



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es



■ Trastornos funcionales

Trastornos funcionales del esófago

Edgardo Suárez-Morán, Francisca Martínez-Silva

Sección de Fisiología Gastrointestinal, Servicio de Gastroenterología, Hospital Español de México.

Los trastornos funcionales digestivos (TFD) representan una combinación variable de síntomas gastrointestinales crónicos o recurrentes, no explicados por anomalías estructurales o bioquímicas. Tienen una distribución mundial y se sabe que 30% de la población los padecerá algún día. Su causa no se ha determinado, son de difícil manejo y tienen una pobre respuesta al tratamiento.¹

En su fisiopatogenia se incluyen diversos factores como la respuesta central con la distorsión de la sensibilidad visceral, la afectación conocida del sistema nervioso entérico con alteración de la motilidad y la función inmunitaria mucosa; las anomalías de la lámina propia y neuronas mientéricas pueden observarse mediante endomicroscopia láser confocal, con la posibilidad de realizar análisis endoscópicos e histológicos en los trastornos gastrointestinales causados por la disfunción neuroentérica.² También los factores psíquicos y socioculturales modifican la percepción de los síntomas de leves a graves (casi siempre amplificándolos) y obligan a buscar ayuda médica, con efectos sobre la calidad de vida.^{3,4}

En la actualidad, los criterios de Roma III¹ establecen las normas para su diagnóstico y consideran dentro de los trastornos esofágicos a cuatro entidades:⁵ pirosis funcional, dolor torácico funcional de posible origen esofágico, disfagia funcional (disfagia no obstructiva) y globo.

En el diagnóstico de los trastornos funcionales esofágicos es importante seguir un protocolo adecuado para orientar el tratamiento. El surgimiento de nuevas tecnologías para el estudio funcional del esófago aumenta la precisión y el control de estos trastornos.

La manometría de alta resolución (MAR) hace posible detallar información de segmentos específicos del esófago, como la zona de transición (de componente muscular mixto), la longitud esofágica, la unión esofagogástrica (UEG), así como la velocidad de contracción. Es una herramienta útil para el diagnóstico actual de los trastornos esofágicos. De manera adicional, la MAR confirma, con mayor precisión, la ausencia de trastornos motores y sustenta irrefutablemente el diagnóstico en los trastornos funcionales esofágicos.⁶

■ Pirosis funcional

Se define como ardor retroesternal episódico, en ausencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), alteraciones de la motilidad con base histopatológica o lesión estructural.¹ Los diversos protocolos realizados con impedancia multicanal-pH-metría (IIM-pH-metría) respaldan un origen funcional y corroboran la ausencia de exposición ácida anormal, de tal manera que es posible una adecuada clasificación de las entidades concomitantes.⁷ Los factores psicosociales como la ansiedad y la somatización juegan un papel importante en la aparición de síntomas de reflujo durante la vigilancia de IIM-pH de 24 h.⁸

■ Dolor torácico funcional de posible origen esofágico

Se caracteriza por episodios de dolor torácico en la línea media, de calidad visceral, sin explicación y por lo tanto con un origen potencialmente esofágico.¹ La respuesta anormal al estímulo sensitivo

esofágico y las alteraciones motoras esofágicas son comunes en estos pacientes y más de la mitad de los individuos con dolor torácico funcional tiene trastornos de la motilidad en la manometría convencional. Yanfen y colaboradores mostraron una correlación inversa entre la amplitud de la contractilidad muscular y el flujo sanguíneo de la pared esofágica, que puede inducir isquemia y entonces dolor.⁹ Los recientes estudios para investigar la sensación y propiedades bioquímicas en el dolor funcional abren vías para dilucidar la fisiopatología de esta entidad, mediante la realización de técnicas con la inducción de síntomas que confirman el estrés descrito con anterioridad.¹⁰ Los estudios enfocados en la búsqueda de endofenotipos relacionados con la respuesta dolorosa evidencian la existencia de dos endofenotipos que intervienen en el dolor de presunto origen esofágico.¹¹

■ Disfagia funcional (no obstructiva)

Es una sensación de tránsito anormal del bolo a través del cuerpo esofágico.¹ Se han encontrado anomalías inespecíficas de la motilidad esofágica en el 34% a 70% de los pacientes con disfagia inexplicable, entre ellas alteraciones de la peristalsis, modificaciones de la contracción esofágica, hipertensión o escasa relajación del esfínter esofágico inferior (EEI), además de una percepción sensorial intraesofágica anormal.¹² Se ha sugerido que la motilidad anormal y la sensibilidad visceral anormal contribuyen a la aparición de los síntomas. La ansiedad, la depresión y los trastornos de somatización son significativamente más comunes.¹³ En los pacientes con disfagia no obstructiva, la MAR ha suministrado resultados comparables con los de sujetos asintomáticos sanos, no relacionados con la depuración del bolo en degluciones “salinas”, sino explicados por la percepción del paso del bolo a través del esófago. La MAR mostró variaciones en la respuesta neuromuscular del músculo esofágico entre los pacientes. De manera sorpresiva, los enfermos con disfagia no obstructiva (DNO) mostraron una menor estimulación e inhibición que otros grupos. Estas observaciones sugieren que los pacientes con DNO poseen una función de músculo liso normal, con un significativo aumento de la longitud esofágica proximal de la zona de transición al compararse con los enfermos sin disfagia.¹⁴ Shakthi y colaboradores analizaron las anomalías del EEI, la presión basal

promedio, los parámetros de la zona de transición (ZT) y la velocidad de onda peristáltica y demostraron un incremento significativo de la longitud de la ZT esofágica proximal en comparación con los pacientes sin disfagia.¹⁵

