

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Autor:

Prof. Dr. Bernardo J. Gandini M.P.Nº 7913/4

Esp. En Gastroenterología M.E.Nº 2334

Esp. En Medicina Interna M.E.Nº 2333

Experto en Hepatología M.E.Nº 6

Prof. Titular, Cátedra Clínica Médica I HNC (FCM, UNC)

Miembro Comité de Contralor de Gastroenterología.

1. Definición.

Presencia de reflujo, ácido y/o alcalino, con características patológicas capaz de generar solamente síntomas (Enfermedad por reflujo no erosiva) y/o alteraciones estructurales (Enfermedad por reflujo erosiva), en ambos caso la magnitud puede variar ampliamente.

La Enfermedad por Reflujo (ERGE) es común, habitualmente crónica y recurrente. La severidad puede variar desde síntomas ocasionales sin repercusión sobre el epitelio, hasta un reemplazo del epitelio escamoso por metaplasia intestinal, que constituye el esófago de Barrett con un verdadero riesgo de adenocarcinoma.

Entre ambas situaciones extremas pueden observarse diferentes intensidades de esofagitis (grados I, II, III, IV; *Grado A.* Una o más lesiones de la mucosa menores a 5 Mm. *Grado B.* Una o más lesiones de la mucosa mayores a 5 Mm. *Grado C.* Uno o más lesiones de la mucosa que presenta continuidad entre la parte superior de dos pliegues de la mucosa, pero que implica menos del 75 % de la circunferencia. *Grado D.* Una o más lesiones de la mucosa que involucra al menos el 75 % de la circunferencia del esófago y las probables complicaciones: hemorragias digestivas, úlceras y estenosis).

2. Incidencia y prevalencia.

La ERGE puede observarse en un 40 % de la población, la edad de máxima incidencia se halla entre los 55 y 65 años; el 15 % de los adultos presenta pirosis durante 10 años o más, un 20 % ingieren antiácidos semanales por síntomas de reflujo esporádicos; un 25 % debe consultar por este tipo de síntomas; la esofagitis se presenta en los 2/3 de la ERGE sintomática, un 20 % se diagnostica por endoscopia, el 50 % se acompaña de hernia hiatal y un 10 % puede presentar epitelio Barrett. Dentro de la historia natural de la ERGE se reconoce que un 46 % presenta episodios aislados, 31 % formas recurrentes no progresivas y 25 % formas progresivas. En Argentina se reconoce una prevalencia de 23 %, y la presencia de síntomas más de dos veces por semana en 11,9 %. En un 32 % una duración de los síntomas entre 1-5 años. Las complicaciones son poco frecuentes. La prevalencia se

halla en estabilidad con relación a edad, a diferencia de dispepsia que parece disminuir y de síndrome de intestino irritable que parece aumentar con la edad.

3. Clasificación.

La ERGE puede comportarse como:

- *ERGE No Erosiva*: se presentan síntomas de variable intensidad y la endoscopia no presenta alteraciones estructurales. Representa el 70 a 75 % de los casos.
- *ERGE Erosiva*: Grados I, II, III, IV, con sus probables complicaciones: hemorragias digestivas, úlceras y estenosis. Representa el 15 a 25 % de las ERGE.
- *Esófago de Barrett*: Reemplazo del epitelio por metaplasma intestinal. Representa el 10 % o menos de la ERGE.

La mayoría de las enfermedades no progresan, recurren igual o con menor intensidad.

Hay suficientes evidencia para considerar a la ERGE como una enfermedad no evolutiva. La primera FEDA adecuadamente indicada, predice el curso de la enfermedad, ya que el Barrett se lo halla desde el comienzo.

Categorización del paciente en tres grupos, con difícil intercambio entre ellos, que se hallan determinados según el genotipo y fenotipo (factores ambientales).

4. Métodos diagnósticos.

La historia clínica: en el interrogatorio reconoce síntomas típicos y atípicos.

Los síntomas típicos incluyen:

- Pirosis 80 a 95 %.
- Regurgitaciones alimentarias o de bilis, 70 a 75 %.

