



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-134 - ESOFAGITIS DE ETIOLOGÍA INFRECUENTE: SERIE DE 3 CASOS

Ruiz Manzanera, Juan José; Ruiz de Angulo Martín, David; Munitiz Ruiz, Vicente; Jiménez Mascuñán, M. Isabel; Gutiérrez Fernández, Ana I.; Conesa Pla, Ana; Ortiz Escandell, M. Ángeles; Martínez de Haro, Luisa F

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción: El reflujo gastroesofágico (RGE) es la principal causa de inflamación en la mucosa esofágica. Sin embargo, esta puede verse afectada por otras entidades menos frecuentes, algunas excepcionales, que conviene conocer para realizar un correcto diagnóstico diferencial y aplicar el tratamiento adecuado.

Casos clínicos: Caso clínico 1: mujer de 51 años que precisó ingreso hospitalario por desnutrición secundaria a disfagia lórica y progresiva. La endoscopia digestiva alta, el esofagograma (fig. 1) y el TAC mostraron una estenosis esofágica a 21 cm de arcada dentaria, de 8 cm de longitud. Se observó un engrosamiento difuso de la pared del yeyuno proximal, que sugería una enfermedad de Crohn. El tratamiento conservador no resultó efectivo realizándose una esofagectomía subtotal transtorácica. El análisis patológico determinó la presencia de erosiones y úlceras fisurantes mucosas, con fibrosis y obliteración de la capa submucosa, acompañado de infiltrado inflamatorio transmural (fig. 2). Todo ello compatible con afectación esofágica por enfermedad de Crohn como primera opción diagnóstica. Caso clínico 2: varón de 16 años con asma intrínseco y antecedentes alérgicos al polen y numerosos alimentos. Presentó un cuadro de disfagia alta para sólidos desde su infancia con dolor retroesternal y regurgitaciones pasivas. Asoció un cuadro de impactación de bolo que fue extraído mediante endoscopia, en la cual se observó un esófago de poco diámetro y fibrosis desde la porción cervical hasta cardias, con una mucosa esofágica friable y con desgarros longitudinales y hemorragia con el mínimo tacto. El estudio analítico destacó eosinofilia sérica (16%). El análisis histológico de las biopsias esofágicas relevó una infiltración eosinófila de toda la pared esofágica (> 20 eosinófilos por HPF) (fig. 3). Ante el diagnóstico de una esofagitis eosinofílica se instauró tratamiento médico con corticoides orales que resultó eficaz. Caso clínico 3: varón de 75 años diagnosticado de penfigoide ampolloso, con episodio de reagudización y exacerbación de lesiones cutáneas en tronco y extremidades acompañado de mal estado general. Durante el ingreso hospitalario presentó cuadro de disnea súbita e hipotensión secundarios a una hemorragia digestiva alta. Tras la estabilización hemodinámica se realizó endoscopia donde se apreciaba despegamiento mucoso, úlceras longitudinales y fibrina a nivel esofágico (fig. 4) y un TAC abdominal mostró ocupación gástrica por material hemático. El cuadro compatible con afectación esofágica del penfigoide ampolloso en forma de esofagitis fue tratado eficazmente con corticoides, logrando resolver las lesiones esofágicas.



