

Imagen del mes

*Juan Pablo Ortega R.¹, María Carolina Cuellar G.¹, Daniel Cisternas C.¹,
Adolfo Parra B.¹, Vitor Nunes A.² y Arnaldo Riquelme P.¹*

Image of the month

¹Departamento de Gastroenterología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
²Unidad de Endoscopia Digestiva, Facultad de Medicina Universidad Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Recibido: 13 de enero de 2013
Aceptado: 26 de febrero de 2013

Correspondencia a:

Dr. Juan Pablo Ortega Rojas
Departamento de Gastroenterología
Escuela de Medicina
Pontificia Universidad Católica de Chile,
Santiago, Chile.
Dirección: Marcoleta 367, Santiago, Chile.
Tel: (+56 2) 23543820
Fax: (+56 2) 26397780
E-mail: ortegajp1@hotmail.com

Mujer de 38 años con antecedentes de enfermedad indiferenciada del tejido conectivo de predominio esclerodermia, con historia de cuatro años de disfagia lógica progresiva, sin estudio endoscópico previo.

Se solicitó endoscopia digestiva alta (EDA), sin lograrse la intubación del esófago con endoscopio

convencional (EG 530 Fujifilm, Japón con calibre de 9 mm). Se citó para segundo procedimiento con endoscopio ultrafino (EG 530N Fujifilm, Japón, con calibre de 5,9 mm de diámetro).

En esta oportunidad el examen endoscópico evidenció el siguiente hallazgo:

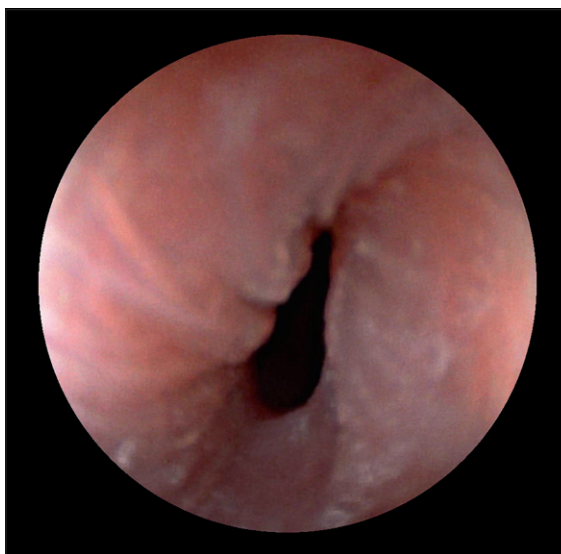


Figura 1. Imagen endoscópica esófago cervical.

¿Cuál sería su diagnóstico?

Se evidenció una disminución concéntrica del lumen esofágico compatible con una membrana esofágica (ME), de tal magnitud que impidió el paso del endoscopio ultrafino (EG 530N). Se logró pasar una guía de 0,035 pulgadas (0,08 cm) y se dilató con bujías Savary hasta 9 mm (Figuras 2, 3a y 3b). Posteriormente, se logró la introducción del endoscopio y se observaron algunos anillos sutiles en tercio distal del esófago (Figura 4). Se tomaron biopsias que mostraron una esofagitis leve e inespecífica y se descartó

una esofagitis eosinofílica. La bioquímica sanguínea no mostró alteraciones relevantes, anemia ni déficit de hierro, con lo que se descartó el síndrome de Plummer Vinson, como causa de la membrana esofágica.

Se realizó una segunda sesión de dilatación a las tres semanas; en esta oportunidad con endoscopio convencional (EG 530 FP Fujifilm, Japón con calibre de 8,5 mm). No se logró franquear membrana esofágica. Se pasaron dilatadores de 9 y 11 mm, con lo que se logró el paso del instrumento.

