

“Patología esofágica: la importancia de la SEGD en el siglo XXI”

AUTORES: Bustamante Marina Belén, Larrañaga Nebil,
Espil Germán, Romualdo Jesica Eliana, Prado Fabiana,
Kozima Shigeru.



Introducción

Aunque en la actualidad los avances tecnológicos han reducido el uso de exámenes radioscópicos tradicionales, cabe destacar la importancia de la utilidad de una SEG D en todo paciente con clínica de reflujo gastroesofágico y disfagia entre otros síntomas.

Objetivos

Realizar una revisión de patologías de esófago describiendo los hallazgos más característicos en la SEGD.

Revisión del tema

La SEGD es un estudio que nos permite descartar cualquier anomalía estructural y funcional del esófago, siendo particularmente útil para la detección de :
enfermedad por reflujo y sus complicaciones, esofagitis infecciosa, carcinoma de esófago, trastornos de la motilidad esofágica, como la acalasia y el espasmo esofágico difuso.

Compresiones extrínsecas



Fig.1: A. Subclavia derecha aberrante

Es la anomalía más común del arco aórtico vista como una impresión extramucosa a nivel de la cara posterior del esófago (flecha).



Fig.2: Osteofito cervical prominente

Indentación persistente (flecha) en la cara posterior a nivel de la unión faringoesofágica.

Divertículos por pulsión



Fig.3: Divertículo de Zenker (Frente)

Protuberancia de la mucosa esofágica a través de un área anatómicamente débil (zona de Killian) en la pared posterior del esófago cervical.



Fig.4: Divertículo de Zenker (Perfil)

Resultan de un aumento anormal presión generada en la hipofaringe ante la falla del músculo cricofaríngeo para relajarse después de la contracción faríngea.

Divertículos por pulsión

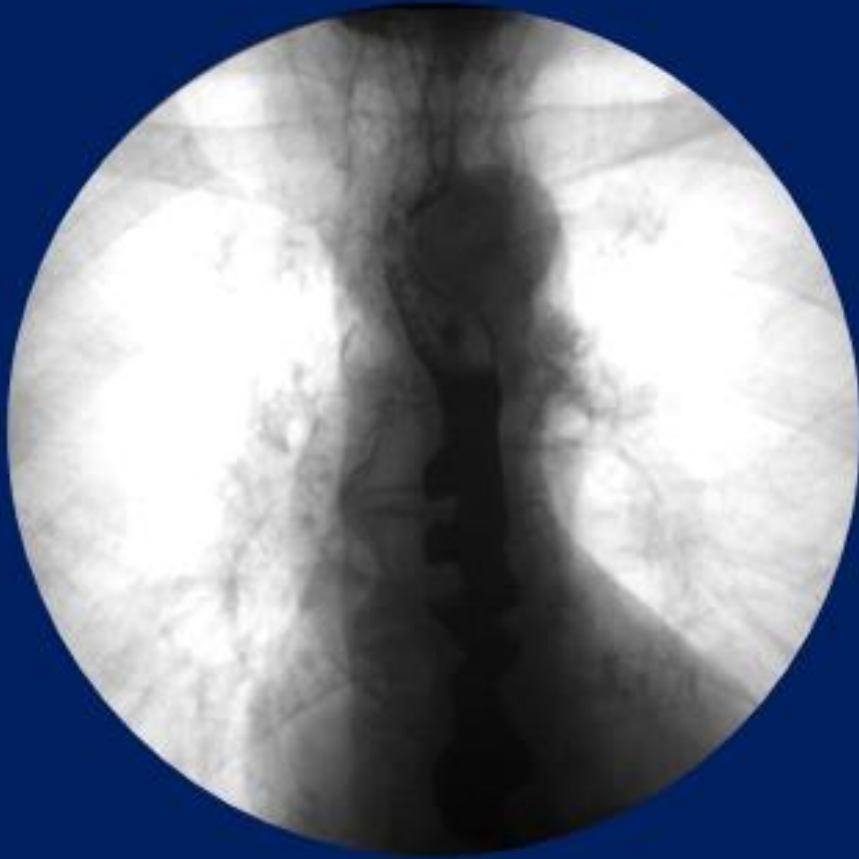


Fig.5: Divertículos medioesofagicos (Frente)
frecuentemente múltiples y de tamaño variado, de
contornos suaves y redondeados.

