

Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico: ¿Qué hay de nuevo en su diagnóstico y tratamiento?

Seminario de Actualización en Gastroenterología - 17 de noviembre de 2021

Ponente: *Dr. Guillén-Ramírez Juan Antonio*

Redactó: *López-Corrales Alejandra*

Según la clasificación de Montreal, la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) es una condición que se desarrolla cuando el reflujo del contenido del estómago hacia el esófago causa síntomas molestos y/o complicaciones. Estos se vuelven problemáticos cuando afectan negativamente el bienestar del individuo y molestos cuando ocurren dos o más días a la semana. Por otro lado, se habla de Enfermedad por Reflujo No Erosivo (ERNE) cuando se presentan síntomas, pero no existe evidencia de daño a la mucosa por medio de endoscopia.

A pesar de que la ERGE es un trastorno muy común, existe escasa literatura sobre su prevalencia en México y el resto de Latinoamérica. Por lo tanto, se realizaron estudios en distintos países, donde se incluyeron México y Argentina, en estos se concluyó que la prevalencia es del 3-11 % en la población latinoamericana. Dentro de los principales factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad (**Figura 1**), se encuentra el índice de masa corporal, los antecedentes familiares de ERGE y el consumo de alcohol. Otros posibles factores de riesgo son el embarazo, retraso y desorden en la motilidad esofágica por neuropatías, la esclerodermia y la vagotomía quirúrgica. Algunos fármacos contribuyen a su desarrollo como aspirina, antiinflamatorios no esteroideos, nitroglicerina, bloqueadores de los canales de calcio, anticolinérgicos, antidepressivos, sildenafil, albuterol y glucagón; así como ciertos alimentos como café, chocolate y comidas grasosas.

Su fisiopatología es multifactorial, sin embargo dentro de los principales mecanismos predisponentes (**Figura 2**), se encuentran la relajación transitoria y alterada del tono de reposo del esfínter esofágico inferior (EEI), la alteración del vaciamiento gástrico, aumento de la presión intraabdominal, que principalmente se relaciona a obesidad, entre otros.

Factores de riesgo



Figura 1. Factores de riesgo para el desarrollo de ERGE
(Autor: *Andrea Molina Alegría*)

Así, el principal mecanismo es la relajación del EEI que conduce a la exposición del esófago al ácido gástrico y otros contenidos del estómago potencialmente dañinos para la mucosa esofágica. Además, existe el fenómeno de la *bolsa ácida*, donde posterior a la ingesta de alimentos se forma una capa de ácido a nivel del fondo gástrico por la unión esofagogástrica, lo que predispone a episodios de ERGE más intensos.

Mecanismos predisponentes

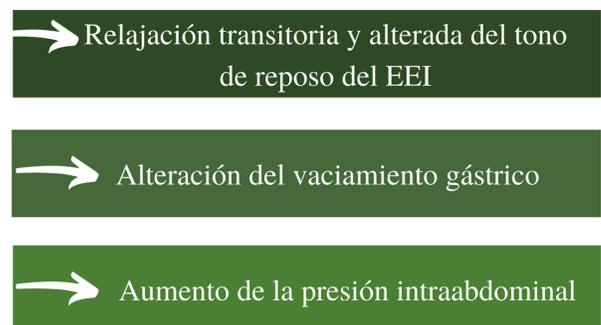


Figura 2. Mecanismos predisponentes para el desarrollo de ERGE
(Autor: *Andrea Molina Alegría*)

