

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Introducción

El **reflujo gastroesofágico** genera la presencia de contenido gástrico en contacto con la mucosa del esófago, lo que produce alteraciones y síntomas locales que constituyen la **enfermedad por reflujo gastroesofágico** (ERGE).

Los síntomas locales principales son la **pirosis** y la **regurgitación**. Estos síntomas pueden corresponder a lesiones locales del esófago, y a ellos se asocian en un número significativo de casos, alteraciones de la vía aérea que surgen como consecuencia del reflujo reiterado que provoca microaspiración a la vía aérea.

La ERGE es una afección crónica, sumamente frecuente, que impacta negativamente en la calidad de vida. En EE.UU. se estima que el 20% de la población experimenta síntomas vinculados a la enfermedad por reflujo gastroesofágico al menos una vez a la semana, y un 40% una vez por mes. De todos modos, estos datos subestiman la real incidencia de la enfermedad, ya que no toman en cuenta los síntomas respiratorios producidos por la misma.

Reflujo gastroesofágico y ERGE

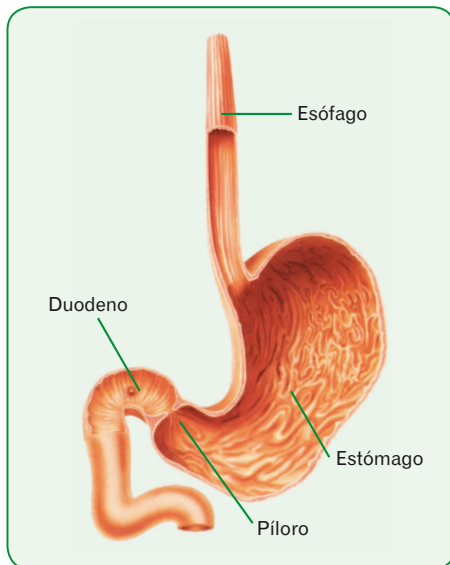
El reflujo gastroesofágico se define como el ascenso de contenido gástrico al esófago. La existencia de cierto grado de reflujo es habitual en todas las personas luego de la alimentación, no obstante, se habla de enfermedad por reflujo gastroesofágico cuando los síntomas son molestos en frecuencia o intensidad (más de dos veces por semana) o cuando se producen complicaciones.

En la fisiopatología del RGE interviene la **incompetencia del esfínter** esofágico inferior, facilitada por la **obesidad** y el **aumento de la presión intraabdominal**.

La incompetencia del esfínter puede originarse en su baja presión de reposo -inferior a los 8 mm Hg-, por su situación anómala intratorácica, o por su limitada extensión -menos de 2 cm-. Algunos alimentos disminuyen la presión del esfínter, como el alcohol, chocolate, grasas, menta y tabaco, al igual que ciertos fármacos: calcioantagonistas, benzodiazepinas, corticoides y anticolinérgicos.

El reflujo es favorecido por la presencia de hernia hiatal, la hipersecreción gástrica o el entencimiento del vaciado gástrico.

Las **complicaciones** dependen del volumen y del tiempo que permanece el contenido gástrico en la mucosa. El contenido gástrico al inicio daña la mucosa del



esófago produciendo heridas superficiales o **esofagitis erosiva**, que pueden hacerse más profundas formando las denominadas **úlceras esofágicas**, que pueden **sangrar** y, a constituir un estrechamiento del calibre del esófago o **estenosis**.

A su vez el tejido expuesto al ácido estomacal puede sufrir modificaciones en la zona de contacto con el mismo, esa adaptación es conocida como esófago de Barret, lesión precursora del adenocarcinoma de esófago.

Tabla 1

Factores de riesgo y agravantes

Factores de riesgo para ERGE

- Antecedentes en la familia.
- Obesidad o ganancia reciente de peso.
- Tabaquismo.
- Hernia hiatal.

Agravantes de ERGE

- Medicamentos: calcioantagonistas, anticolinérgicos, opioides, esteroides.
- Ejercicio intenso.