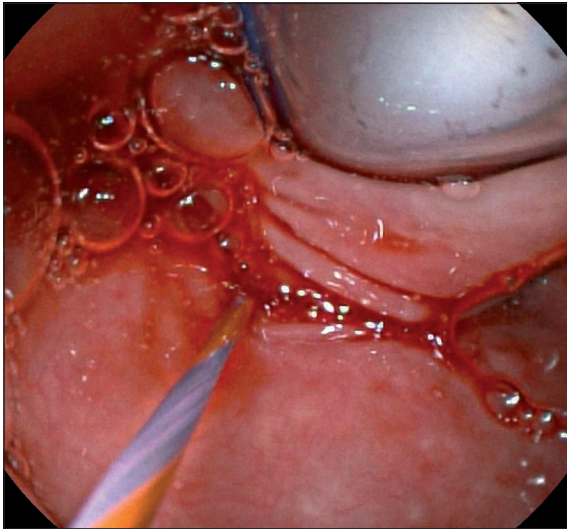


Figura 2. Dilatación esófago cervical con guía de 0,035 pulgadas (0,08 cm).

En una tercera sesión se utilizó un dilatador de 12,8 mm y se logró el paso del endoscopio sin dificultad.

La paciente evolucionó sin disfagia, logrando comer sin problemas alimentos como carne y pan, lo que se acompañó de un incremento ponderal de 6 kilos (IMC de 20 a 22,5) post dilatación.

Con posterioridad se obtuvieron resultados de una manometría esofágica que mostró una obstrucción esofágica alta (Figura 5a) y de una videofluoroscopia que evidenció hallazgos compatibles con una membrana esofágica cervical anterior (Figura 6). Ambos exámenes fueron realizados previos a la dilatación endoscópica.

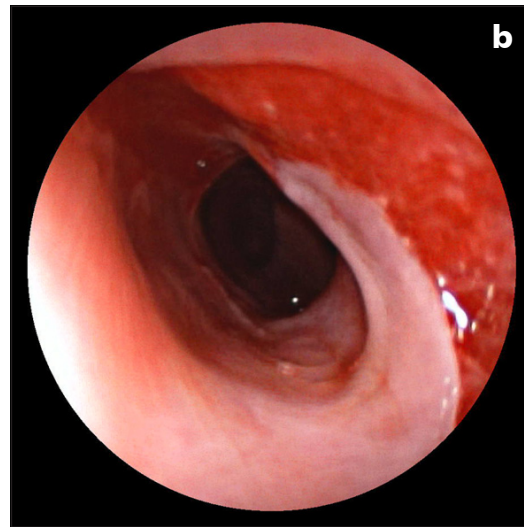
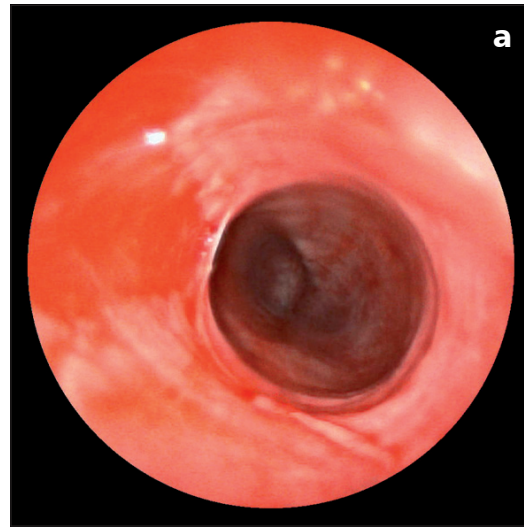
Posterior a la dilatación se realizó una manometría de control que no mostró la zona de hiperpresión. (Figura 5b).

Comentario

La membrana esofágica corresponde a un pliegue mucoso delgado (2-3 mm) y frágil, que protruye hacia el lumen esofágico y que está recubierto por epitelio escamoso. Suele tratarse de una lesión única y se ubica en el esófago cervical, por cara anterior, pudiendo tener una naturaleza excéntrica o concéntrica.

Se desconoce su prevalencia, pero se ha descrito hasta en un 5-15% de los esofagogramas realizados para estudio de disfagia. En una serie de 500 casos de estenosis esofágicas benignas, 1,2% de los casos correspondieron a ME². Es más frecuente en mujeres con una relación 4:1³.