Clasificación Montreal

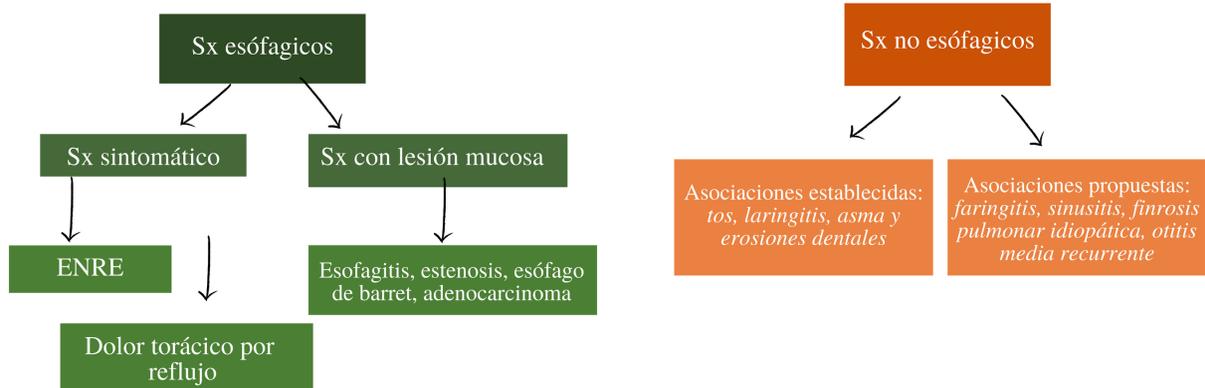


Figura 3. Esquema de la clasificación Montreal
(Autor: Andrea Molina Alegría)

La clasificación que se utiliza mundialmente es la de Montreal (**Figura 3**), la cual divide la enfermedad en síndromes esofágicos y no esofágicos. La primera categoría se subdivide en síndromes sintomáticos (ERNE, dolor torácico por reflujo) y síndromes con lesión mucosa (esofagitis, estenosis, esófago de Barrett, adenocarcinoma); los síndromes extraesofágicos se subdividen en asociaciones establecidas (tos, laringitis, asma y erosiones dentales por reflujo) y asociaciones propuestas (faringitis, sinusitis, fibrosis pulmonar idiopática, otitis media recurrente).

Diagnóstico

El diagnóstico de ERGE es principalmente clínico. Los signos clásicos son pirosis y regurgitación (sensibilidad 30-76 % y especificidad 62-96 %). Se puede hacer el diagnóstico presuntivo cuando se presenten estos signos, siempre y cuando el paciente no muestre síntomas de alarma (disfagia, odinofagia, pérdida de peso, anemia o hemorragia gastrointestinal). La endoscopia se realiza cuando la terapia inicial con inhibidores de la bomba de protones (IBP) falla, el paciente presenta síntomas de alarma y tiene alto riesgo de desarrollar complicaciones.

Dentro de otras herramientas diagnósticas se encuentra el esofagograma, el cual a pesar de tener límites en su utilidad, se utiliza para evaluar la presencia de disfagia, estenosis o anillo esofágico. La pepsimetría es una forma directa de medir el reflujo ácido hacia el esófago; se utiliza cuando persiste duda en el diagnóstico de ERGE o el paciente sigue con síntomas a pesar de un tratamiento óptimo.

La monitorización de pH ambulatoria para pacientes que no están en tratamiento empírico se debe realizar mediante medición directa de los cambios de pH o mediante una combinación de monitorización de impedancia y del pH; en aquellos pacientes que se encuentran en tratamiento empírico debe realizarse con monitorización de impedancia y pH para evaluar el reflujo no ácido. La última herramienta diagnóstica es la manometría esofágica, un estudio vía nasofaríngea que se usa para medir los cambios de presión intraluminal en el esófago y se indica cuando se considera un tratamiento quirúrgico para el control del ERGE, sin embargo no se recomienda de rutina.

Para el diagnóstico diferencial siempre se debe descartar una etiología coronaria. Se tiene que realizar, de primera instancia, una evaluación y exploración cardíaca con el fin de descartar que el dolor sea de este origen, una vez hecho esto se investiga una etiología gastroesofágica. Otros diagnósticos diferenciales incluyen trastornos de la motilidad esofágica, gastroparesia, cáncer de esófago y cáncer gástrico, enfermedad del tracto biliar, acalasia, etc. Las complicaciones del ERGE incluyen esofagitis y esófago de Barrett, el cual puede progresar a adenocarcinoma de esófago, sobre todo en pacientes con displasia de alto grado.

Tratamiento farmacológico

Cuando se tiene el diagnóstico presuntivo de ERGE y los signos de alarma están ausentes, se puede iniciar tratamiento médico empírico con IBP (sensibilidad 78 %, especificidad 54 %).