■ Globo

Esta anomalía se considera una sensación de un bulto o alimento retenido u opresión en la faringe. Por lo regular se presenta como un malestar en la línea media, entre el cartílago tiroides y el manubrio esternal; no es doloroso ni episódico y mejora a menudo con la ingestión de comida. El globo es extremadamente común (7% a 46%) y se ha informado en individuos aparentemente sanos, con un pico de incidencia entre la tercera y cuarta décadas de la vida.¹ Diversos estudios han demostrado niveles elevados de ansiedad y depresión en estos sujetos. El estrés puede ser un cofactor en su génesis o exacerbación del síntoma, así como la depresión, la somatización y la distensibilidad del esfínter esofágico superior, que se relacionan con diversos niveles de síntomas en los pacientes con globo.¹⁶

Referencias

1. Thompson WG. The road to Rome. In: Drossman DA, Corazziari E, Delvaux M, et al, editors. Rome III. The functional gastrointestinal disorders. 3d ed. Virginia, USA: Degnon Associates McLean, 2006:855-65.
2. Sumiyama K, Tajiri H, Kato F. Pilot study for in vivo cellular imaging of the muscularis propria and ex vivo molecular imaging of myenteric neurons (with video). *Gastrointest Endosc* 2009; 69: 1129-34.
3. Van Oudenhove L, Caenepeel C, Boecxstaens V, et al. Associations between patient characteristics and GERD symptoms: are psychosocial factors and “somatización” more important than reflux parameters? Sesión de carteles presentada en DDW 2011; mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Sa 1397.
4. Botha CA, Naqvi H, Chua YC, et al. Effect of autonomic modulation on human esophageal pain hypersensitivity. Sesión de trabajos orales AGA Research Forum presentada en DDW 2011; mayo 7-10; Chicago, IL, USA. 1011.
5. Drossman DA, Thompson WG, Talley NJ. Identification of sub-groups of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology Int* 1990; 3: 159-72.
6. Ribolsi M, Paola B, Maria C, et al. High resolution manometry finding do not predict bolus clearance of saline swallows in patients with non-obstructive dysphagia. Sesión de carteles presentada en DDW 2011; mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Sa 1408.
7. Blondeau K, Boecxstaens V, Nathalie R, et al. Added value of combined high resolution manometry-impedancia recordings in patients with postprandial belching or regurgitation Sesión de trabajos orales AGA Research Forum presentada en DDW 2011; mayo 7-10; Chicago, IL, USA. 1119.
8. Blondeau K, Caenepeel C, Boecxstaens V, et al. Determinants of symptom perception during impedance-pH monitoring: Do psychosocial factors and “somatization” play a role? Sesión de carteles presentada en DDW 2011; mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Sa 1179.
9. Jiang Y, Bhargava V, Lal HA, et al. Esophageal muscle contraction and esophageal wall blood flow implications for the mechanism of esophageal pain. Sesión de carteles presentada en DDW 2011; mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Su 2036.
10. Hoff DA, Gregersen H, Ødegaard S, et al. Sensation evoked by esophageal distension in functional chest pain patients depends on mechanical stress rather than on ischemia. *Neurogastroenterol Motil* 2010; 22: 1170-6.
11. Farmer DA, Michiko K, Naqvi H, et al. Endophenotyping psychophysiological responses to pain in patients with functional chest pain. A case control study. Sesión de trabajos orales ASGE Topic Forum presentada en DDW 2011; mayo 7-10; Chicago, IL, USA. 362.

12. Kazemi A, Bhatraju P, Reddy SC, et al. Lower esophageal sphincter residual pressure by high-resolution manometry is correlated with severity of dysphagia. Sesión de carteles presentada en DDW 2011; mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Sa 1105.
13. Savarino E, Zentilin P, Marabotto E, et al. Gastroesophageal reflux is more relevant than motor dysfunction in provoking non-cardiac chest pain. Sesión de carteles presentada en DDW 2011 mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Sa 1202.
14. Singh E, Daniel P, Arevalo-Lubin F, et al. Multiple rapid swallow series with high resolution manometry suggest a previously undescribed smooth muscle abnormality in non-obstructive dysphagia. Sesión de carteles presentada en DDW 2011 mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Sa 1102.
15. Kumar SD, Cong X, Dziura J, et al. Transitional zone length is associated with non-obstructive dysphagia in patients with normal high resolution manometry. Sesión de carteles presentada en DDW 2011; mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Sa 1401.
16. Rommel N, Papathanasopoulos A, Vos R, et al. Upper esophageal sphincter compliance and "somatization" are independently associated with symptom levels in globus patients. Sesión de carteles presentada en DDW 2011; mayo 7-10; Chicago, IL, USA. Sa 1385.