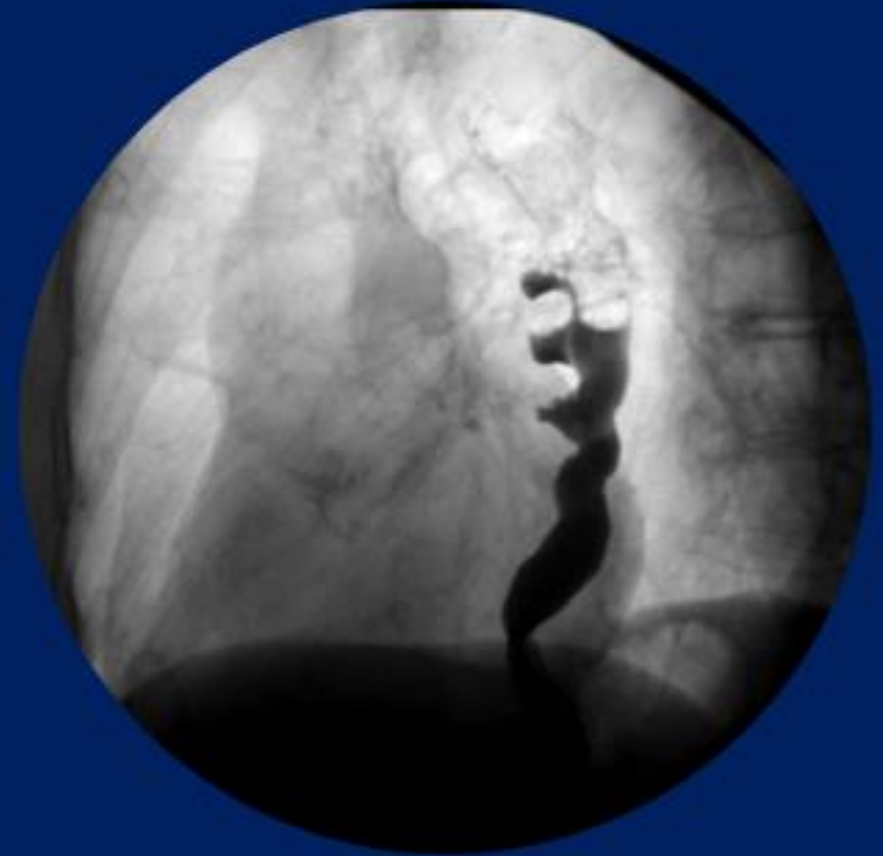


Fig.6: Divertículos medioesofagicos (Perfil)
Saculaciones transitorias que se desarrollan
sólamente durante el peristaltismo esofágico, por lo
general asociados con el espasmo esofágico difuso.

Divertículos por pulsión



Fig.7: Divertículo epifrénico

Divertículos que surgen en el esófago distal justo por encima de la unión gastroesofágica(flecha).

