

### REFLUJO GASTROESOFÁGICO

# ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

**COORDINADOR: SERGIO GIMÉNEZ BASALLOTE**

**MÉDICO DE FAMILIA. COORDINADOR DE GRUPOS DE TRABAJO DE SEMERGEN. CENTRO DE SALUD DE CIUDAD JARDÍN. MÁLAGA**

**AUTORES: JESÚS ITURRALDE IRISO. MÉDICO DE FAMILIA. C.S. CASCO VIEJO (VITORIA-GASTEIZ)**

**AINHOA LEKUONA IRIGOYEN. RESIDENTE EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. C.S. CASCO VIEJO (VITORIA-GASTEIZ)**

## INTRODUCCIÓN

La Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) engloba a todos los pacientes con un deterioro de su salud o calidad de vida como consecuencia de los síntomas producidos por el reflujo del contenido gástrico o duodenal al esófago, así como a los pacientes expuestos al riesgo de complicaciones físicas (esofagitis) consecuencia del reflujo, una vez comprobada la benignidad de los síntomas (con las exploraciones necesarias).

En la población general existe un grupo importante de pacientes con síntomas leves o infrecuentes que no deben ser ni estudiados ni tratados. Todos los individuos tienen un RGE fisiológico, inocuo y que facilita la eructación. Se trata de un reflujo postprandial, de corta duración, que aparece a causa de las relajaciones espontáneas del esfínter esofágico inferior posteriores a la ingesta, normalmente sin consecuencias clínicas.

Si los episodios de reflujo son más frecuentes y prolongados, entonces se convierte en patológico, pudiendo causar síntomas y lesiones en la mucosa gástrica. El principal mecanismo de acción es el contacto del ácido con la mucosa esofágica. La mayoría de pacientes presentan una exposición prolongada del esófago distal al ácido y a la pepsina. En ocasiones, el reflujo está formado por bilis y enzimas pancreáticas proce-

des del duodeno y del páncreas y, por lo tanto, es alcalino. Suele aparecer en pacientes con gastrectomía parcial y en ocasiones es de difícil manejo.

## CASO CLÍNICO

Varón de 56 años que acude a la consulta. Refiere sensación de “quemazón detrás del esternón” y “como que se le vuelve la comida del estómago a la garganta, que le deja mal sabor de boca”.

En este momento deberíamos preguntarle por la frecuencia, intensidad y duración de los síntomas, por posibles factores desencadenantes, si ha tenido pérdida de peso o algún otro síntoma acompañante...

Comenta que tiene síntomas prácticamente todos los días y aumentan después de comidas copiosas e ingestión de bebidas con mucho gas. En muchas ocasiones los síntomas aparecen cuando se acuesta después de comer para echarse la siesta. Es fumador de 15 cigarrillos día. Refiere además que aunque lleva mucho tiempo con estos síntomas, últimamente han sido más intensos, coincidiendo con un periodo en el que ha estado más estresado, con más trabajo, fumando más... No refiere astenia, anorexia ni adelgazamiento. No cuenta otra clínica por aparatos.

La exploración por órganos y aparatos es normal, destacando un IMC de 32. Las constantes se encuentran dentro de la normalidad.

## DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta la historia clínica, nos encontramos ante un paciente obeso con síntomas y factores acompañantes (tabaco, obesidad, estrés...) compatibles con ERGE.

Los síntomas típicos y más significativos del ERGE son la pirosis y la regurgitación ácida, que son los que el paciente nos cuenta, sin síntomas atípicos o de alarma acompañantes... Podrían aparecer otros síntomas inespecíficos como eructos, náuseas, hipersalivación, plenitud, distensión...

En caso de que nuestro paciente cuente signos de alarma (anemia, hematemesis, melenas, pérdida de peso, disfagia, odinofagia...) o síntomas atípicos (dolor torácico, tos crónica, disfonía...) realizaremos una endoscopia directamente.

La pirosis es el síntoma principal y más constante en estos pacientes y es el más fácilmente identificable con el sistema digestivo. El paciente lo cuenta como

una sensación de ardor retroesternal. Se presenta con más frecuencia en el periodo postprandial, sobre todo después de ingestas ricas en grasa y acompañadas de alcohol, café o tabaco. También aumenta con posturas que favorecen el reflujo (decúbito supino o lateral derecho, agacharse...) y con maniobras de valsalva. Se alivia de manera casi inmediata, pero transitoriamente, con antiácidos, leche o alcalinos. Hay muchos fármacos que favorecen el reflujo.