Suelen ser asintomáticos, sin embargo, cuando su crecimiento determina una estenosis significativa



Figuras 3a y 3b. Esófago cervical post dilatación.



Figura 4. Esófago medio y distal, sin lesiones con mucosa de aspecto "anillado"

Imágenes en Gastroenterología

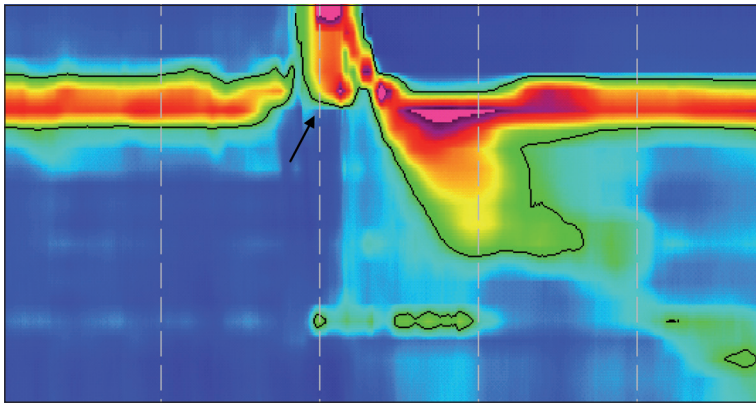


Figura 5a. Imagen de deglución de 5 mL con manometría de alta resolución. Se aprecia una zona de presurización que va desde la onda de contracción faríngea hasta un punto ubicado a la altura del cricofaríngeo, compatible con una obstrucción a este nivel (flecha). (ventana de 8 seg Isobara en 30 mmHg).

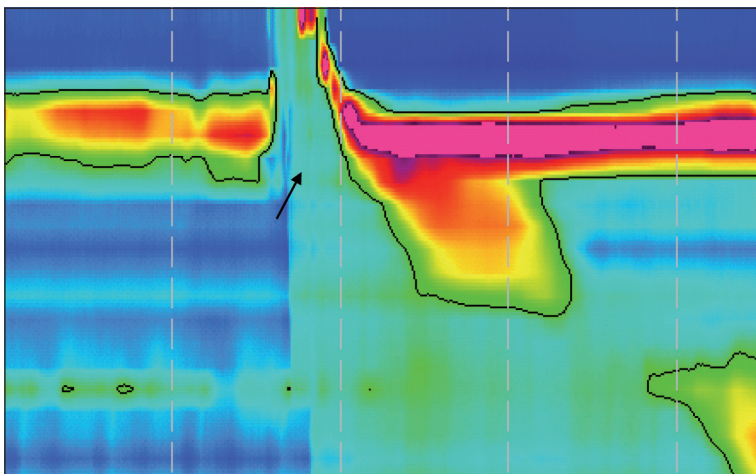


Figura 5b. Imagen de deglución de 5 mL con manometría de alta resolución. Se aprecia una deglución normal con desaparición de zona de presurización descrita en examen previo al procedimiento (Isobara en 30 mmHg).

(menos de 14 mm), pueden producir disfagia lógica, atascamiento de alimentos o píldoras. A su vez en contexto de intolerancia alimentaria, puede haber baja de peso.

El test diagnóstico de elección para la detección de ME es la videofluoroscopia con técnica columna llena (decúbito prono más maniobra de Valsalva), con un rendimiento cercano a 100%^{4,5}. Por su parte, la endoscopia digestiva alta tiene una sensibilidad bastante menor, la que aumenta a medida que la estenosis se hace significativa⁴, siendo fundamental para descartar otras etiologías, entregando la posibilidad de toma de biopsias.