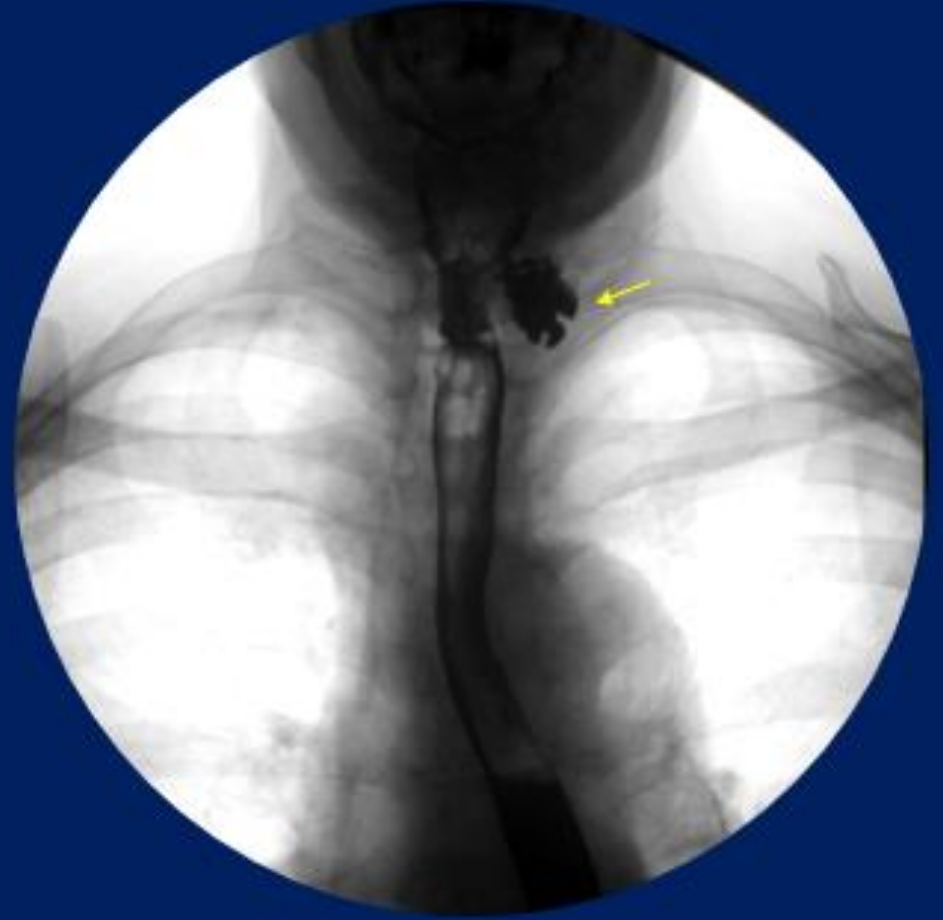


Fig.8: Divertículo de Killian Jamieson

Divertículo a partir de la pared anterolateral del esófago cervical proximal justo por debajo del nivel del músculo cricofaríngeo (flecha).

Misceláneas



Fig.9: **Membrana esofágica (Perfil)**

Pliegue mucoso (flecha) similar a una estantería en el esófago cervical anterior. También se observa dilatación proximal leve.



Fig.10: **Membrana esofágica (Frente)**

Son pliegues mucosos delgados que suelen aparecer como un defecto de llenado de 1 a 2 mm de altura en el esófago cervical o hipofaringe inferior (flecha).

Misceláneas



Fig.11: **Felinización esofágica**

Múltiples pliegues transversales, transitorios, observados a medida que el esófago comienza a colapsar. Se observan en pacientes con esofagitis.



Fig.12: **Espasmo esofágico difuso**

Numerosas contracciones, vigorosas, no propulsivas, semejantes a un sacacorchos.

Trastornos de la motilidad



Fig.13: **Acalasia (Frente)**

Dilatación del esófago con una deformidad en forma de pico cerca de la unión gastroesofágica.

