

## La Úlcera Péptica del Esófago (\*)

Drs. Fernán Díaz y Melchor Riera

(Hospital San Francisco de Borja. Instituto de Roentgenología  
"Heegewaldt")

La úlcera péptica del esófago (U.P.E.), reconocida primero por Alberts (1833), poco después de Cruveilhier, precisara el cuadro anatómico de la úlcera gástrica péptica crónica (1829), no es una enfermedad frecuente. Hasta que Friedenwald y col. en 3 928 presentan la primera serie de importancia formada por casos en que hubo un diagnóstico radiológico, la U.P.E. es revelada casi exclusivamente por los patólogos, quienes valoran su frecuencia de manera muy distinta. Así Gruber encontró en 4.208 autopsias, 140 úlceras pépticas digestivas (4,2 por ciento), de las que 6 eran del esófago (2H. y 4M.), esto es, una frecuencia de 0,14%. Tileston reunió 40 U.P.E. en la literatura hasta 1906, de las que un 60% estaba en el esófago exclusivamente; un 17% en la zona cardioesofágica; en un 33%, la U.P.E. se asociaba a úlceras pépticas gástricas o duodenales. Cantieri en 1910 reúne 62 casos de la literatura y 6 propios de los que el 66% eran hombres y 40% sobre 50 años. En 1919, Hellman se refiere a 26 casos seguros, 21 de los cuales murieron por perforación; en este grupo hubo tantos hombres como mujeres. Por último debe mencionarse aquí la casuística de Jackson aunque no basada en material de autopsias, sino en 4.000 esofagoscopías de pacientes con molestias esofágicas, porque en ningún caso hubo un hallazgo radiológico previo 1929: encontró 21 úlceras activas y 69 curadas.

En esta época (1928), Friedenwald, Feldman y Zinn publican una importante serie de 13 casos de U.P.E. diagnosticadas radiológicamente y precisan los signos que hacen posible el hallazgo previo a la endoscopia. Desde entonces se suceden las comunicaciones en número creciente, en las que se llama la atención sobre

---

\* Comunicación a la Sociedad Médica de Santiago, en Sesión del 14 de Septiembre de 1945.

3o.)—Se necesita reunir varios de ellos para plantear este diagnóstico.

4o.)—Es necesario que el médico perfeccione su habilidad semiológica para descubrir ciertos signos y para interpretar otros.

5o.)—En casos de duda debe saber asesorarse de técnicos competentes y solicitar de ellos las investigaciones complementarias que le permitan resolver sus dudas.

Sólo así podremos perfeccionar el diagnóstico de la insuficiencia cardíaca y aconsejar el tratamiento adecuado.

la importancia de la exploración roentgenología para el diagnóstico de U.P.E., demostrando, al mismo tiempo, que si bien la lesión no es un hallazgo frecuente, tampoco es rara o excepcional, como parecía serlo para los patólogos, hasta el punto que, a base de estadísticas de gran material, puede aceptarse que hay í U.P.E. por cada 30 U.P. gástricas. Especial mención merece la reciente comunicación de Cleaver sobre 10 casos personales. Nuestra publicación se refiere a 7 pacientes.

#### Caracteres generales

Casi sin excepción, la U.P.E. asienta en el 1/3 distal del esófago y dentro de este segmento, poco encima del cardias o a nivel del hiatus diafragmático. Aunque a niveles más altos las úlceras son posibles y se encuentran, en su mayoría no son úlceras por acción péptica, si no reconocen otras causas como las úlceras de decúbito por la aplicación de la laringe contra la" columna vertebral en pacientes que guardan cama largo tiempo, o en el contacto de la sonda con el esófago, durante una intubación descompresora del estómago o intestino. De ordinario son úlceras pequeñas y únicas; rara vez múltiples pequeñas úlceras se hacen confluentes dando una pérdida de substancia en el cinturón, o adquiriendo grandes tamaños. En general la U.P.E. es más bien penetrante que extensiva, y a diferencia de la U. G. infundibuliforme, y sus bordes son precisos, cortados, o en las de más larga duración, indurados, gruesos e irregulares. La curación ocurre con cicatrización estenosante en mayor o menor grado. Desde hace tiempo se señala la frecuencia coexistente de espasmos del esófago terminal, en U.P.E. y esta disfunción favorece, como es obvio, la persistencia de la ulceración.

