



FACULTAD DE
MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

ESTENOSIS ESOFAGICA: CAUSAS MÁS FRECUENTES Y SU TRATAMIENTO

INTERNA: CLAUDIA MEZA CHEVECICH
PROF. DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNÁNDEZ
DEPTO. CIRUGIA SUR
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE HILE

Introducción

Una estenosis esofágica es cualquier segmento anormalmente estenótico del esófago (1). Las diversas etiologías de esta patología se pueden agrupar en: del desarrollo, iatrogénicas, relacionadas con la ingestión, inflamatorias, por compresión y neuromusculares (Tabla 1). (2). Cabe mencionar que estas categorías no son mutuamente excluyentes, siendo algunas condiciones de origen multifactorial (1).

El síntoma cardinal de la estenosis esofágica es la disfagia a sólidos progresiva y que se produce cuando una estenosis provoca una obstrucción de la luz esofágica de más del 50%. El enfrentamiento inicial debe tener en cuenta una investigación cuidadosa sobre la historia clínica, orientada en identificar la etiología y en descartar malignidad (2).

Respecto a las pruebas diagnósticas, la endoscopía digestiva alta es de elección para determinar la causa subyacente, descartar malignidad mediante la toma de biopsias y ser eventualmente terapéutica. Otra herramienta diagnóstica es el esofagograma de bario, útil en casos de pacientes con riesgo de estenosis complejas y cuando se sospecha estenosis proximal.

En cuanto al manejo de la estenosis esofágica benigna, en la cual se centrará esta revisión, tenemos como pilar la dilatación endoscópica. Otras opciones incluyen el uso de corticoides, stents, y no olvidar el manejo de la condición subyacente.

Objetivos

Recabar, clasificar y exponer información disponible en la literatura sobre estenosis esofágica, con énfasis en sus causas benignas más frecuentes y su correspondiente manejo, para luego analizar recomendaciones específicas según causa.

Material y métodos

Para la realización de esta revisión se realizó una búsqueda web de literatura disponible usando los términos “estenosis esofágica”, “esophageal strictures”, “benign esophageal strictures”, “management of benign esophageal strictures”, en bases de datos como PubMed, Clinical Key, AccessMedicina y Lilacs. La literatura utilizada se encuentra entre los años 2003 y 2022. Esta literatura fue consultada en forma individual electrónica durante los meses de Junio y Julio de 2023.

Resultados

Principales etiologías: como se mencionó al inicio, existen diversas causas de estenosis esofágicas que se pueden agrupar en congénitas, iatrogénicas, relacionadas con la ingestión, inflamatorias, por compresión y neuromusculares. A continuación se mencionan tres de las principales etiologías.

La estenosis péptica corresponde a la principal causa de estenosis esofágica benigna, dada la alta prevalencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico (5). Se estima que la estenosis péptica aparece entre 1,2% y 10% a lo largo de la evolución de la enfermedad en los pacientes que requieren evaluación médica por síntomas de reflujo gastroesofágico. El engrosamiento parietal estaría dado por fibrosis inducida por inflamación (6).

Otra causa importante de estenosis esofágica es la esofagitis eosinofílica. Esta es una enfermedad inflamatoria crónica, inmunomediada inducida por alérgenos alimentarios, caracterizada por síntomas relacionados con la disfunción esofágica, tales como impactación alimentaria y disfagia, hallazgos endoscópicos sugerentes y en la histología, eosinofilia esofágica mayor a 15 eosinófilos por campo de aumento mayor. Su prevalencia se estima en 0,5 a 1 por 1.000 personas en países occidentales. Es más frecuente en hombres (3-4 veces), pacientes caucásicos y tiene una fuerte asociación con afecciones atópicas como asma, eczema, rinitis y alergias alimentarias (4).

Por último, en relación a la esofagitis cáustica, la estenosis esofágica es la complicación tardía más frecuente presentándose en hasta un tercio de los pacientes, principalmente en aquellos con lesiones de alto grado. Las estenosis se generan entre las 2 semanas y 1 año post exposición al cáustico, correspondiendo a los 2 meses el periodo de mayor incidencia (7).

Clasificación: las estenosis esofágicas no malignas se pueden clasificar según la apariencia, los hallazgos endoscópicos y la respuesta a la dilatación (1).