El diagnóstico diferencial debe plantearse con el anillo esofágico, estructura de morfología similar, pero que se diferencia en su ubicación preferencial en

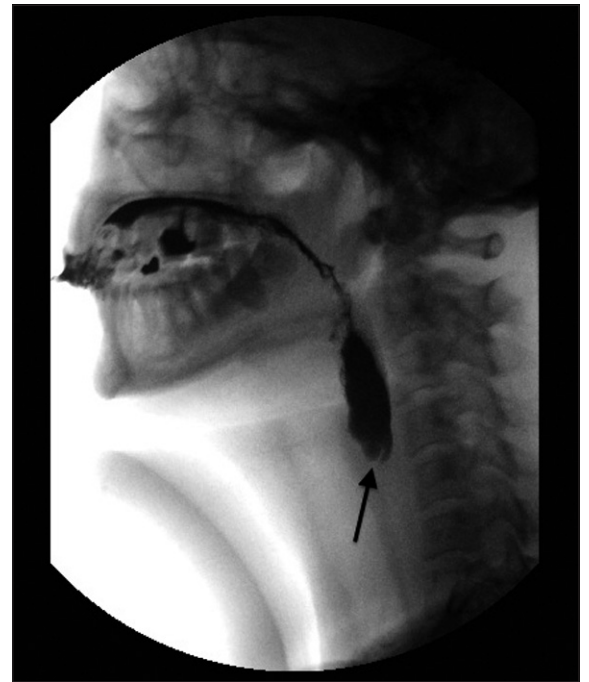


Figura 6. En el aspecto anterior del esófago cervical se identifica un defecto de llenado lineal, a nivel del cuerpo cervical C5-C6 (flecha), que determina una significativa disminución del calibre esofágico con un lumen regular, hallazgo compatible con una membrana esofágica (web).

el esófago distal, próximos a la unión gastroesofágica. Se reconoce el tipo A que es secundario a hipertrofia muscular del cuerpo esofágico, cuyo calibre suele variar con la peristalsis y el tipo B o anillo de Schatzki de estructura mucosa, cuya cara proximal está recubierta por epitelio escamoso, mientras que la distal por epitelio columnar⁶.

Dentro del diagnóstico diferencial también debe considerarse la esofagitis eosinofílica, en la que pueden observarse múltiples anillos concéntricos a lo largo de todo el esófago y las estenosis de origen péptico, químico o actínicas.

La patogénesis de la membrana esofágica es desconocida, pero se ha asociado a una serie de patologías como la deficiencia de hierro (síndrome Plummer Vinson), epidermólisis bulosa, pénfigo buloso, pénfigo vulgar y esofagitis descamativa en pacientes con enfermedad de injerto *versus* huésped.

El tratamiento debe plantearse en pacientes en que los síntomas sean atribuibles a la presencia de la ME. Síntomas leves pueden ser tratados con modificaciones de la dieta y cambios del estilo de vida; comiendo alimentos blandos (como pastas, verduras y carbohidratos), cortando los alimentos sólidos en trozos más pequeños, y comer lentamente. Se les enseña a los pacientes a fraccionar las píldoras en partes

más pequeñas, a evitar el decúbito supino al menos 30 min después de la ingestión de la píldora y a tomar abundante líquido. Con estas medidas se previene la esofagitis inducida por píldora.

Si estas medidas conservadoras no mejoran la disfagia, la terapia de elección es la dilatación esofágica con dilatadores tipo Savary o Maloney, ambos igualmente eficaces y seguros, pudiendo realizarse también con balón⁷, aunque muchas veces la ME es rota de forma incidental durante la EDA diagnóstica. La mejoría sintomática suele ocurrir rápidamente post procedimiento. No es inhabitual que se requiera de más de una sesión para lograr remitir la disfagia.

El estudio de bario post dilatación puede revelar una ME persistente a pesar del alivio de los síntomas.

En los raros casos refractarios a dilatación se puede recurrir a incisión eléctrica o con láser⁸, incluso recurrir a resección quirúrgica⁹. Se ha utilizado Nd: YAG láser (neodimio: itrio, aluminio, granate) con éxito en pacientes refractarios a las dilataciones¹⁰.

En pacientes con patologías asociadas, tales como déficit de hierro, enfermedades inflamatorias, o enfermedad de injerto *versus* huesped, tratar la enfermedad de base es primordial.