Los síntomas atípicos son:

- Tos crónica: 5 a 45 %
- Disfonía crónica: 8 %
- Hiperreactividad bronquial, sibilancias y roncus: 5 a 25 %
- Dolor torácico: 2 a 10 % (retro-esternal 95 %, irradiado a miembro superior izquierdo, 55 %, dolor dorsal 30 %)
- Dolor epigástrico: 50 % (No fácil de diferenciar de dispepsias)
- Eructos: 30 a 50 %
- Hipersalivación: 20 a 30%

Entre los “*signos de alarma*”, que obligatoriamente requieren investigación diagnóstica se hallan:

- Disfagia, motora (35 a 55 % y orgánica 10 a 20 %).
- Pérdida de peso.
- Sangrado agudo (5 %)
- Sangrado crónico o anemia (2 a 40 %)
- Fallo en la respuesta al tratamiento adecuado.

4.1. Estudios a solicitar:

- Radiología baritada: sensibilidad 40 % y especificidad 85 %; probablemente la única indicación sea frente a pacientes con disfagia, precediendo a la endoscopia.
- Video endoscopia: sensibilidad 68 % y especificidad 96 %.
- Biopsias: sensibilidad 77 % y especificidad 91 %.
- Isótopos radioactivos: sensibilidad 61 % y especificidad 95 %.
- Electromanometría: sensibilidad 58 % y especificidad 84 %.
- pHmetría estándar: sensibilidad 40 % y especificidad 99 %.
- pHmetría de 24 horas: sensibilidad 88 % y especificidad 99 %.
- Test de Berstein: sensibilidad 79 % y especificidad 82 %.
- Impedanciometría-pHmetría: es uno de los estudios avanzados de alta sensibilidad y especificidad, para el diagnóstico diferencial.

5. Conducta inicial.

Medicación a demanda según la intensidad de los síntomas, debido a que es una enfermedad crónica, recurrente, no progresiva. El objetivo del tratamiento es el alivio sintomático y la mejoría en la calidad de vida.

En ausencia de “signos de alarma” puede iniciarse un manejo empírico, porque los estudios endoscópicos no siempre arrojarán resultados positivos. (*NICE guidelines*)

En este caso se sugiere:

- *Plan alimentario*: fraccionado con volúmenes de ingestas predominantemente pequeños, de tipo hipograso evitando los excesos. Respecto de las exclusiones de chocolates, menta, picantes y alcohol las evidencias no han demostrado relación causal con reflujo (*Nivel de evidencia II, Grado de recomendación B*). En estas situaciones contemplar un enfoque integral del paciente.
- *Tabaco*: si bien no se han demostrado evidencias en relación causal (*Nivel de evidencia II, Grado de recomendación B*); ellas existen suficientes en otros aspectos como para osar justificación de una enfermedad como la generada por el fumar. Compartimos el enunciado: ¡Tabaco o salud!

- Evitar fármacos favorecedores del reflujo.
- Reducir el exceso de peso: al respecto existen evidencias y niveles de recomendación, que demuestran la relación causal del exceso de peso y el reflujo, al igual que la mejoría con la disminución del peso (*Nivel de evidencia II, Grado de recomendación B*).
- Evitar el reposo en posición supina en períodos inmediatos a las ingestas.
- Medidas posturales: cabecera sobreelevada (La cabeza-cuello y tórax deben formar con respecto al tren inferior, un ángulo de 40 a 45°). No es efectivo intentar su logro con el uso de almohadas.
- Evitar el uso de prendas que ajusten el abdomen, aumentando la presión intracavitaria.
- Evitar la realización de actividad física que genere aumento de presión intraabdominal.

La adherencia de los pacientes a los cambios en el estilo de vida puede contribuir a la disminución de la morbilidad y al uso de costosos tratamientos. Una correcta educación suele ayudar a comprender la necesidad de los aprendizajes, lo que especialmente beneficiará a aquellos pacientes que tienen obstáculos económicos para efectivizar otros tratamientos farmacológicos prolongados. La magnitud de lo antes mencionado se termina de valorizar si se recuerda que el 75 % de los pacientes requieren tratamientos prolongados, dado el patrón de recidivas o recaídas. El logro de objetivos en el cambio del estilo de vida, aunque fueren parciales, contribuye a la disminución de la intensidad en requerimientos farmacológicos.

5.1. Antiácidos no absorbibles (Comprimidos o Solución): combinaciones de *hidróxido de aluminio y magnesio o sucralfato*. Efectos adversos: las dosis indicadas no poseen efectos trascendentes. Dosis mayores pueden provocar alteraciones evacuatorias: diarrea-constipación. Contraindicaciones: Hipofosfatemia, insuficiencia renal grave, síntomas de apendicitis. Interacciones: Suelen impedir o dificultar la absorción de ciertos fármacos, por ello es prudente no asociar las ingesta de otros medicamentos.