#### Etiología

En cuando a la etiología de la U.P.E- los siguientes hechos han sido señalados: a) Acción digestiva del jugo gástrico que se pone en contacto con el esófago por retroceso anormal, y que generalmente es hiperclorhídrico; o de jugo péptico secretado por mucosa gástrica heterotópica incluida en mucosa esofágica. Esto\*<sup>1</sup> último es señalado desde antiguo por Fraenckel, Glinski, Rucke, Schaffer, Schridde, Schawalbe, Tilesto, y recientemente por Hueck, Feldman y Bockus. b) Toda condición que lleve a una disfunción cardial permitiendo el retroceso del jugo gástrico, tiene importancia. Así sucede en pacientes con una entenosis pilórica, gastro-ectasia secundaria y rebalse cardial, o en casos de hernias gástricas diaframáticas, o en esófago corta-estómago torácico; o espasmos del esófago inferior; c) Se señala también una condición histológica no bien determinada, pero que seguramente expresa una menor valencia parietal ante la acción digestiva, como es

la que crean trombosis de los vasos de la pared, o várices esofágicas. En este sentido se llama también la atención sobre la U.P.E. después de cauterizaciones extensas del órgano, d) El hecho sugestivo observado antes por patólogos de la asociación de la U.P.E. con U.P.G-D, (hasta un 33% en la serie de Hellman y un 41,7% en una serie de Dick y Hurst (cit. por Feldman) encuentra su expresión en el sentido de "terreno o diátesis" que favorece en ciertos sujetos, la aparición de úlceras pépticas digestivas, e) La esofagitis es mencionada como un factor cuyo valor se desconoce por unos, y por otros simplemente como un estado acompañante (caso de Schatzki, cit. por Asaman y Benedict).

#### Sintomatología

Los síntomas señalados en la U.P.E. son los siguientes: a) Dolor (frecuencia 84%) de variable intensidad, a veces quemante, de localización retro-xifoidea con irradiación esternal o retroesternal con irradiación cervical o al dorso y hombros. El dolor coincide con la deglución o la sigue más o menos inmediatamente, pero siempre aumenta con este acto. Su tardía reaparición sugiere la coexistencia de una U.P.G-D, Pero hay casos de U.P.E. con dolor tardío y sin irradiación, b) La disfagia es constante para unos, pero hay quienes mencionan su ausencia, c) Vómitos? y sobre todo regurgitación son síntomas de importancia, d) Hay pacientes sin molestias, en que la U.P.E. es un hallazgo o se revela por un accidente.

#### Complicaciones

Las complicaciones registradas son: a) Hemorragia, cuya frecuencia es distinta en la serie de autopsias (53% para Tileston) o series clínicas (23% para Friedenwald y col.). Recientemente Feldman la valora en un 25%; b) Perforación 14% en la serie de Tileston y 80% en la de Hellman ambas en material de autopsias). No ocurrió en 30 pacientes que hacen las series de Friedenwald, Cleaver y la nuestra; c) Estenosis esofágica cicatricial que expresa la curación, o peri-esofagitis adherencial.

#### Diagnóstico

El diagnóstico de la U. P. E. que para el clínico es siempre de probabilidad más o menos posible, puede ser hecho por la exploración roentgenológica o endoscópica. Desde que Jackson (1929) encontró en 4.000 esofagoscopías, 90 úlceras que no fueron halladas por el radiólogo, y desde que Friedenwald y col (1928) publicaron la más importante serie hasta hoy de U. P. E. diagnosticadas radiológicamente, el criterio ha evolucionado hasta la precisión actual de que el diagnóstico radiológico no sólo es posible, sino que debe ser previo a la endoscopia. Naturalmente, "todas las adquisiciones de la técnica de exploración radiológica