Así, el manejo inicial del ERGE comprende pérdida de peso, en caso de presentar síntomas nocturnos: elevar la cabecera de la cama y evitar comer 2-3 h antes de acostarse; evitar alimentos y bebidas que desencadenan los síntomas y realizar una prueba de 8 semanas con IBP, la terapia se inicia con dosis una vez al día, 30-60 minutos antes de la primera comida del día. No existe preferencia de un IBP sobre otro. Si la respuesta a este tratamiento es inadecuada se puede considerar duplicar la dosis o un IBP diferente. La elección del IBP se hace en base al que se tenga disponible o al que el paciente tenga más facilidad de acceso.

Una vez que pasaron las 8 semanas, en aquellos pacientes que presentan síntomas al suspender el IBP, se debe administrar terapia de mantenimiento con dosis mínima efectiva, de uso intermitente o a demanda.

Aquellos pacientes que no respondan al tratamiento, aun con las modificaciones al estilo de vida y un buen apego farmacológico, deben recibir una evaluación adicional, por lo cual se considera la endoscopia. Si existe evidencia de esofagitis erosiva y esófago de Barrett se debe continuar la terapia de mantenimiento con IBP.

Una vez iniciada la terapia con IBP, se debe informar sobre los efectos secundarios al paciente, estos incluyen cefalea, diarrea y malestar gástrico. Es necesario tener precaución en pacientes con insuficiencia hepática. Además, su uso se asocia a mayores tasas de enfermedad renal aguda y nefritis intersticial aguda, hipomagnesemia, infección por *C. difficile*, fracturas óseas, sobre todo en cadera y columna.

El 80 % de los pacientes responden al manejo inicial. En pacientes refractarios al tratamiento con IBP y con evidencia de reflujo anormal en la monitorización del pH, se puede considerar una prueba de baclofeno a dosis de 5-20 mg tres veces al día, sin embargo, esta medida terapéutica tiene un uso limitado por sus efectos secundarios (mareo, somnolencia y estreñimiento). Otros fármacos a utilizar en el tratamiento de ERGE son los antagonistas de receptores H₂, los cuales se usan como terapia de mantenimiento, siempre y cuando el paciente no tenga enfermedad erosiva.

Los fármacos procinéticos son la nueva implementación farmacológica, ya que aumentan la motilidad esofágica o el vaciamiento gástrico, por lo tanto pueden ser beneficiosos para el ERGE al reducir la aparición de reflujo y/o mejorar el proceso de depuración del ácido esofágico. Ejemplos incluyen la prucaloprida y la mosaprida, sin embargo no hay un beneficio demostrativo como terapia complementaria a los IBP.

Tratamiento quirúrgico

Se prefiere para pacientes que manifiestan efectos secundarios al tratamiento farmacológico, aquellos que no tienen un buen apego al mismo, cuando existe una hernia de hiato menor o igual a 5 cm, o bien, cuando no hay interés en la terapia médica. Es importante mencionar que antes de llevar a cabo este tratamiento, a todos los pacientes se les debe hacer una pHmetría y manometría para descartar acalasia o alguna otra alteración de la contractilidad esofágica. La funduplicatura quirúrgica laparoscópica es la técnica que comúnmente se realiza.

Un abordaje más moderno es el sistema de LinxTM, un dispositivo que consta de una serie de perlas de titanio que se colocan mediante laparoscopia a nivel del EEI, esto contribuye a la reducción del reflujo al aumentar el tono del esfínter. En comparación con la funduplicatura, este muestra una mejora similar en la calidad de vida y el alivio sintomático con menos efectos secundarios, pero menor tasa de eliminación de IBP.

Terapias endoluminales

Las terapias endoluminales son menos invasivas y más seguras que la funduplicatura; conllevan menor dependencia a los IBP y otros tratamientos farmacológicos. Actualmente, solo se encuentran disponibles dos técnicas: Stretta (un dispositivo catéter de 4 agujas con pinta de globo que administra energía de radiofrecuencia al músculo liso en la unión gastroesofágica) y Esophyx (funduplicatura transoral sin incisión, se utiliza para restaurar el ángulo de His mediante la creación de una válvula en la unión gastroesofágica).