5.2. Antagonistas de los receptores H2: 300 mg después de la cena (no se ha demostrado eficacia frente a la inhibición de la secreción proveniente de otros estímulos que no sean de tipo vagal). Al respecto se debe tener en cuenta que a pesar de que se hallen indicados otros tipos de bloqueo las dosis nocturnas de Ranitidina inhiben los escapes vagales nocturnos, por lo que puede asociarse a inhibidores de la bomba de protones en ciertos casos.

Frente a la falta de efectividad de Ranitidina a la dosis habitual se preconiza el uso de 600 mg o sea dosis plena.

5.3. Efectos adversos e interacciones: diarrea leve, vértigo, erupción cutánea. Se recomienda no usarlo en embarazadas ni en la lactancia. En caso de insuficiencia renal adaptar las dosis al clearance de creatinina. Toda vez que se logre un intenso bloqueo de la secreción clorhídrica, existe la posibilidad de sobre-crecimiento bacteriano y por ende, el punto de partida de numerosos cuadros infecciosos. También el bloqueo intenso requiere del monitoreo de células endócrinas del aparato digestivo, mediante el dopaje de gastrina por

RIA, ya que existe la posibilidad de hiperplasia y/o tumores endócrinos que si bien no es frecuente debe ser tenido en cuenta. La continuación de tratamientos prolongados se halla permitida si gastrina no supera los 400 pg/dl.

Esta indicación puede asociarse o no procinéticos.

- *Bloqueantes dopaminérgicos: Metoclopramida* 10 mg 2 a 4 veces al día. Efectos adversos e interacciones: Síndromes extra-piramidales, fatiga, inquietud, somnolencia, ginecomastia, galactorrea, amenorrea. Es posible la presencia de interacciones.
- *Domperidona:* 10 mg 2 a 4 veces al día. *Efectos adversos e interacciones:* ginecomastia, galactorrea, amenorrea. *Cisapride:* la FDA ha recomendado su uso estrictamente restringido a personas de bajo riesgo sin otros medicamentos, por haberse advertido su relación con muerte súbita como consecuencia de torzada de punta. Por esta razón es conveniente tener presente la advertencia.
- *Inhibidores de la bomba de protones: Omeprazol* dosis de 20 mg una o dos veces al día, no requiere ajustes en insuficiencia renal. *Lansoprazol* 30 mg una o dos veces al día, no requiere ajustes en insuficiencia renal. *Pantoprazol* 40 mg una o dos veces al día. *Efectos adversos e interacciones:* náuseas, constipación, diarrea, erupciones, cefaleas. En dosis muy altas trombocitopenias. En estas situaciones se sugiere control con hemogramas. Frente a insuficiencias hepáticas mitad de dosificación diaria. Vale lo referido para *Antagonistas de los receptores H2* y tratamientos prolongados. *Interacciones:* Diazepam, fenitoina, teofilina, cumarínicos o warfarina, conviene monitoreo de efectos porque puede modificarlos. *Contraindicado:* En embarazos durante el primer trimestre y no aconsejable en los otros dos trimestres. Lactancia. Insuficiencia renal con filtrado < a 30 ml/minuto.

Sería prudente que ante la necesidad de uso frente a enfoque empírico se consulte con gastroenterólogo. Debe suspenderse o evitarse antes de realizar estudios endoscópicos por las dificultades para arribar a diagnósticos reales.

La falta de respuesta de la ERGE al tratamiento médico tiene la opción de cirugía laparoscópica; la cirugía es el único tratamiento curativo, ya que la fisiopatogenia del reflujo corresponde a relajaciones espontáneas del esfínter esofágico inferior lo que acontece fundamentalmente frente a la hernia hiatal, con un perfil diferente al de los pacientes que no la presentan.

La presencia de síntomas de “alarma” determinan la necesidad de investigación diagnóstica rápida con video endoscopia y biopsias; la opción de radiología baritada previa a la endoscopia sería la presencia de disfagia. El endoscopista debe ser competente en la correcta toma de biopsias porque sino genera diagnósticos falsos positivos de epitelio de Barrett. El material para anatomía patológica debe ser transportado en el formol diluido que usan los anatomopatólogos. La presencia de *Helicobacter pylori* requeriría de la consulta con un especialista, para un enfoque integral, pero no debe modificar las indicaciones de erradicación y tratamiento de la patología asociada.