La regurgitación ácida es el síntoma más específico de la ERGE, pero menos frecuente que la pirosis. Se puede producir de forma espontánea, con una secuencia eructo pirosis o desencadenarse por posturas que aumenten la presión intraabdominal. Los pacientes se quejan de un gusto "agrio y amargo" asociado con episodios de pirosis, sobre todo en aquellos que despiertan del sueño.

El binomio pirosis-regurgitación ácida nos acercaría al diagnóstico, aunque no puede excluirse la enfermedad si estos síntomas están ausentes.

El caso de nuestro paciente sería el típico. Presenta pirosis y regurgitación ácida con factores desencadenantes alimenticios, hábito tabáquico, estrés y obesidad.

Actualmente la ERGE se relaciona con:

- Hipotonía del EEI.
- Relajaciones inadecuadas del EEI.
- Alteración del aclaramiento esofágico.
- Disminución de la resistencia de la mucosa esofágica.
- Retraso en el vaciamiento gástrico.
- Composición del contenido del reflujo.

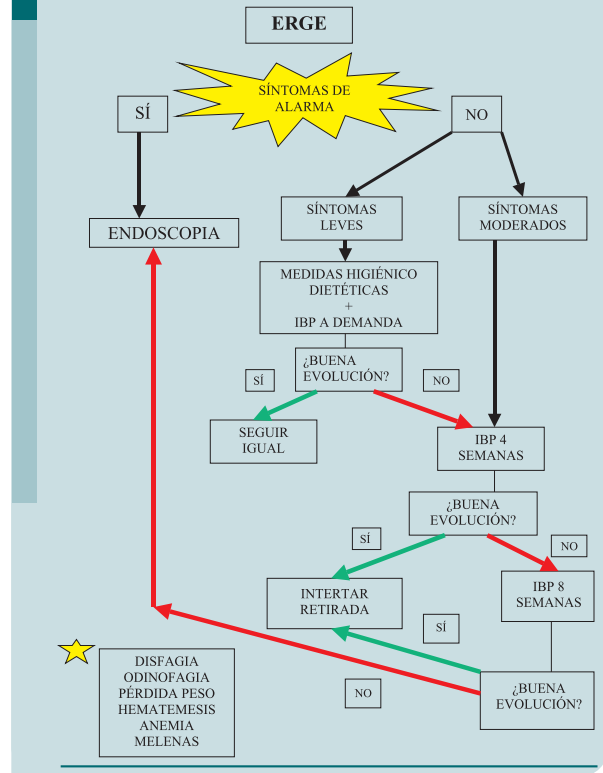
Los principales factores asociados con la aparición de ERGE son el sobrepeso, la obesidad, los síntomas psicosomáticos y la presencia de ERGE en familiares de primer grado. Nuestro paciente cumple más de un factor.

### Actitud terapéutica

La ERGE se puede manejar tras realizar la historia clínica solamente. En ella deben figurar las características de los síntomas, el tratamiento reciente y actual del paciente (fármacos que disminuyan la presión del EEI), factores ambientales... La exploración clínica aporta pocos datos de interés, pero es imprescindible realizarla para descartar signos de alarma (masas, adenomegalias...) (Tabla 1).

En caso de síntomas leves (síntomas esporádicos, que no afectan mucho a su calidad de vida), pautaríamos

TABLA 1. Algoritmo de manejo ERGE



medidas higiénico dietéticas e Inhibidores de la bomba de protones (IBP) a demanda. Este sería nuestro caso.

Nuestro paciente tiene una exploración normal, con una historia clínica con síntomas y factores de riesgo compatibles con ERGE. Los cambios en el estilo de vida y las medidas higiénico-dietéticas son frecuentemente recomendadas en la estrategia terapéutica inicial de la ERGE. Muchas de estas medidas son empíricas y existen pocos estudios que demuestren su eficacia. A partir de la evidencia disponible no hay razones por las que un individuo, sobre todo si presenta síntomas leves, no pueda beneficiarse de ciertas modificaciones de su estilo de vida.

Recomendaríamos a nuestro paciente la abstención de consumo de alcohol y tabaco, evitar el café, el chocolate, las comidas copiosas y la ingesta abundante de grasa, combatir la obesidad, elevar 15 cm la cabecera de la cama, acostarse sobre el lado izquierdo, no acostarse hasta 2 horas después de ingerir comida, renunciar a posturas o ejercicios que provoquen anteflexión del tronco.

## REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Según las guías de actuación, además de modificar su estilo de vida se debería iniciar un tratamiento farmacológico sintomático durante 6-8 semanas cuya buena respuesta confirmaría el diagnóstico. Los fármacos disponibles se pueden diferenciar entre los que actúan sobre la secreción ácida gástrica (antiácidos, alginatos, antisecretores) y los que activan la motilidad digestiva (procinéticos). Se distinguen tres tipos de tratamiento médico: el empírico, el de los pacientes sin esofagitis y el de los pacientes con esofagitis. Los antiácidos y alginatos actúan neutralizando la secreción ácida y pueden ser eficaces en el control puntual de los síntomas leves, pero son menos eficaces que los antagonistas H2 y los IBP. Estos últimos benefician a los pacientes con síntomas de ERGE, a los que no se les ha realizado endoscopia o ésta es negativa. Los IBP son los más efectivos en el tratamiento de ERGE, tanto en el tratamiento de los síntomas a corto plazo, en la curación de la esofagitis, cualquiera que sea la gravedad, como en el tratamiento de mantenimiento y la prevención de las recurrencias.

Tras ésta, si es normal y el paciente sigue con molestias, haremos una pH-metría, para monitorización continua del pH intraesofágico, durante un día completo. Esta técnica es útil cuando la endoscopia es normal.

La disminución o desaparición de los síntomas nos daría la mejora o curación de la enfermedad. En caso de que esto fuera mal o estuviéramos ante un paciente con síntomas moderados (es decir, síntomas todos los días que le impiden hacer su vida con normalidad) comenzaríamos con un tratamiento con IBP durante 4 semanas, reevaluando. En caso de mejorar mantendríamos el tratamiento intentando un ensayo de retirada. En caso contrario, doblaríamos la dosis y actuaríamos de la misma forma. Sólo después de esto consideraríamos la realización de endoscopia. En cambio, en personas con síntomas atípicos o graves realizaríamos endoscopia de entrada.

La pH-metría está indicada para investigar la presencia de reflujo en pacientes que no responden al tratamiento empírico y presentan una endoscopia negativa. Debe ir precedida de la realización de una endoscopia.

El test de Bernstein y la manometría esofágica no son métodos diagnósticos de ERGE en atención primaria.

Los síntomas de ERGE frecuentes, intensos y de larga duración son factores de riesgo de complicaciones de la enfermedad, pero la baja prevalencia tanto del esófago de Barrett como del adenocarcinoma de esófago no justifica la realización sistemática de endoscopias en pacientes que únicamente tengan síntomas típicos de ERGE. El paciente con esófago de Barrett u otras complicaciones necesita ser valorado por el especialista del aparato digestivo.

Los objetivos del tratamiento son:

- Alivio rápido y eficaz de los síntomas.
- Cicatrización de la esofagitis en caso de que exista.
- Prevención y tratamiento de las complicaciones.
- Mantenimiento de la remisión de la sintomatología. Evitar recidivas.

### Tratamiento quirúrgico

La cirugía antirreflujo, funduplicatura, es una alternativa terapéutica comparable en eficacia al tratamiento farmacológico. Las posibles indicaciones de la cirugía son el fracaso de la medicación (recurrencias frecuentes, intolerancia al tratamiento farmacológico) y/o el deseo expreso del paciente.

---

### NOTA DE REDACCIÓN

Les recordamos que en EL MEDICO INTERACTIVO, en la sección [www.elmedicointeractivo.com/erge](http://www.elmedicointeractivo.com/erge) pueden consultar un amplio y documentado dossier sobre este tema.

### BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.guiasgastro.net> [Consultado el 14/6/2006]
2. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article> [Consultado el 14/6/2006]
3. <http://www.iqb.es/algoritmos/algoerge.htm> [Consultado el 14/6/2006]
4. <http://www.fisterra.com/guias2/erge.htm> [Consultado el 14/6/2006]
5. Guía de práctica clínica ERGE. Manejo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico. Semfyc
6. Parra C. Cuestiones más frecuentes en ERGE. Frequently Asked Questions. Madrid: Grupo Editorial Entheos; 2005.
7. Montoro MA, Bruguera M, Gomollon F, Santolaria S. Principios básicos de gastroenterología para médicos de familia. 2ª ed. Madrid: Jarpyo Editores; 2002.
8. Boixeda D, Caballero A, Calvet X, et al. Evidencia científica en ERGE. Manual de actuación. Madrid: International Marketing & Communication; 2005.