Tabla 2

Síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico		
Esofágicos	Extraesofágicos	De alarma
<ul style="list-style-type: none"> • Pirosis • Regurgitación • Náuseas • Epigastralgia 	<ul style="list-style-type: none"> • Tos crónica • Asma • Laringitis, faringitis • Fibrosis pulmonar • Otitis • Erosiones dentales 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfagia • Vómito persistente • Adelgazamiento • Sangrado digestivo • Anemia • Tumoración en epigastrio

Síntomas de ERGE

Los síntomas pueden ser debidos al reflujo, como la regurgitación y las náuseas, o por lesiones en el esófago, como la epigastralgia y la pirosis.

La intensidad de los síntomas generalmente no se relaciona de forma directa con la severidad de las lesiones que puedan aparecer en el esófago.

Es característico el aumento de la sintomatología luego de la ingesta de alimentos y su alivio con alcalinos.

La disfagia intermitente, para sólidos y líquidos, es característica de la enfermedad. Sin embargo, en particular cuando se hace progresiva para sólidos, constituye uno de los *síntomas de alarma* que deben ser evaluados a efectos de descartar una causa orgánica: estenosis o neoplasma.

Dentro de los síntomas extraesofágicos, se destacan los de la vía aérea, producidos por la microaspiración reiterada que puede generar *lesiones laringeas* (disfonía, laringitis, estenosis subglótica, cáncer de laringe, etc.), *asma, tos crónica, sinusitis y neumonía*.

De persistir en el tiempo, la microaspiración puede causar daños severos en la vía aérea. Existen comunicaciones que asocian la ERGE con la fibrosis pulmonar idiopática, enfermedad que posee luego del diagnóstico una tasa de sobrevida cercana a los 4 años.

Complicaciones

Las principales complicaciones de la ERGE son la *úlceras esofágica, la hemorragia, la estenosis y el esófago de Barret*.

Las *estenosis* por esofagitis son inicialmente debidas al edema mucoso y espasmo localizado. En una segunda etapa, se produce inflamación submucosa y estenosis anular. La estenosis puede generar disfagia y a la vez actuar como barrera y mejorar la pirosis.

El *esófago de Barret* se origina en la sustitución del epitelio escamoso del esófago por epitelio metaplásico intestinal. Es considerado una lesión con potencial pre-neoplásico, a través de la secuencia metaplasia-displasia-adenocarcinoma. Su diagnóstico requiere biopsias múltiples y un plan de seguimiento periódico, según el grado de displasia constatado.

La *úlceras péptica esofágica* asienta generalmente en el tercio inferior del esófago, sobre islotes de mucosa gástrica o esófago de Barrett. A diferencia de las úlceras superficiales erosivas, las úlceras pépticas suelen ser profundas y pueden generar hemorragia y perforación.

La *hemorragia digestiva* tiende a presentarse bajo forma de anemia por pérdida oculta de sangre en las heces. Es muy poco frecuente la presencia de hematemesis

Tabla 3

Consejos de hábitos y de dieta
• Alimentarse con poco volumen y con mayor frecuencia.
• Corregir el sobrepeso
• Evitar alimentos que disminuyen la presión en el esfínter esofágico inferior: grasas, chocolate, menta, café, té, bebidas gaseosas, alcohol, cítricos.
• Ingerir alimentos ricos en fibra para favorecer el vaciamiento esofágico.
• Cenar 2 o 3 horas antes de acostarse.
• Evitar el uso de ropas ajustadas.
• Limitar el uso simultáneo de medicamentos como atropínicos, corticoides, calcioantagonistas y benzodiacepinas.
• Acostarse en decúbito ventral, o decúbito lateral derecho.
• Levantar la cabecera de la cama 15 a 20 cm mediante la colocación de tacos en las patas delanteras.

o melenas a punto de partida de ERGE, se observa en portadores de úlceras de esófago.

Diagnóstico

El diagnóstico clínico se considera suficiente ante un cuadro típico de ERGE, sin síntomas de alarma. La respuesta al tratamiento farmacológico con inhibidores de la secreción gástrica se considera una prueba diagnóstica válida para reflujo gastroesofágico, así como para los síntomas extraesofágicos.

