

Enfermedad por reflujo gastro-esofágico

Autores

Jose Antonio Tarranzo Suárez

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Centro de Salud Siero-Sariego.
Asturias- España

Guías Clínicas 2001; 1(42)

Puntos clave

- El binomio pirosis – regurgitación es casi diagnóstico de ERGE, pero su ausencia no la descarta.
- No todos los pacientes con síntomas presentan lesiones y no todos los que tienen un RGE patológico tienen esofagitis.
- La hernia hiatal se considera un factor favorecedor de ERGE, pero su hallazgo no es constante en esta enfermedad. El factor más importante en la producción de ERGE parece ser la disfunción del EEI.
- Debemos investigar siempre la presencia de síntomas atípicos y síntomas de alarma.
- La endoscopia digestiva alta es la prueba que aporta una mayor rentabilidad en el estudio de esta enfermedad.
- Los IBP son superiores a los anti H2 en el control de los síntomas y en la curación de la esofagitis.
- Una gran parte de estos pacientes pueden ser diagnosticados y tratados en Atención Primaria.

Definición de ERGE

Se define la ERGE como el conjunto de síntomas y/o lesiones que aparecen en el esófago, producidas por el paso del contenido del estómago al esófago. Por lo tanto podremos englobar bajo esta definición distintas categorías de ERGE sobre la base de su presentación clinicopatológica. La existencia de reflujo puede acompañarse de síntomas o no. Según esté o no afectada la mucosa esofágica se divide en ERGE con o sin esofagitis.

La ERGE es una enfermedad relativamente benigna que no suele afectar a la supervivencia pero sí a la calidad de vida.

Síntomas	Patrón de reflujo	Esofagitis	Categoría
No	Fisiológico	No	No ERGE
Sí	Patológico	No	ERGE sin esofagitis
No/Sí	Patológico	Sí	ERGE con esofagitis
No	Patológico	No	ERGE sin esofagitis ni síntomas
Sí	Fisiológico	No	“Esófago irritable”

Elaborada con opinión de un experto y revisión posterior por colegas.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Aviso a pacientes o familiares:

La información de este sitio está dirigida a profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.

Aclarando conceptos: Hernia Hiatal, Esofagitis, Reflujo gastro-esofágico.

Hernia Hiatal: Es un concepto anatómico y, aunque se considera un factor favorecedor de reflujo, gran número de pacientes con ERGE no tienen Hernia de Hiato y la mitad de los pacientes con Hernia de Hiato no tienen reflujo.

Esofagitis: Se refiere a la existencia de lesión de la mucosa esofágica micro o macroscópica, secundaria al contacto del contenido gástrico con la misma.

No todos los pacientes con ERGE desarrollan esofagitis y no existe una buena correlación entre la intensidad de los síntomas y la presencia de lesiones esofágicas. La esofagitis se clasifica en diferentes grados según su intensidad. La clasificación mas utilizada es la de Savary y Miller.

Grado I	Erosiones únicas o múltiples no confluentes
Grado II	Múltiples erosiones confluentes no circunferenciales
Grado III	Múltiples erosiones que abarcan toda la circunferencia
Grado IV	Úlceras, estenosis o esófago corto
Grado V	Esófago de Barret

Reflujo gastro-esofágico: Es el paso del contenido gástrico al esófago en ausencia de náuseas, vómitos o eructos. Suele ser ácido, aunque en circunstancias especiales puede ser alcalino (antecedentes de cirugía gástrica). Cierta grado de reflujo es un fenómeno fisiológico postprandial, que aparece como consecuencia de relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior (EEI). Si los episodios de reflujo son mas frecuentes o prolongados pueden desencadenar una ERGE.

¿Cuáles son las causas de ERGE?

La ERGE tiene un origen multifactorial, pero en ausencia se puede considerar una enfermedad motora. No se conocen aún todos los factores implicados, aunque sí que se han identificado distintos factores (algunos favorecedores y otros defensivos de la misma). El factor mas importante en la producción de ERGE parece ser el mal funcionamiento de la barrera antirreflujo existente en la unión esofago-gástrica y en concreto la disfunción del EEI, bien por mantener una presión de reposo anormalmente baja o bien porque presenta relajaciones prolongadas espontáneas que permiten el reflujo. Las alteraciones de la sensibilidad visceral podrían explicar la escasa correlación existente entre los síntomas y las lesiones orgánicas en distintos pacientes.

Factores favorecedores	Factores defensivos
Incompetencia del EEI	Resistencia de la mucosa esofágica
Hernia de Hiato	Aclaramiento esofágico
Aumento de la presión abdominal	
Aumento del volumen y secreción gástrica	

Síntomas típicos, atípicos y síntomas de alarma

Los *síntomas típicos* de ERGE son la pirois y la regurgitación. La pirois constituye el síntoma princeps más característico y constante de la ERGE mientras la regurgitación es un síntoma mucho más específico, pero menos frecuente. Este binomio es prácticamente diagnóstico de ERGE. No obstante la ausencia de pirois y regurgitación no excluye el diagnóstico.

