

## Enfermedad por reflujo gastroesofágico

M.<sup>a</sup> Isabel del Castillo

### Introducción y concepto

**E**l reflujo gastroesofágico (RGE) se define como el paso de contenido gástrico o intestinal a la luz esofágica, en ausencia de vómitos o eructos. El reflujo es un fenómeno fisiológico, ocurre prácticamente en todos los sujetos, después de las comidas y se debe a relajaciones espontáneas del esfínter esofágico inferior, sin producir ello síntomas.

En la mayoría de los casos el reflujo es ácido, pero en una minoría, sobre todo en pacientes gastrectomizados, el reflujo es alcalino, compuesto por bilis y enzimas pancreáticas.

El término enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) engloba a todos los individuos expuestos al riesgo de complicaciones médicas debidas al RGE (como por ejemplo la esofagitis) así como todo paciente cuya calidad de vida queda deteriorada como consecuencia de los síntomas. Es una enfermedad muy frecuente, sobre todo en las consultas de atención primaria.

La ERGE se caracteriza por la gran variabilidad de su presentación clínica, desde una simple pirosis hasta la erosión esofágica y la metaplasia de Barrett con tendencia a la malignización.

La ERGE también está implicada en otras patologías como:

-asma  
-bronquitis crónica  
-laringitis  
-tos crónica  
y debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de estas entidades.

### Historia natural

Muchos pacientes, incluso aquellos con esofagitis grave, pueden estar asintomáticos durante meses o incluso años antes de precisar o demandar atención médica.

La gravedad de los síntomas de la ERGE no se correlaciona necesariamente con la gravedad de la esofagitis diagnosticada por endoscopia; así encontramos por un lado, pacientes con síntomas intensos que producen un importante deterioro de su calidad de vida en los cuales sin embargo la endoscopia es normal o mínima esofagitis, y en el otro extremo, pacientes asintomáticos o paucisintomáticos con grados avanzados de esofagitis o metaplasia de Barrett.

La prevalencia real de esta enfermedad resulta muy difícil de valorar debido a que los pacientes con síntomas leves y poco frecuentes no acuden al médico y se automejoran; además no disponemos de una prueba de oro (gold standard) para realizar el diagnóstico.

La ERGE se considera una enfermedad benigna, aunque si no se trata, puede ocasionar

nar una metaplasia de Barrett, lesión precursora del adenocarcinoma.

#### Fisiopatología

En condiciones normales, se producen de media, de uno a cuatro episodios de reflujo gastroesofágico a la hora después de las comidas. Es un reflujo fisiológico que aparece como consecuencia de la relajación del esfínter esofágico inferior.

Durante la deglución el EEI se relaja y de esta manera permite el paso de los alimentos al estómago. El reflujo gastroesofágico aparece cuando el esfínter pierde la resistencia normal al flujo del contenido gástrico.

Esta enfermedad es un fenómeno multifactorial que ocasiona un aumento de la exposición esofágica a la capacidad lesivo del contenido gástrico:

- incompetencia del EEI;
- aumento del reflujo nocturno;
- alteración del aclaramiento esofágico;
- aumento de la presión intraabdominal;
- aumento del volumen y la acidez intra gástrica;
- distensión gástrica;
- reflujo gastroduodenal;
- hipersecreción gástrica;
- alteración de la resistencia de la mucosa esofágica;
- hernia hiatal.

De todos estos factores, la incompetencia del EEI es probablemente el responsable de la aparición de los restantes.

Los episodios de reflujo acontecen durante las relaciones transitorias del EEI.

En pacientes con ERGE no esta justificado investigar ni erradicar la infección por *Helicobacter Pylori*.

#### Diagnóstico

Como síntomas típicos se reconocen dos: pirosis y regurgitación ácida. La aparición de ambos es prácticamente diagnóstica.

La pirosis afecta a más de la mitad de los pacientes. Consiste en sensación de quemazón o ardor retroesternal o epigástrico, que suele irradiarse de forma ascendente ha-

cia cuello, mandíbula y boca. Entre los factores que la agravan están las comidas copiosas, ricas en grasa, ingesta de alcohol, café o tabaco, así como bebidas gaseosas.

La regurgitación ácida es un síntoma muy específico pero menos frecuente que la pirosis. Consiste en el paso de contenido gástrico o esofágico a la boca sin esfuerzo (a diferencia del vómito).

Como síntomas atípicos hay descritos una gran variedad, entre los que se encuentran: hipersalivación, dolor torácico, disfonía, tos seca y persistente...

Síntomas y signos de alarma:

- disfagia;
- odinofagia;
- anemia;
- perdida de peso;
- melenas.