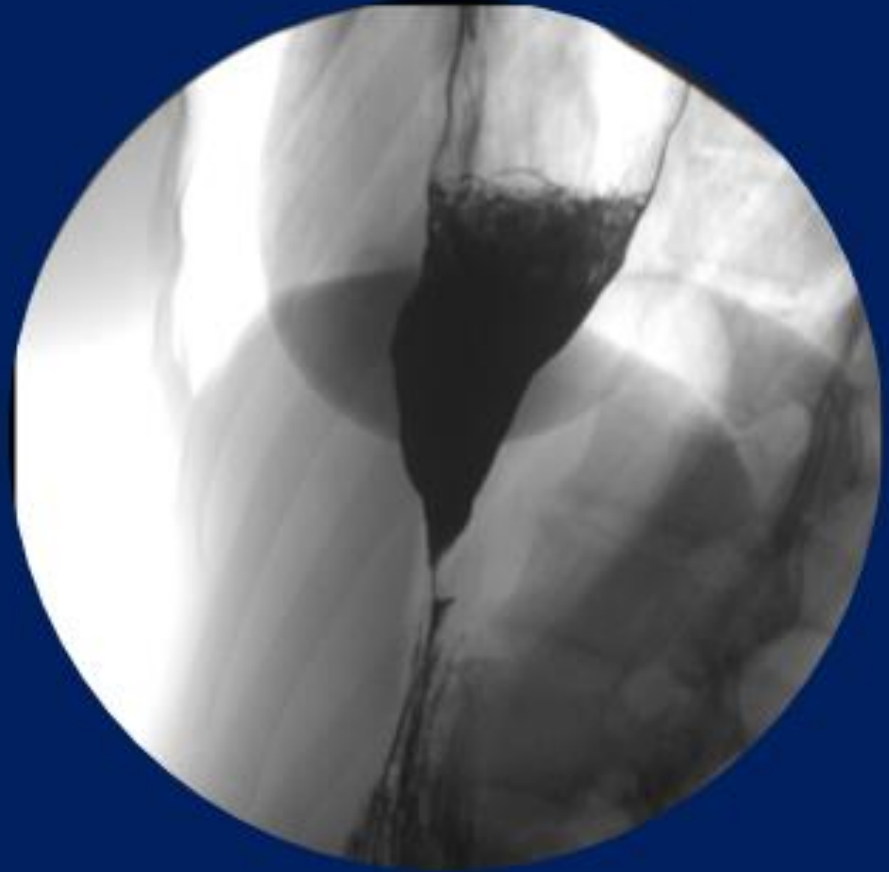


Fig.14. **Acalasia (Perfil)**

Se ve una columna de material de contraste cuya altura es proporcional a la severidad de obstrucción esofágica distal.

Defectos herniarios

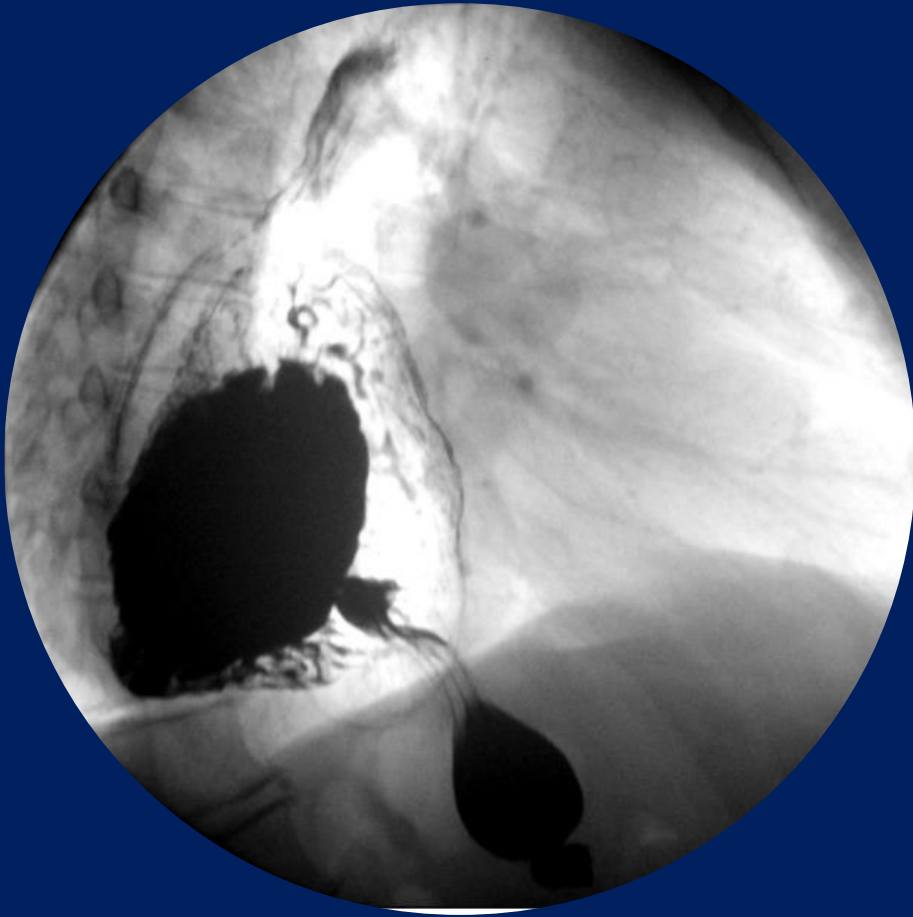


Fig.15: **Hernia hiatal tipo mixta**

Gran saco herniario con ascenso del estómago y desplazamiento superior de la unión gastroesofágica.