La confirmación por endoscopia debe realizarse, en particular si no hay respuesta al tratamiento médico o ante la presencia de *síntomas de alarma*: disfagia, hemorragia digestiva, anemia, adelgazamiento, vómitos persistentes.

El diagnóstico endoscópico permite, además de confirmar el diagnóstico, investigar la presencia de esofagitis, valorar su gravedad y la presencia de complicaciones. Se diagnostica esofagitis por reflujo cuando en la endoscopia se observa falta de continuidad en la mucosa esofágica a nivel de la unión esofagogástrica o por encima de la misma.

Dado que una endoscopia normal no descarta la presencia de ERGE, pueden indicarse estudios más específicos como la pH-metría esofágica ambulatoria de 24 horas. La pH-metría esofágica de 24 h utiliza 2

sensores de pH y permite detectar la exposición ácida tanto en el esófago distal (5 cm por encima del EEI) como en el proximal (20 cm por encima del EEI).

La manometría esofágica permite evaluar la funcionalidad del esfínter esofágico inferior y la capacidad de propulsión del esófago.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es la remisión de los síntomas, disminuyendo la exposición del esófago a la acidez del contenido gástrico y evitar las complicaciones.

Se realiza en base a consejos de cambios de hábitos y de dieta, medicamentos y eventualmente cirugía.

Tratamiento farmacológico

Con el objetivo de mejorar los síntomas por enfermedad ERGE se indican antiácidos, procinéticos e inhibidores de la secreción gástrica que actúan al disminuir la acidez del contenido esofágico y mejorar su evacuación.

Los antiácidos bicarbonato, carbonato, fosfato o citrato) o alcalinizantes son útiles cuando los síntomas son leves o para alteraciones puntuales. Los procinéticos

La Revista Médica para TODOS los Profesionales de la Salud



- Actualización médica continua
- Todas las especialidades médicas y quirúrgicas
- Escrita por destacados profesionales

Secciones

- Puestas al día
- Opinión de experto
- Estudios clínicos
- Encares terapéuticos
- Actualizaciones diagnósticas
- Actualidad terapéutica

Contáctenos: www.farmanuario.com
tendencias@farmanuario.com

se indican fundamentalmente como tratamiento de la regurgitación.

Los fármacos más usados son los inhibidores de la secreción gástrica; **antihistamínicos H2** -ranitidina, cimetidina, y famotidina- y los **inhibidores de la bomba de protones (IBP)**.

Los IBP son los fármacos de elección, ya que inhiben la secreción ácida gástrica de forma prolongada y en consecuencia la exposición del esófago al ácido. Son los medicamentos que han demostrado mayor efectividad en el tratamiento de la pirosis. Este grupo comprende el esomeprazol, lansoprazol, omeprazol, pantoprazol y rabeprazol.

El tratamiento habitual utiliza la estrategia descendente, iniciando el mismo con IBP a dosis plenas por 4 semanas hasta lograr la remisión de los síntomas, pasando luego a dosis de mantenimiento.

La no remisión da lugar al aumento de dosis, y ante la nueva no remisión se indica la realización de endoscopia esofágica, aún en ausencia de síntomas de alarma.

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento médico del reflujo gastroesofágico tiene la desventaja de ser permanente, presenta una recurrencia de 82% a los 6 meses de suspendido y la persistencia o progresión de la enfermedad es de 75% a los 10 años.

El tratamiento quirúrgico, con excelente control de los síntomas a lo largo del seguimiento postoperatorio.

El avance de la cirugía laparoscópica ha permitido difundir la indicación de la cirugía antireflujo. Existen diversas técnicas anti-reflujo. La fundoplicatura de Nissen laparoscópica es la de mayor aceptación y difusión en centros especializados, ya que acarrea baja morbilidad y ha demostrado ser efectiva para el tratamiento de la ERGE. El tratamiento consiste en la restauración funcional de la unión gastroesofágica al envolver el esófago inferior con el techo del estómago y la eventual corrección de una hernia hiatal asociada.

Las indicaciones de tratamiento quirúrgico para pacientes con ERGE resultan de un análisis objetivo del paciente. La indicación de cirugía se considera cuando es imposible controlar la ERGE con fármacos, en particular en pacientes jóvenes sin factores de riesgo asociado. Deben analizarse las enfermedades asociadas; el análisis del daño esofágico con endoscopia y biopsia, en particular la presencia de un esófago de Barrett.