del esófago deben ser aprovechadas, y en este sentido no es una novedad la práctica de series esofágicas (Ch. Jackson, 1944). No obstante, hay casos en que el examen radiológico es infructuoso. Los signos de la U. P. E. fueron sistematizados de la siguiente manera por Friedenwald y col y han sido revisados muy recientemente, por uno de ellos: a) Signos de espasmo; b) Signos de defectos; c) Retardo del tránsito esofágico, con persistencia del bario en el sector ulcerado; d) Estenosis esofágica, con dilatación por encima; e) Insuficiencia cardial; f) Dilatación del 1/3 distal del esófago. En especial los dos primeros signos son comentados, y se describen algunas variedades de espasmos (1.—Defecto espástico transitorio o momentáneo; 2.—Defecto espástico infundibuliforme, como el observado en estenosis orgánicas benignas; 3.—Defecto espástico frente al ulcus, análogo a la incisura de la curvatura mayor, por úlcera gástrica de la curvatura menor), y distintos tipos de defecto. (1.—Defectos por ulceración superficial; 2.—Nicho o defecto penetrante; 3.—Nicho profundo o defecto perforante y 4.—Defectos espásticos). De todos estos signos, el nicho es el característico, pero a menudo no se encuentra porque es difícil de demostrar.

Recientemente se ha planteado la cuestión de cuál ha de ser el criterio para el diagnóstico de verdadera U.P.E. En este sentido, Chamberlin establece que tal diagnóstico está justificado, cuando la U.E. no está asociada en otra enfermedad sistemática; cuando es controlada por endoscopia (y eventualmente por la autopsia); cuando la U.E. es crónica; cuando hay ácido clorhídrico libre y cuando sus síntomas son aliviados por el tratamiento para la úlcera péptica gastro-duodenal. Es interesante hacer notar, sin embargo, que la acidez libre puede faltar en la U.P.E. y que una genuina U.P.E. no necesita hacerse crónica. Por nuestra parte hemos visto casos en que la endoscopia no pudo hacer el diagnóstico, no obstante existir el nicho, simplemente por limitación del examen.

En relación con este problema (de cuál es la verdadera U.P.E.) está por otra parte y en otro sentido, la opinión de Benedict, quien dice que a menos que haya un esófago corto-estómago torácico o mucosa gástrica aberrante, el término péptico es inadecuado. Parece desprenderse de esto que 1 a U.P.E. genuina es la que ocurre en un esófago malformado congénito, por la acción del jugo gástrico que tiene especial facilidad para actuar por la situación anormal del estómago, que en realidad se asimila al esófago. En cuanto que haya mucosa gástrica heterotópica en la mucosa esofágica como condición para la U.P.E. verdadera, puede ser de interés recordar que tales islotes de mucosa gástrica serían tan frecuentes (Glinski: hasta el 50% de todas las autopsias microscópicas; un 3-6% macroscópicamente) que se las llega a considerar como variaciones normales. En todo caso, si bien los patólogos habían precisado que en tales islotes de mucosa gástrica

pueden desarrollarse los mismos procesos que en el estómago (cánceres cilíndricos, tuberculosis, úlceras pépticas) hoy han señalado también casos indudables de la U.P.E. genuina (ulcus oesophagi ex digestionem) en mucosa no heterotópica del 1/3 inferior.

### Casuística

Nuestra casuística se refiere a 7 pacientes, 6 hombres y 1 mujer, cuyas edades límites fueron 75 y 17 años. La endoscopia se hizo en 4 enfermos. En esta serie, hemos revisado separadamente los siguientes puntos:

a) Asociaciones: En un enfermo (Obs. 1) hernia gástrica a través del hiatus diafragmático; en otro (Obs. 2) úlcera crónica piloro-duodenal con estenosis pilórica y gastroectasia secundaria; un caso (Obs. 7) esófago corto y estómago torácico. Es interesante señalar aquí que en un paciente (Obs. 6) había un espasmo esofágico completo inmediatamente encima de la úlcera y en otro enfermo (Obs. 5) una esofagitis evidente del sector peri-ulceroso. Nos parece evidente que en ambos casos la constricción esofágica y la esofagitis no son verdaderas asociaciones, en el sentido de que tengan alguna importancia etiológica en la U.P.E., sino que son consecuencias de la U.P.E.