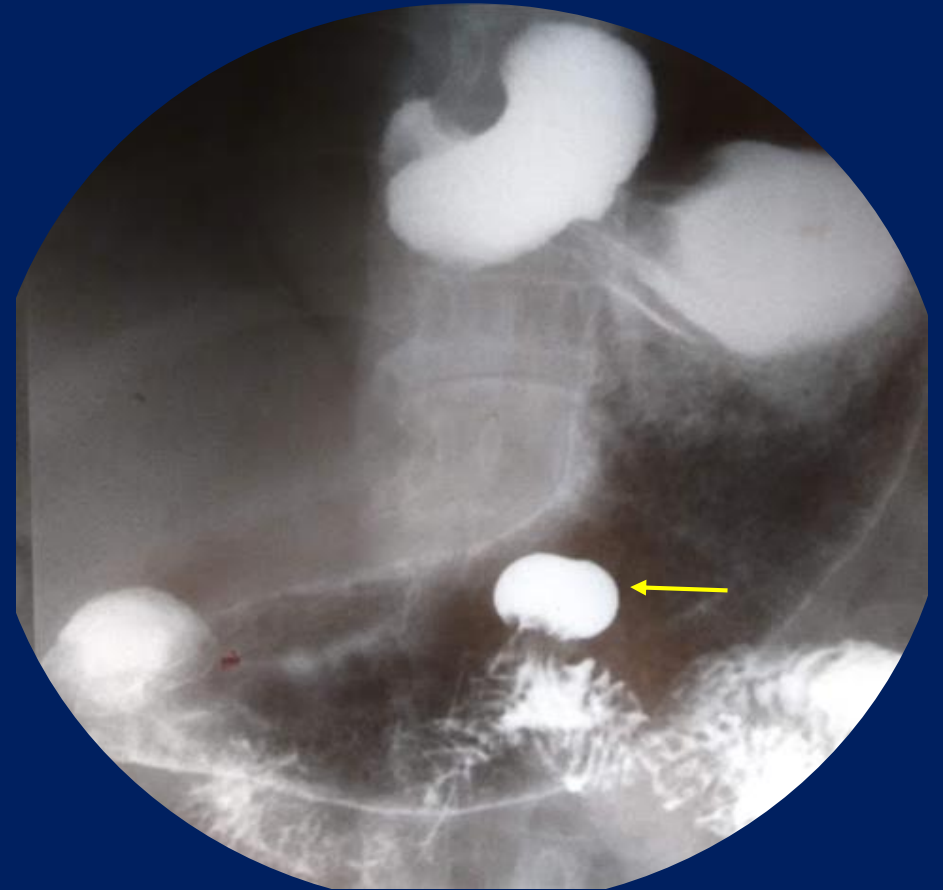


Fig.16: **Hernia hiatal** por deslizamiento con hallazgo incidental de divertículo ileal (flecha).