El tratamiento requiere previamente el análisis de la función motora del cuerpo esofágico y del esfínter gastroesofágico con manometría y, test de reflujo ácido y estudio de reflujo biliar determinado por el monitoreo de pH de 24 h que evalúan la calidad y severidad del material que refluje.

La Revista Médica para TODOS los Profesionales de la Salud



- Actualización médica continua
- Todas las especialidades médicas y quirúrgicas
- Escrita por destacados profesionales

Secciones

- Puestas al día
- Opinión de experto
- Estudios clínicos
- Encares terapéuticos
- Actualizaciones diagnósticas
- Actualidad terapéutica

Contáctenos: www.farmanuario.com
tendencias@farmanuario.com

Distintos autores recomiendan el tratamiento quirúrgico antirreflujo en los siguientes casos:

- pacientes que no responden a tratamiento médico, o que responden bien pero recaen precozmente al auto suspender el tratamiento médico.
- pacientes que requieren aumento de su dosis o evidencian progresión de la enfermedad (40% a largo plazo).
- pacientes jóvenes con ERGE crónico que necesitan terapia médica a permanencia (costo y duración).
- complicaciones como esófago de Barrett, úlcera, estenosis, enfermedad respiratoria, esofagitis grado I-II con esfínter gastroesofágico incompetente y test de reflujo (+), hernia hiatal verdadera.
- síntomas extraesofágicos secundarios a ERGE.

Dra Alejandra Battocletti

Dr. Luis González Machado

De la redacción de Tendencias en Medicina

Bibliografía

- Ciovia R, Gadenstätter M, Klingler A, Lechner W, Riedl O, Schwab GR. Quality of life in GERD patients: medical treatment versus antireflux surgery. *J Gastrointest Surg* 2006; 10: 934-9
- Fass R. Enfermedad por reflujo gastroesofágico y sueño. Resumen de conferencia, carta Gastroenterología, 2001; 16 (2). 37-64. Sociedad uruguaya de gastroenterología. Disponible en: <http://www.quirurgicab.hc.edu.uy/images/stories/ERGE.pdf>. Revisado 11 de julio 2011.
- Johnson W, Hagan J, DeMeester TR, et al. Outcomes of respiratory symptoms after antireflux surgery on patients with gastroesophageal reflux disease. *Arch Surg* 1996;131:489-492.
- Locke GR 3rd, Talley NJ, Fett SL, et al. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population-based study in Olmstead County, Minnesota. *Gastroenterology* 1997;112:1148-1156.
- Mays EE, Dubois JJ, Hamilton GB. Pulmonary fibrosis associated with tracheobronchial aspiration: a study of the frequency of hiatal hernia and gastroesophageal reflux in interstitial pulmonary fibrosis of obscure etiology. *Chest* 1976;69:512-515.
- Our TM, Kaavurus MS, Schilz, et al. A prospective evaluation of esophageal testing and a double-blind randomized study of omeprazole in a diagnostic and therapeutic algorithm for chronic cough. *Am J Gastroenterol* 1999;94: 3131-3138.
- Patti MG, Arcerito M, Tamburini A, et al. Affect of laparoscopic fundoplication on gastroesophageal reflux disease-induced respiratory symptoms. *J Gastrointest Surg* 2000; 4:143-9.
- Pellegrini CA, DeMeester TR, Johnson LF, Skinner DB. Gastroesophageal reflux and pulmonary aspiration: incidence, functional abnormality, and results of surgical therapy. *Surgery* 1979;86:110-119.
- Raghu G. The role of gastroesophageal reflux in idiopathic pulmonary fibrosis. *Am J Med* 2003;115(3A):60S-64S.
- Tobin RW, Pope CE, Pellegrini CA. Increased prevalence of gastroesophageal reflux in patients with idiopathic pulmonary fibrosis. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;158: 1804- 1808.
- Zieve D, Eitz D. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Medline Plus*. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000265.htm>. Revisado 12 de julio 2011.