Se pueden considerar *síntomas atípicos* la tos, el dolor torácico, el asma, la sensación de globo faríngeo y la disfonía. Se debe considerar la ERGE ante la aparición de estos síntomas una vez descartadas las etiologías más frecuentes relacionadas con ellos.

Son síntomas de alarma en el contexto de la ERGE, la disfagia y la odinofagia, así como la apari-

ción de signos de sangrado digestivo o síndrome general. La aparición de esta clínica nos debe de llevar a un estudio en profundidad para descartar posibles complicaciones (estenosis esofágica, esófago de Barret, úlcera esofágica, hemorragia, adenocarcinoma de esófago).

Síntomas típicos	Síntomas atípicos	Síntomas de alarma
Pirois	Tos	Disfagia
Regurgitación	Dolor torácico	Odinofagia
	Asma	Anemia ferropénica
	Globo faríngeo	Hemorragia Digestiva
	Disfonía	Síndrome general

Actitud diagnóstica y terapéutica en Atención Primaria.

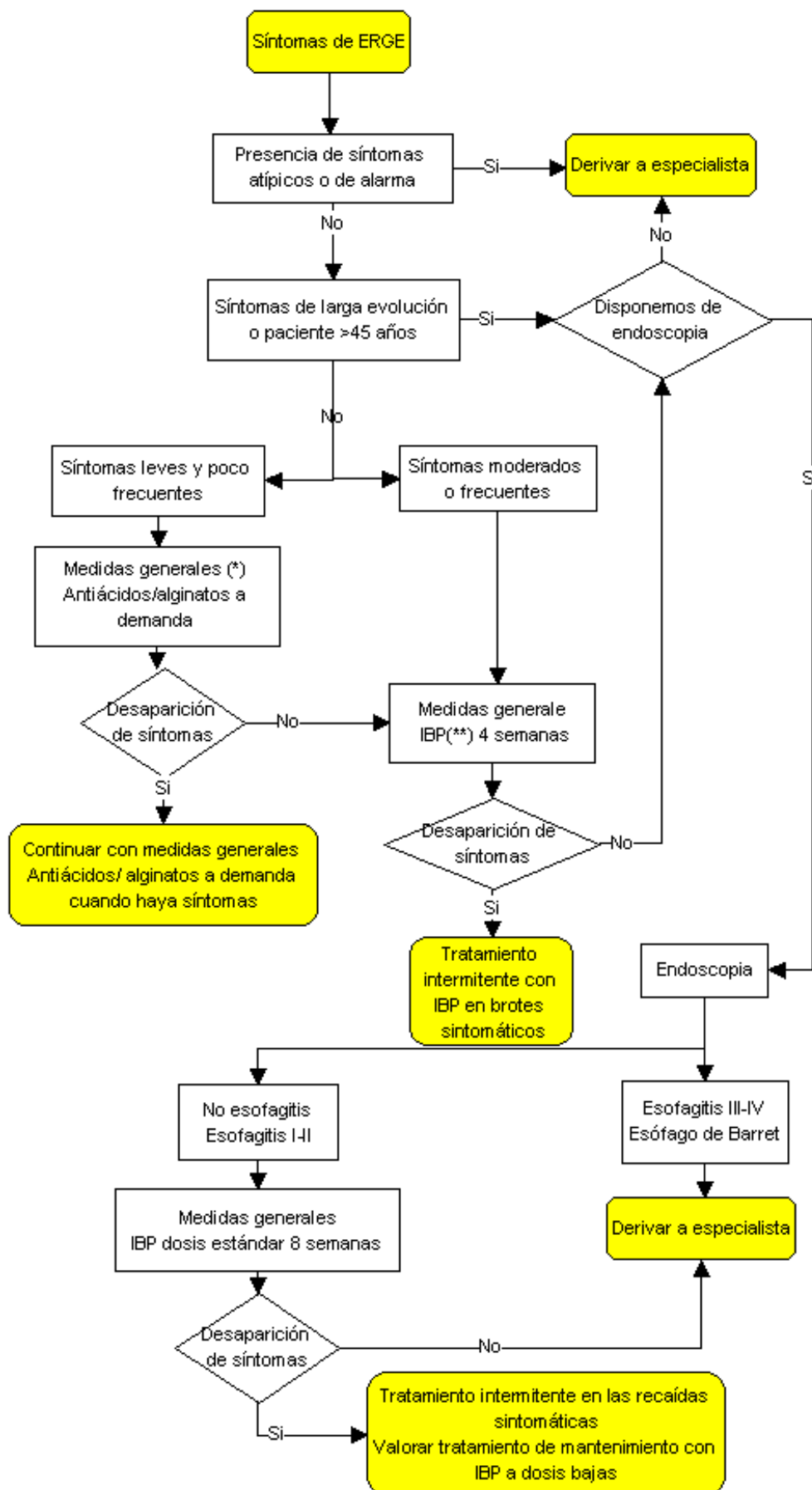
No existe un consenso en el manejo diagnóstico y terapéutico de la ERGE en Atención Primaria. Asimismo la accesibilidad de los centros de salud para solicitar pruebas complementarias tampoco es homogénea. Aún así intentaremos realizar un algoritmo diagnóstico-terapéutico que permita un abordaje adecuado de la ERGE desde Atención Primaria.