Aspecto de la estenosis y hallazgos endoscópicos:

- a) Estenosis simples: de superficie lisa, cortas (<2 cm de longitud), rectas, concéntricas y permiten el paso de un endoscopio (diámetro de la luz de la estenosis >10 mm). Causas comunes incluyen la estenosis péptica y anillos de Schatzki (2).

b) Estenosis complejas: largas (≥ 2 cm de longitud), superficie angulada e irregular, estrechamiento severo (diámetro ≤ 10 mm) o están asociadas con una hernia hiatal grande (> 5 cm), divertículos esofágicos o una fístula traqueoesofágica. Etiologías comunes incluyen la ingestión de cáusticos, lesión por radiación, estenosis anastomóticas, terapia post endoscópica (2).

Respuesta a la dilatación: las estenosis que no se dilatan con éxito a un diámetro de 14 mm durante cinco sesiones endoscópicas en intervalos de dos semanas se definen como refractarias. Esta definición no incluye a pacientes con estenosis inflamatoria o sobre la base de una disfunción neuromuscular (3).

Tratamiento: el pilar del tratamiento es la dilatación endoscópica, cuyo objetivo es aliviar la disfagia aumentando el diámetro de la luz esofágica. No existe un objetivo basado en la evidencia para el diámetro luminal máximo después de la dilatación, sin embargo, generalmente el diámetro guarda relación con los síntomas y la consistencia de la ingesta oral. Por ejemplo, un diámetro de luz ≥ 18 mm suele permitir la ingesta de dieta de consistencia regular, diámetros de 15-17 mm suelen permitir la ingesta de una dieta blanda, y diámetros de 13-14 mm suelen permitir la ingesta de líquidos espesos (8).

Existe un principio general conocido como la "regla de tres" que hace referencia a limitar el número de dilataciones o incrementos de tamaño realizados por sesión a tres, con el objetivo de reducir el riesgo de complicaciones. La frecuencia y número total de sesiones endoscópicas se individualiza en cada paciente según diámetro inicial de la estenosis, diámetro después de la dilatación y respuesta sintomática (1).

Existen dos categorías principales de dilatadores, los dilatadores de empuje (bougie) con o sin guía, y los dilatadores con globo endoscópico. Los primeros ejercen fuerza tanto longitudinal como radial desde proximal a distal de la estenosis. Los segundos ejercen fuerza radial en toda la longitud de la estenosis, lo que reduce la tensión de cizallamiento (1).

Las estenosis simples suelen ofrecer resistencia mínima y se pueden dilatar con dilatadores no guiados, dilatadores dirigidos por guía o dilatadores con balón. En cambio, en las estenosis complejas se prefiere el uso de dilatadores dirigidos por guía, que idealmente se pasa hasta el estómago bajo guía fluoroscópica (1).

Tratamiento según etiología: en algunos casos, el tratamiento de la causa subyacente de la estenosis esofágica puede resultar en la resolución de la disfagia sin necesidad de dilatar. Por ejemplo, cuando la etiología es inflamatoria, si se corrige su causa original puede dar como resultado una mejora del diámetro luminal al disminuir la fibrosis. Sin embargo, en la mayoría la dilatación es inevitable (1).

En el caso de estenosis péptica, la supresión del ácido combinada con la dilatación esofágica son el pilar del tratamiento para estas lesiones, y la mayoría responde bien a la terapia. Se ha demostrado que la terapia con inhibidores de la bomba de protones reduce la necesidad de dilataciones en general (9).

La mayoría de las esofagitis eosinofílicas pueden tener una mejoría notable en sus síntomas a través del tratamiento médico, generalmente con inhibidores de la bomba de protones, corticoides tópicos (por ejemplo fluticasona, budesonida) u otros medicamentos. Los pacientes con síntomas persistentes a pesar de la terapia médica, estenosis esofágica significativa y disfagia pueden justificar una terapia endoscópica, generalmente a través de dilatación endoscópica (9).

Las estenosis cáusticas pueden estar entre las más difíciles de tratar. Generalmente son estenosis complejas que pueden no permitir el uso de un endoscopio superior estándar, y se asocian con trastorno de la motilidad concomitante debido a la lesión de las capas de tejido más profundas en el momento de la quemadura química inicial. La dilatación endoscópica es la primera línea terapéutica, y puede iniciarse con seguridad a partir del quinto o séptimo día (9).

Tratamiento de estenosis esofágica refractaria: las medidas generales incluyen derivar a un endoscopista especializado y confirmar la etiología de la estenosis tomando biopsias adicionales.