Post-quirúrgicos

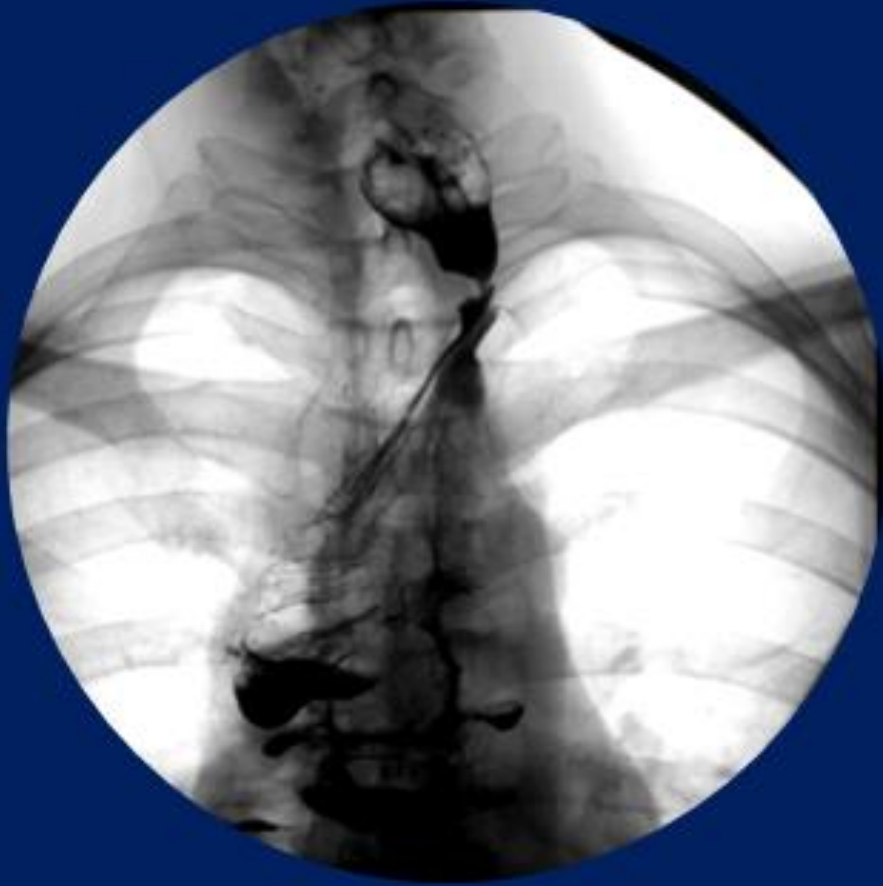


Fig.17: Post quirúrgico de resección esofágica
Reconstrucción del tránsito esofágico con
interposición de colon derecho en paciente con
antecedente de ingesta



Fig.18: Post quirúrgico de cirugía bariátrica
Presencia de hernia hiatal por deslizamiento
(flecha) en paciente con reflujo gastroesofágico y
vómitos dos meses después

Neoplasias benignas



Fig.19: **Leiomioma esofágico**

Es la neoplasia esofágica benigna más frecuente, siendo su localización más común en el esófago medio-distal



Fig.20: **Leiomioma esofágico**

Masa submucosa de bordes lisos y ángulos ligeramente obtusos, que origina un defecto de relleno de contraste redondeado u ovoide.

Neoplasias malignas



Fig.21: **Adenocarcinoma esofágico**

Estenosis de contornos asimétricos, irregulares, ulcerados y fijos, y de bordes proximales abruptos



Fig.22: **Carcinoma escamoso esofágico**

Estenosis abrupta a nivel de esofago medio, de ángulos agudos con pasaje filiforme del material de contraste.

Conclusiones

A pesar del enfoque actual en estudios de imágenes, el examen con bario sigue siendo la principal modalidad diagnóstica para la evaluación de pacientes con disfagia, síntomas de reflujo u otros hallazgos clínicos de la enfermedad esofágica, brindando la posibilidad de llegar a definir un diagnóstico como así también permitir al médico tratante evaluar conductas terapéuticas a partir del mismo.

Bibliografía

- Levine, Marc. Diseases of the esophagus: diagnosis with esophagography. RSNA 2005.
- C. Daniel Johnson, M.D. Grant D. Schmit, M.D. Mayo Clinic Gastrointestinal Imaging Review. 2005; 3-68.
- Pia Luedtke,BA, Marc S. Levine,MD, Stephen E. Rubesin,MD, Donald S. Weinstein,MD,Igor Laufer,MD. Radiologic Diagnosis of Benign Esophageal Strictures: A Pattern Approach. RadioGraphics. 2003; 23:897-909
- Levine, Marc. From the radiologic pathology archives: esophageal neoplasms: radiologic-pathologic correlation. RSNA 2013.
- Kahrilas P.J., Kim H.C., Pandolfino J.E. Approaches to the Diagnosis and grading of Hiatal Hernia. Clin Gastroenterol. 2008; 22(4):601-616