El diagnóstico de la ERGE se basa en la combinación de una adecuada anamnesis y exploración física con el empleo racional de las pruebas complementarias.

Las pruebas complementarias, de ser necesarias, deben solicitarse de acuerdo a la información que deseamos obtener. La endoscopia digestiva alta es probablemente la primera prueba a realizar si se decide un estudio de la enfermedad y su rentabilidad es alta ante la sospecha de lesiones o complicaciones de la ERGE. Sin embargo no todos los pacientes con sospecha de ERGE deben someterse a una endoscopia, ya que en el cuarenta por ciento de los casos esta es normal.

- ¿Existe reflujo gastroesofágico patológico? → pH-metría esofágica
- ¿Existen lesiones esofágicas debidas a reflujo? → Endoscopia digestiva alta
- ¿Existen alteraciones motoras esofágicas asociadas? → Manometría esofágica
- ¿Existe relación entre la clínica y el reflujo? → ph-metría y/o prueba de perfusión ácida

Algoritmo de manejo de la ERGE en Atención Primaria



(*)Medidas generales

- Elevar la cabecera de la cama en caso de síntomas en decúbito
- Abstención del consumo de alcohol y tabaco
- Evitar el empleo de prendas ajustadas sobre el abdomen
- Combatir la obesidad y el estreñimiento crónico
- Evitar comidas copiosas y alimentos mal tolerados por el enfermo
- Evitar fármacos nocivos

(**) IBP = Inhibidores de la bomba de protones

Bibliografía

- Charles E. Pope II. Acid-reflux disorders. *N Eng J Med* 1994 ; 331 : 656-660.
- Chiba N, DeGara CJ, Wilkinson JM, Hunt RH. Speed of healing and symptom relief in grade II to IV gastroesophageal reflux disease: a metaanalysis. *Gastroenterology* 1997;112:1798-1810
- Ferrús JA, Sáez M. Tendencias terapéuticas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. En: Sáez M., ed. Actualización profesional en patología digestiva. Barcelona: Profármaco; 1997. p. 115-133
- Ferrús JA, Mearín F. Tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en Atención Primaria. En : Enfermedad por reflujo gastroesofágico (curso). Barcelona: Profármaco; 1999. p. 89-122
- Festen HPM, Shenk E, Tan G, Snel P, Nelis F, Bartelsman WFJM, et al. Omeprazole versus high-dose ranitidine in mild gastroesophageal reflux disease: short- and long-term treatment. *Am J Gastroenterol* 1999;94:931-936
- Richter JE. Typical and atypical presentations of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterol Clin N Am* 1996; 25: 75-102.
- Palacios J J. Evaluación diagnóstica de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. En : Enfermedad por reflujo gastroesofágico (curso). Barcelona: Profármaco; 1999. p. 61-69.
- Pinyol M, Ricart J. Concepto, epidemiología e impacto sanitario de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en Atención Primaria. En : Enfermedad por reflujo gastroesofágico (curso). Barcelona: Profármaco; 1999. p. 1-11
- Kahrilas PJ. Gastroesophageal reflux disease. *JAMA* 1996; 276; 983-988.
- Katz PO. Patogénesis and management of gastroesophageal reflux disease. *J Clin Gastroenterol* 1991;13 Suppl 2: S6-S15
- Losa C, Barreiro A. Tratamiento del reflujo gastroesofágico sin esofagitis. En: Pajares JM, ed. Temas actuales en aparato digestivo 3. Barcelona: Fundación Promedic, Promoción Médica; 1998. p. 35-47
- Mearín F, Piqué JM, Ponce J. Preguntas clave en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Barcelona: Doyma; 1999
- Palacios J J. Evaluación diagnóstica de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. En : Enfermedad por reflujo gastroesofágico (curso). Barcelona: Profármaco, 1999; 61-69
- Pinyol M, Ricart J. Concepto, epidemiología e impacto sanitario de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en Atención Primaria. En : Enfermedad por reflujo gastroesofágico (curso). Barcelona: Profármaco, 1999; 1-11