En cuanto al riesgo de recurrencia; no existen publicaciones en pacientes con ME sometidos a dilataciones. Aunque no es extrapolable, existen series prospectivas con seguimiento de pacientes con anillos esofágicos que han demostrado que los síntomas de recurrencia de disfagia son comunes^{11,12}. Una serie analizó 61 pacientes que fueron seguidos por un promedio de seis años¹¹. La recurrencia de la disfagia que requirió dilatación ocurrió en 63% de los pacientes. Otra serie evaluó 33 pacientes después de la dilatación con > 50 French: el porcentaje de pacientes que estaban asintomáticos fue de 68% al año, 35% a los dos años y sólo 11% a los cinco años¹². En conjunto, estos estudios sugieren que la recurrencia de los síntomas después de la dilatación es probablemente la regla y no la excepción y deben anticiparse al cabo de un año. Sin embargo, no existe una recomendación al respecto en casos de pacientes con ME, por lo que aconsejamos evaluar cada caso de manera individual.

Los síntomas relacionados con el reflujo gastroesofágico, son bastante comunes en los pacientes con anillos y ME, pero incluso en pacientes sin síntomas de reflujo, la supresión ácida puede reducir el riesgo de recurrencia de ambas^{13,14}.

Referencias

- 1.- Smith MS. Diagnosis and management of esophageal rings and webs. *J Gastroenterol Hepatol* 2010; 6: 701-4.
- 2.- Andreollo NA, Lopes LR, Inogutti R, Brandalise NA, Leonardi LS. Tratamento conservador das estenoses benignas do esofago através de dilatacoes. *Análise de 500 casos. Rev Ass Med Brasil* 2001; 47: 236-43.
- 3.- Chung S, Roberts-Thomson IC. Gastrointestinal: upper oesophageal web. *J Gastroenterol Hepatol* 1999; 14: 611.
- 4.- Ott DJ, Gelfand DW, Lane TG, Wu WC. Radiologic detection and spectrum of appearances of peptic esophageal strictures. *J Clin Gastroenterol* 1982; 4: 11-5.
- 5.- Klifto EJ, Allen SK, Metzman M, Chase PJ. Plummer Vinson Syndrome: report of a case and review of the literature. *J Am Osteopath Assoc* 1983; 83: 56-9.
- 6.- Schatzki R. The Lower Esophageal Ring. Long term follow up of symptomatic and asymptomatic rings. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1963; 90: 805-10.
- 7.- Demirci F, Savas MC, Kepkep N, Okan V, Yilmaz M, Büyükberber M, et al. Plummer-Vinson syndrome and dilation therapy: a report of two cases. *Turk J Gastroenterol* 2005; 16: 224-7.
- 8.- Roy GT, Cohen RC, Williams SJ. Endoscopic laser division of an esophageal web in a child. *J Pediatr Surg* 1996; 31: 439-40.
- 9.- Kitahara S, Ohmae Y, Ogura M, Matumura Y. The operation of upper esophageal web in Plummer-Vinson syndrome: a case report. *Auris Nasus Larynx* 1999; 26: 495-500.
- 10.- Hubert G, Patrice T, Foultier MT, Le Bodic L. Dysphagia and Schatzki ring: treatment using the Nd-YAG laser in 14 patients. *Gastroenterol Clin Biol* 1990; 14: 186-7.
- 11.- Groskreutz JL, Kim CH. Schatzki's ring: long-term results following dilation. *Gastrointest Endosc* 1990; 36: 479-81.
- 12.- Eckardt VF, Kanzler G, Willems D. Single dilation of symptomatic Schatzki rings. A prospective evaluation of its effectiveness. *Dig Dis Sci* 1992; 37: 577-82.
- 13.- Sgouros SN, Vlachogiannakos J, Karamanolis G, Vassiliadis K, Stefanidis G, Bergele C, et al. Long-term acid suppressive therapy may prevent the relapse of lower esophageal (Schatzki's) rings: a prospective, randomized, placebo-controlled study. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 1929-34.
- 14.- Marks RD, Richter JE. Peptic strictures of the esophagus. *Am J Gastroenterol* 1993; 88: 1160-73.