la toma de muestras para su análisis microbiológico. En este artículo, se describen sucesivamente las esofagitis infecciosas (sobre todo micóticas y virales) asociadas o no a una inmunodepresión, las farmacológicas, las cáusticas, las postirradiación, la esofagitis eosinofílica y otras causas más inusuales.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Esofagitis infecciosa; Esofagitis micótica; *Candida*; Esofagitis viral; Herpes; CMV; Esofagitis farmacológica; Esofagitis cáustica; Esofagitis postirradiación; Esofagitis eosinofílica; Liquen esofágico

Plan

■ Introducción	1
■ Esofagitis infecciosas	1
Cuándo se debe sospechar una esofagitis infecciosa	1
Diagnóstico de una esofagitis infecciosa	1
Tratamiento de las principales esofagitis infecciosas (excepto las inmunosupresiones graves)	2
■ Esofagitis farmacológicas y tóxicas	2
Esofagitis farmacológicas	2
Esofagitis cáusticas	2
Esofagitis por irradiación	2
■ Esofagitis alérgicas/inmunológicas	3
Esofagitis eosinofílica (EE)	3
Liquen esofágico	3
Pénfigo y pénfigoide ampoloso	3
Esofagitis y enfermedades autoinmunitarias	3
Afectación esofágica de la enfermedad de Crohn	3
Enfermedad de Behçet	3
■ Esófago negro (o necrosis aguda esofágica)	3

■ Introducción

Las esofagitis no asociadas a reflujo son esofagitis de origen infeccioso, cáustico, iatrogénico o «inflamatorias primitivas» (esofagitis eosinofílica, esofagitis linfocítica, enfermedad de Crohn).

■ Esofagitis infecciosas ^[1]

Cuándo se debe sospechar una esofagitis infecciosa

La disfagia puede ser dolorosa (odinofagia).

El ardor esofágico aparece con la deglución y es diferente de una pirosis ascendente.

Las esofagitis infecciosas pueden ser asintomáticas y detectarse ante un cuadro de fiebre o de alteración del estado general, tras descubrir otra localización (bucal) o al estudiar la enfermedad causal.

Las hemorragias son excepcionales y las perforaciones y fístulas (tuberculosis), aún más.

Con frecuencia, existe un factor favorecedor: antibioticoterapia antibacteriana (micosis), inmunosupresión (virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], quimioterapia, corticoterapia general o inhalada), diabetes mellitus, alcoholismo, edad avanzada.

Diagnóstico de una esofagitis infecciosa

Cuando existe un muguet bucal típico en un enfermo sintomático e inmunodeprimido, el diagnóstico de candidiasis esofágica es clínico.

En los demás casos, la endoscopia complementada con la recogida de muestras para su estudio histopatológico (con tinciones especiales e inmunohistoquímica si es necesario) y microbiológico permite establecer el diagnóstico y descartar una lesión sobreinfectada (principalmente tumoral).

En la *esofagitis micótica* (principalmente causada por *Candida* spp.), el aspecto es el de un muguet, con seudomembranas convergentes que raras veces presenta un aspecto vegetante, de ulceración o de estenosis. La esofagitis micótica está favorecida por la estasis (estenosis tumoral, acalasia) y por una antibioticoterapia antibacteriana.

En la *esofagitis herpética*, se observan múltiples erosiones, a veces suspendidas; las lesiones orofaríngeas sólo están presentes en un 20% de los casos.

También es posible observar una afección esofágica en las infecciones provocadas por el *virus de Epstein-Barr* (VEB).

En la *esofagitis por citomegalovirus* (CMV), se pueden observar placas congestivas, ulceraciones lineales o incluso una gran úlcera distal.

En la tuberculosis, se observa una ulceración con reborde elevado y, en algunas ocasiones, una estenosis.

En un cuadro de *síndrome de inmunodeficiencia adquirida* (SIDA) y sin una causa aparente, es posible encontrar úlceras esofágicas que pueden ser gigantes o lesiones mixtas (CMV + *Candida*, por ejemplo); también es posible observar durante la primoinfección una lesión ulcerada transitoria.

Existen otras causas de esofagitis, pero son excepcionales: aspergilosis, histoplasmosis, blastomicosis, actinomicosis, sífilis, leishmaniosis, nocardiosis, enfermedad de Chagas (producida por *Trypanosoma cruzi*).

Tratamiento de las principales esofagitis infecciosas (excepto las inmunosupresiones graves)

El tratamiento de elección para las candidiasis esofágicas es el fluconazol en polvo para suspensión (100 mg/d durante 5-10 días).

Las esofagitis herpéticas pueden tratarse con aciclovir (cápsula o suspensión, 200 mg × 5/d durante 5-10 días) o con valaciclovir (500 mg × 2/d durante 5-10 días).