Como hemos reseñado antes, la presencia de síntomas típicos, pirosis y regurgitación ácida, tiene alto valor diagnóstico con la ventaja de poder realizarlo durante la anamnesis, y de esa manera, el paciente puede ser manejado por su médico de Atención Primaria. Durante la anamnesis es necesario utilizar un vocabulario sencillo.

Sin embargo, ante la presencia de síntomas atípicos o de alarma, se debe remitir al paciente al digestólogo para la realización de endoscopia digestiva alta. La endoscopia no está indicada como método diagnóstico inicial en pacientes que presenten síntomas típicos de ERGE.

La ph-metría está indicada para investigar la presencia de reflujo en pacientes que no responden a tratamiento empírico y la endoscopia es negativa. Debe ir precedida de una endoscopia.

Ante paciente con síntomas típicos se puede realizar un tratamiento empírico con inhibidores de la bomba de protones durante cuatro semanas. Si se produce mejoría, tiene per se valor diagnóstico y no está justificado investigar más.

#### Tratamiento:

Objetivos del tratamiento:

- alivio de los síntomas;

- curación de las lesiones de la mucosa;
- prevención y tratamiento de las complicaciones;
- prevención de las recidivas.

La manera más óptima de controlar la ERGE es inhibiendo o neutralizando la secreción ácida del estomago.

Medidas higiénico-dietéticas:

Clásicamente recomendadas, no existen estudios que avalen su eficacia, pero se recomiendan como apoyo al tratamiento farmacológico, sobre todo en pacientes con síntomas leves y poco frecuentes:

- elevar la cabecera de la cama;
- no acostarse hasta 2 horas después de las comidas;
- evitar comidas copiosas, alcohol y obesidad;
- evitar aumentos de la presión intraabdominal;
- evitar fármacos que disminuyan el tono del esfínter esofágico inferior.

#### Tratamiento farmacológico

Los fármacos más usados son los anti-H2 y los inhibidores de la bomba de protones (IBP), solos o asociados a pro cinéticos.

Los antiácidos y alginatos, se han demostrado eficaces en el control puntual de los síntomas y son menos eficaces que los anti-H2 e IBP.

Los anti-H2, como famotidina y Ranitidina, han demostrado su eficacia en el alivio de los síntomas y en la curación de esofagitis.

Los IBP proporcionan una importante y prolongada inhibición de la secreción ácida, consiguiendo un rápido alivio de los síntomas y una alta tasa de curación (en torno al 70-80% a las 4 semanas, y sobre el 90% a las 8 semanas de tratamiento) de las lesiones de la mucosa esofágica, donde se muestran muy superiores a los anti-H2.

En los pacientes con lesiones refractarias las dosis habituales pueden duplicarse.

Dentro de los procinéticos, cisaprida (actualmente con indicaciones limitadas) y cinitaprida son los más utilizados.

#### Tratamiento de mantenimiento

La ERGE se considera una patología crónica con tendencia a remisiones, espontáneas o farmacológicas, y exacerbaciones agudas. Prácticamente la totalidad de las lesiones por ERGE se curan tras tratamiento médico con IBP, pero cerca del 80% de los pacientes recidivan en los 30 meses de finalizar el tratamiento. Por ello, en la mayor parte de los casos se va a necesitar una terapia de mantenimiento para evitar las recidivas. Suelen emplearse como terapia de mantenimiento, IBP a dosis habituales (omeprazol: 20 mg/día; lansoprazol: 30 mg/día; pantoprazol: 40 mg/día) pero a días alternos o bien, mitad de dosis de la habitual.

En casos de esofagitis severa, la opción más adecuada parece ser la utilización de IBP, a las dosis habituales, de por vida.

#### Tratamiento quirúrgico

Hoy día se ha igualado en eficacia el tratamiento médico con el quirúrgico. La experiencia del equipo quirúrgico juega un papel crucial en esta patología.

Indicaciones actuales:

- fracaso de tratamiento médico;
- decisión del paciente;
- pacientes jóvenes con formas graves que precisan altas dosis de fármacos durante tiempo prolongado;
- Barrett asociado a displasia de alto grado o a adenocarcinoma in situ.

La técnica más utilizada en la actualidad es la funduplicatura de Nissen. ◀

---

M.<sup>a</sup> Isabel del Castillo Codes, *Médico Residente. Servicio de Digestivo. C. Hospitalario de Jaén.*

---

**Referencias bibliográficas**

---

GINICK, G.: *Enfermedad por reflujo gastroesofágico*, 2001.

LUNDELL, L.: *Directrices para el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico sintomática*, 2001.

SEBASTIAN, J.J.: *Algoritmos de Patología Digestiva para Atención Primaria*, 2002.

VILLAPÚN BLANCO, M., y PÉREZ PIQUERAS, J.: «Protocolo diagnóstico-terapéutico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico». *Gastroenterología integrada*, 2001; Vol. 2, n.º 2: págs. 95-99.