- **Corticoides:** Dentro de las opciones iniciales está la inyección de corticoides en la estenosis, con la posterior dilatación endoscópica en una misma sesión. Esto ha mostrado disminuir el riesgo de recurrencia de la estenosis y el número de sesiones de dilatación. Los beneficios estarían relacionados con la inhibición de depósitos de colágeno y la mejora de su descomposición local, reduciendo la formación de cicatrices.
- **Stent esofágico:** su uso temporal permite la remodelación del tejido cicatricial alrededor del stent. Clínicamente se ha asociado con el alivio de los síntomas en algunos pacientes. Dentro de las distintas opciones están los stent metálicos autoexpansibles completamente cubiertos y los de plásticos autoexpansibles

recubiertos de silicona, ambos se dejan al menos 6-8 semanas antes de su extracción, sin exceder las 12 semanas.

- Otras opciones disponibles, pero con menor evidencia que respalde su beneficio, son la terapia incisional endoscópica y el uso de mitomicina tópica o inyectada (2).

Discusión

La estenosis esofágica sigue siendo una entidad clínica frecuente debido a una amplia variedad de condiciones benignas y malignas. La manifestación clínica más común es la disfagia, que ocurre cuando una estenosis provoca obstrucción de más del 50% de la luz esofágica. Esto puede ocasionar alteraciones significativas en la calidad de vida de las personas.

Como se mencionó, la estenosis esofágica puede tener múltiples etiologías, siendo frecuentemente una complicación de la patología subyacente. Una vez ya establecida esta condición, el pilar del manejo es la terapia endoscópica, pero sin dejar de lado terapias adyuvantes como el uso de inhibidores de la bomba de protones que cumplen un rol importante en disminuir la inflamación subyacente en patologías como la esofagitis eosinofílica y la estenosis péptica.

Si bien los avances en equipos endoscópicos y dilatadores han mejorado la seguridad de la dilatación esofágica, este procedimiento no está exento de complicaciones graves incluso en las manos más experimentadas, como por ejemplo, sangrado, dolor torácico inespecífico, bacteremia o perforación esofágica. El enfoque inicial y todos los recursos debieran estar dirigidos hacia la prevención de esta patología, con una pesquisa y manejo adecuado de su causa en específico, por ejemplo, de la enfermedad por reflujo gastroesofágico que es muy prevalente en la población.

Bibliografía

1. Ravich WJ. Endoscopic management of benign esophageal strictures. *Curr Gastroenterol Rep* [Internet]. 2017;19(10). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11894-017-0591-8>
2. Fugazza, A., & Repici, A. (2021). Endoscopic management of refractory benign esophageal strictures. *Dysphagia*, 36(3), 504–516. doi:10.1007/s00455-021-10270-y

3. Kochman, M. L., McClave, S. A., & Boyce, H. W. (2005). The refractory and the recurrent esophageal stricture: a definition. *Gastrointestinal Endoscopy*, 62(3), 474–475. doi:10.1016/j.gie.2005.04.050
4. Ballart, M. J., Monrroy, H., Iruretagoyena, M., Parada, A., Torres, J., & Espino, A. (2020). Esofagitis eosinofílica: diagnóstico y manejo. *Revista médica de Chile*, 148(6), 831–841. doi:10.4067/S0034-98872020000600831
5. Cortés E (2022). Complicaciones más frecuentes de los principales procedimientos endoscópicos. Nahum M(Ed.), *Gastroenterología*, 4e. McGraw Hill. <https://accessmedicina-mhmedical-com.uchile.idm.oclc.org/content.aspx?bookid=3246§ionid=270443869>
6. Anselmi M, M., Orellana F, G., Innocenti C, F., & Salgado O, J. (2003). Estenosis péptica del esófago: resultados alejados del tratamiento conservador. *Revista Médica de Chile*, 131(10), 1111–1116. doi:10.4067/s0034-98872003001000002
7. Bonavina, L. Chirica, M. Skrobic, O. Kluger, Y. Andreollo, N. Contini, S. Simic, A. Ansaloni, L. Catena, F. Fraga, G. Locatelli, C. Chiara, O. Kashuk, J. Coccolini, F. Macchitella, Y. Multignani, M. Cutreone, C. Dei Poli, M. Valetti, T. Asti, E. Kelly, M. Pesko, P. (2015). Foregut caustic injuries: results of the world society of emergency surgery consensus conference. *World Journal of Emergency Surgery*, 10-44.
8. Patterson, D. J., Graham, D. Y., Smith, J. L., Schwartz, J. T., Alpert, E., Lanza, F. L., & Cain, G. D. (1983). Natural history of benign esophageal stricture treated by dilatation. *Gastroenterology*, 85(2), 346–350. doi:10.1016/0016-5085(83)90322-0
9. Adler, D. G., & Siddiqui, A. A. (2017). Endoscopic management of esophageal strictures. *Gastrointestinal Endoscopy*, 86(1), 35–43. doi:10.1016/j.gie.2017.03.004