Fig. 1

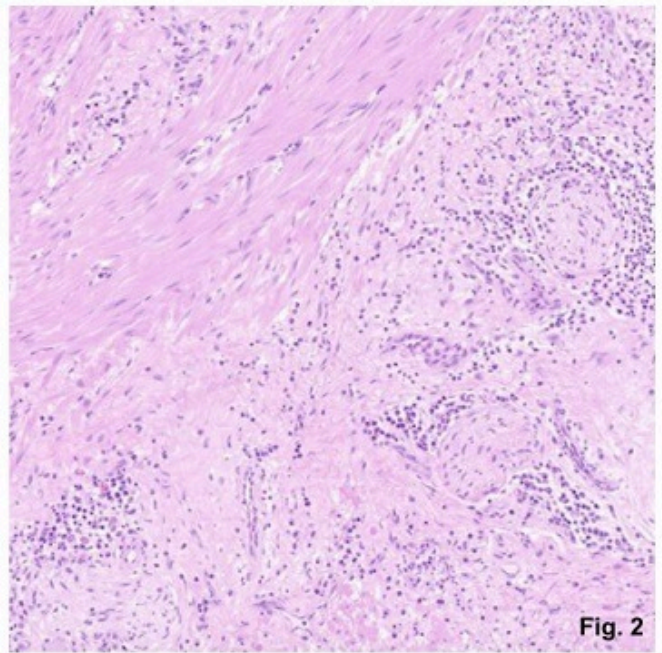


Fig. 2

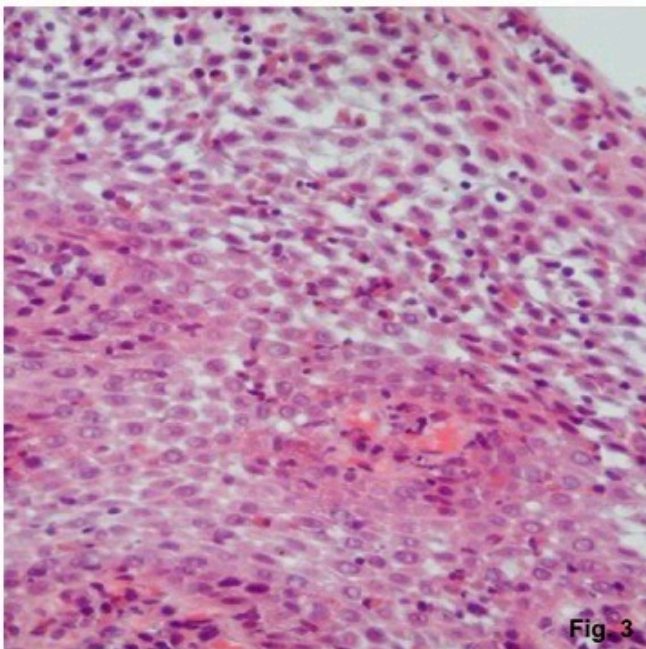


Fig. 3

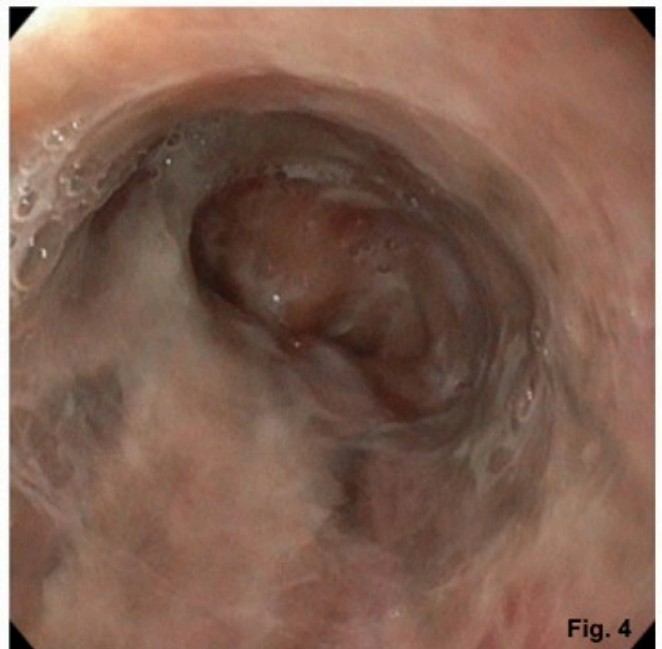


Fig. 4

Discusión: El RGE y la ingesta de cáusticos son las principales causas de esofagitis. Otros agentes infecciosos, farmacológicos y mecanismos autoinmunes pueden afectar la mucosa esofágica. La esofagitis eosinofílica, la enfermedad de Crohn y el penfigoide son infrecuentes, siendo el tratamiento médico de elección. El cirujano debe conocer estas entidades para no realizar intervenciones innecesarias, salvo complicación grave que así lo indique.