■ Esofagitis farmacológicas y tóxicas ^[1]

Esofagitis farmacológicas

Las esofagitis farmacológicas, favorecidas por la ingesta de medicamentos sin agua o con muy poca cantidad («en seco») antes de acostarse, así como por la existencia de trastornos motores esofágicos (muy inconstantes), se manifiestan por la brusca aparición de un dolor intenso retroesternal, que se irradia hacia atrás y se asocia a una odinofagia y/o a pirosis intensa en algunas ocasiones. Las circunstancias de su aparición, el comienzo abrupto y la identificación del medicamento responsable facilitan en gran medida el diagnóstico.

“ Punto fundamental

Principales medicamentos responsables de una esofagitis (lista no exhaustiva)

- Ciclinas
- Bifosfonatos
- Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)
- Vitamina C
- Cloruro de potasio
- Bromuro de pinaverio
- Sales de hierro
- Quinidina
- Nelfinavir
- Quimioterapia antineoplásica

En estos casos, está indicada la endoscopia, que muestra lesiones variables: desde ulceraciones superficiales suspendidas hasta una esofagitis pseudomembranosa extensa (bifosfonatos). Las complicaciones graves como estenosis, perforaciones, fístulas o hemorragias son inusuales.

El tratamiento consiste en suspender el medicamento causante, administrar anestésicos locales, analgésicos generales o incluso morfínicos, así como en una hidratación venosa si la deglución resulta imposible. La utilidad de los inhibidores de la bomba de protones (IBP) no ha sido demostrada. Los síntomas suelen desaparecer al cabo de 1-2 semanas.

Esofagitis cáusticas ^[2]

Las esofagitis cáusticas se deben a la ingestión accidental o intencional de agentes cáusticos, como la *lejía* o la *sosa cáustica*. La identificación del tipo de cáustico puede ser difícil, por lo que en algunos casos es conveniente llamar a un centro toxicológico.

El diagnóstico suele ser evidente cuando aparecen dolores retroesternales o epigástricos asociados a odinofagia, náuseas, a veces hematemesis, ardores bucales o incluso una disnea laríngea; resulta más difícil si el enfermo se encontraba solo en el momento de la ingestión y es hallado en coma.

Es absolutamente necesario llamar de inmediato al servicio de urgencias y, mientras llegan, colocar al enfermo en decúbito lateral izquierdo y asegurarse de que las vías respiratorias estén libres. No se debe provocar el vómito ni hacer beber.

Principios del tratamiento en un centro hospitalario

Hay que valorar la gravedad de acuerdo con criterios:

- clínicos (naturalaleza y cantidad del cáustico ingerido, shock, trastornos psíquicos, dificultad respiratoria);
- analíticos (acidosis metabólica, hipoxemia, hipoglucemia, coagulopatía);
- radiológicos (radiografía pulmonar y simple de abdomen, tomografía computarizada [TC] en busca de un neumoperitoneo que reflejaría una perforación gástrica, de un neumomediastino o de una pleuresía que haría sospechar una perforación esofágica);
- endoscópicos (bajo anestesia general, si no hay perforación). La endoscopia de urgencia, tras la reanimación si fuera necesaria, permite clasificar las lesiones esofágicas y gástricas del eritema a la necrosis, así como precisar su extensión; se complementa con una endoscopia bronquial si las lesiones esofágicas son de moderadas a graves, sin olvidar la búsqueda de intoxicaciones asociadas.

Principios terapéuticos

Cuando se trata de enfermos que presentan lesiones *mínimas* o *moderadas*, se suspende la alimentación oral durante un período más o menos breve, después de un control endoscópico a los 7 días del accidente.

Los enfermos con *lesiones de necrosis grave* y/o *signos de gravedad* en la clínica y en la analítica, son operados de urgencia o tras una reevaluación realizada a las 24 horas (según la localización de las lesiones esofagogástricas: gastrectomía total, gastrectomía con esofagectomía hasta zona sana o esofagogastrectomía total por *stripping*). Más adelante, se plantean las plastias (con estómago o colon derecho).

Los enfermos con lesiones de moderadas a graves son reevaluados alrededor de 3 meses después, para determinar las secuelas. Las *estenosis* pueden tratarse mediante dilataciones endoscópicas repetidas, asociadas a tratamientos a largo plazo con IBP y, a veces, con la implantación de prótesis extraíbles. Es necesario realizar un seguimiento endoscópico a largo plazo con biopsias, para poder detectar la posible aparición de un carcinoma epidermoide.

Cuando se trata de un intento de suicidio, es indispensable un tratamiento psiquiátrico a largo plazo.

Esofagitis por irradiación ^[3]

La esofagitis es muy frecuente en caso de irradiaciones torácicas (cánceres broncopulmonares y esofágicos, fundamentalmente).

Se manifiesta por una odinofagia que puede dificultar en gran medida la alimentación. Puede estar asociada a una sobreinfección (cf supra).

El tratamiento es sintomático (régimen mixto o líquido, incluso alimentación enteral) y anestésico tópico; no se ha demostrado el efecto protector de la amifostina.

La formación de fístulas (fístula esofagotraqueal, mediastinitis), más relacionada con el vaciado tumoral que con la inflamación

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465468>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465468>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)