El tratamiento de la ERGE tras la endoscopia debe seguir con las mismas indicaciones que frente al empírico.

6. Niveles de atención.

Frente a la falta de respuesta, complicaciones como úlcera y estenosis, diagnóstico de esófago de Barrett, presencia de *Helicobacter pylori* y “signos de alarma”, se requiere la consulta con especialista y posible derivación a un centro de mayor complejidad

7. Control y seguimiento.

Según el curso clínico evolutivo de la ERGE. En las formas no recurrentes no se requiere seguimiento, sino interrumpir el tratamiento en el plazo fijado. En las formas recurrentes se requieren cursos más prolongados de tratamiento y ante las recurrencias que sean muy frecuentes el tratamiento continuado, con el consiguiente control de tolerancia y ajuste de dosificación según la eficacia de la respuesta terapéutica. Es conveniente encontrar la mínima dosis eficaz como terapia de mantenimiento.

8. Riesgos de iatrogenia.

- *Falta de advertencia:* sobre “signos de alarma” por defectuosa recolección de datos en la entrevista y errónea decisión de enfoque empírico.
- *Complicaciones de la videoendoscopia:* posibilidad de perforación, ante maniobras intempestivas o forzadas para franquear el paso frente a estenosis. Ante la presencia de disfagia suele ser prudente no preceder a la endoscopia sin *radiología baritada* previa, que permita apreciar mejor las posibles dificultades y riesgos.
- Accidentes quirúrgicos: en cualquiera de las técnicas, clásica o videolaparoscópica.
- *Transmisión de infecciones:* Por incorrecta bio-seguridad, de *Helicobacter pylori*, HIV, Virus de hepatitis B y C.

Recomendaciones:

- Confección de una Historia Clínica con correcta determinación del comienzo de los síntomas con adecuada interpretación de los mismos, como paso previo ineludible a la solicitud de estudios complementarios.
- No olvidar que la prevalencia de muchas demandas radica en una pobre relación médico-paciente.
- Actuar siempre con conocimiento de los deberes del médico y de los derechos de los pacientes.
- Llevar una documentación clínica completa y adecuada.
- Poseer conocimiento farmacológico pleno de los fármacos a utilizar.
- El consentimiento informado es un derecho del paciente y un elemento de seguridad para el médico. Es un proceso de información, comprensión y aceptación, que se basa en el principio de autonomía de la voluntad, donde el paciente, después de haber

comprendido, discernido y discutido con su médico, expresa libremente su voluntad de someterse a los procedimientos y tratamientos propuestos.

Bibliografía:

- Frazzoni M, Piccoli M, Conigliaro R, Manta R, Frazzoni L, Melotti G.** *Refractory gastroesophageal reflux disease as diagnosed by impedance-pH monitoring can be cured by laparoscopic fundoplication.* SurgEndosc. 2013 Aug;27(8):2940-6. doi: 10.1007/s00464-013-2861-3. Epub 2013 Feb 23.
- de Bortoli N, Nacci A, Savarino E, Martinucci I, Bellini M, Fattori B, Ceccarelli L, Costa F, Mumolo MG, Ricchiuti A, Savarino V, Berrettini S, Marchi S.** *How many cases of laryngopharyngeal reflux suspected by laryngoscopy are gastroesophageal reflux disease-related?* World J Gastroenterol. 2012 Aug 28;18(32):4363-70. doi: 10.3748/wjg.v18.i32.4363.
- Lee AL, Goldstein RS.** *Gastroesophageal reflux disease in COPD: links and risks.* Int J Chron Obstruct PulmonDis. 2015 Sep 14;10:1935-1949. Collection 2015.Review.
- Elleuch N, Hefaidh R, Karoui S, Fekih M, Zouiten L, Matri S, Filali A.** *Nocturnal gastroesophageal reflux. About a pH metric series.* Tunis Med. 2015 Apr;93(4):223-7.
- Nian YY, Feng C, Jing FC, Wang XQ, Zhang J.** *Reflux characteristics of 113 GERD patients with abnormal 24-h multichannel intraluminal impedance-pH tests.* J Zhejiang UnivSci B. 2015 Sept.;16(9):805-810.