b) Síntomas: 1) El dolor fue el síntoma típico. Se presentó en todos los pacientes menos uno (Obs. 7), como un dolor intenso, provocado por la deglución, de localización en el apéndice xifoides o retro-esternal, irradiado al cuello en dos casos. En el paciente que tenía una úlcera crónica piloro-duodenal asociada, no había dolor provocado por la deglución, al menos importante, pero 2 horas después de la comida aparecía el dolor muy intenso en el hipocondrio izquierdo irradiado a la parte alta del epigastrio. La U.P.E. con dolor no inmediato está descrita, pero no sabemos si este paciente desestimaba su dolor precoz ante la violencia del dolor tardío. Como ya se dijo, un enfermo (Obs. 7) no acusa dolor en sus molestias. 2) La disfagia, en el sentido de dificultad en la deglución esofágica percibida por el paciente y distinta, subjetivamente, del dolor, fue acusada por 5 pacientes. En uno (Obs. 1) nos parece atribuirle a la hernia diafragmática gástrica, porque existía desde antes; en otro (Obs. 4) la disfagia fue, sin duda, el síntoma más destacado por su antigüedad y molestias que acarreo al paciente; el dolor, en cambio, permaneció en un segundo plano. Lo mismo y más debe decirse del paciente 7<sub>t</sub> que no tenía dolor (Obs. 7: esófago corto-estómago torácico), y toda cuya historia se refiere a la dificultad para la deglución. Cuando se descubrió un nicho, que después desapareció, no había molestias dolorosas. 3) Vómitos Se presentaron en 3 pacientes, pero nos parece claro que en 2 de estos casos (Obs. 1 y 7) los vómitos tienen que ver con la enfermedad asociada y no con la U.P.E. Sólo en un caso (Obs. 6) los vómitos expresaron claramente la aparición de la

constricción esofágica producida por la úlcera. 4) Regurgitaciones, como molestia acusada por el paciente y vista por el radiólogo, se presentaron en 2 enfermos (Obs. 1 y 4). 5) Excepto en un caso (Obs. 2) en que hubo hemorragia post-gastroscopía (se pensaba en un cáncer gástrico), nuestros pacientes no acusaban accidentes espontáneos. Debe anotarse que en dos enfermos, el enflaquecimiento fue importante (sobre 20 kgrs.) hasta el punto que en uno de ellos (Obs. 4) se hizo una gastrostomía para la alimentación.

c) Signos radiológicos: 1) En todos nuestros casos la úlcera fue demostrada radiológicamente por evidencia del nicho, que nos parece, consecuentemente, no solo el signo característico sino el signo necesario para hacer el diagnóstico radiológico. Siempre la úlcera estuvo situada en 1/3 distal del esófago, sobre el nivel del hiatus diafragmático, excepto en un caso en que aparecía inmediatamente encima del cardias (Obs. 5). La imagen de la úlcera fue el nicho clásico (imagen de perfil) para 6 pacientes o la mancha residual (Obs. 5) (imagen frontal). El tamaño del nicho no fue nunca superior a 5 mm. (medios en su base y profundidad en radiografías standard). En 6 pacientes el nicho estaba en la pared posterior del esófago, y en uno en la pared anterior (Obs. 3). 2) Como acompañantes del signo principal, que dio, el diagnóstico, encontramos imágenes de espasmos, bajo la forma del espasmo anular a nivel del nicho (Obs. 1) y de espasmos pasajeros, también sobre, p] nicho (Obs. 7). 3) En dos casos se demostró que el sector esofágico en que estaba situado el nicho, presentaba una estrechez tubular (concéntrica) casi uniforme, de grado mediano y más o menos de 25-30 mm. sobre y bajo la úlcera. Creemos que se trata de una estenosis esofágica completamente por procesos cicatriciales causados por la úlcera misma. 4) La regurgitación de la comida y la incontinencia del cardias fueron fenómenos muy llamativos en dos enfermos. En uno (Obs. 4) el retroceso de la comida era tan mantenido en decúbito como de pies, y se observó sin cesar hasta 40 minutos después de la ingestión. 5) En ningún enfermo había relieve mucoso normal, y ni siquiera la imagen de cualquier releve, excepto en uno (Obs. 5) en que los pliegues del sector periulceroso aparecen gruesos, irregulares y tumefactos, dando una imagen exacta de la esofagitis.

En resumen, y en cuanto a la semiología radiológica de la U.P.E., nos parece, sobre la base de este material, que los únicos signos radiológicos que\* autorizan un diagnóstico, son los directos de la U.P.E., esto es, los que demuestran la úlcera como nicho típico (tangencial)', o mancha residual (frontal), o nicho con cámara de aire (Brúnetti) o con pliegues radiantes (Chaoul), Creemos, que a lo menos entre nosotros, la abundante descripción mencionada en otro lugar no resulta útil de aprovechar, además que es criticable por su nomenclatura (defecto penetrante para nicho).