

Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)

¿Qué es la enfermedad por reflujo gastroesofágico y cuáles son sus causas?

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un conjunto de molestias causadas por una regurgitación (reflujo) del contenido del estómago hacia el esófago. Al esófago, junto con alimentos previamente tragados, también regresan producido por el estómago ácido clorhídrico y enzimas digestivas que provocan la sensación de ardor, denominada pirosis.

Adicionalmente, pueden presentarse lesiones en la mucosa esofágica conocidas como erosiones (→fig. 2).

Entre los factores que predisponen a la enfermedad por reflujo gastroesofágico se encuentran:

- función anormal del esfínter esofágico inferior
- trastornos del vaciamiento gástrico
- obesidad
- embarazo.

Causas del reflujo gastroesofágico

El músculo que separa el esófago del estómago (esfínter esofágico inferior) se relaja al tragar, lo que permite el tránsito de los alimentos al estómago. A continuación dicho músculo se contrae rápidamente, de esta manera pudiendo evitar que los alimentos y el jugo gástrico se regurgiten hacia el esófago. Si esfínter esofágico inferior se contrae de forma incorrecta o su función falla, los componentes ácidos del jugo gástrico pueden refluir hacia el esófago, a lo que se denomina reflujo gastroesofágico (véase la figura).

La enfermedad por reflujo gastroesofágico también puede desarrollarse en el transcurso de algunas enfermedades: diabetes *mellitus*, esclerodermia, enfermedades asociadas al abuso crónico de alcohol y ciertos trastornos hormonales.

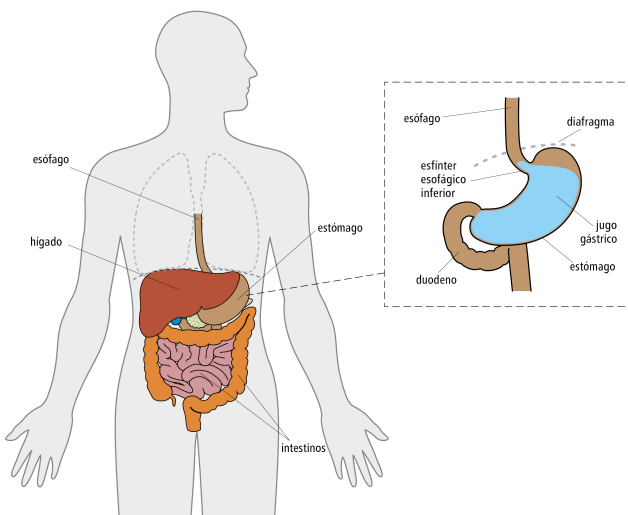


Fig. 1. Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Un papel importante en el desarrollo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico desempeñan también algunos fármacos tomados por el enfermo, sobre todo los anticonceptivos orales y aquellos utilizados en la cardiopatía isquémica, hipertensión arterial y enfermedades pulmonares (sobre todo del grupo de los bloqueadores de los canales de calcio, anticolinérgicos y metilxantinas, p. ej. teofilina).

La hernia de hiato también favorece la aparición de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (la parte superior del estómago es empujada hacia arriba a través del pequeño orificio en el diafragma —el músculo que separa los pulmones del estómago— e ingresa en el tórax). Mientras que la parte superior del estómago se encuentre empujada por encima del diafragma, el jugo gástrico permanece allí más tiempo, lo que facilita el reflujo del contenido del estómago hacia el esófago.

¿Con qué frecuencia se presenta la enfermedad por reflujo gastroesofágico?

En países desarrollados los síntomas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico se presentan diariamente en entre el 5 y 10% de la población y en un 20 %, una vez por semana. La prevalencia de la enfermedad es similar en hombres y mujeres y aumenta con la edad.

¿Cómo se manifiesta la enfermedad por reflujo gastroesofágico?

Los síntomas habituales incluyen: pirosis, eructos, sensación de regurgitación del contenido gástrico hacia el esófago. Las molestias también suelen describirse como ardor retroesternal, hiperacidez, eructos ácidos o dolor en la parte superior del abdomen.

Se agravan con el decúbito supino, sobre todo después de una comida copiosa o grasosa, al agacharse y al empujar.

Los síntomas preocupantes (los denominados "de alarma") que requieren una consulta médica y un diagnóstico rápido y detallado son trastornos de la deglución, dolor al tragar, pérdida de peso o sangrado del esófago.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico también puede provocar síntomas atípicos, tales como ronquera, tos seca y dolor torácico que imita el de origen cardíaco, así como sensación de tener un "bolo" en la garganta.

¿Cómo actuar ante los síntomas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico?

Cambios en el estilo de vida y en la dieta

Si se presentan síntomas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, merece la pena modificar el estilo de vida y, sobre todo, la dieta. Las comidas deben ser menos copiosas pero consumidas con más frecuencia y no antes de irse a la cama: se debe cenar por lo menos 3 horas antes de la hora de acostarse. Deben evitarse comidas grasosas y muy aliñadas, bebidas gaseosas, cítricos, café y chocolate. También es recomendable el abandono del alcohol y del hábito tabáquico.

En personas con obesidad o sobrepeso se recomienda reducir la masa corporal. Merece la pena intentar dormir con la cabecera de la cama levantada por encima de diez centímetros. Aparte de esto, deben evitarse trabajos en posición forzada, así como ponerse ropa y cinturones apretados. También se recomienda abandonar el tabaquismo.

Uso de fármacos de venta libre

El uso de antiácidos de venta libre, que contienen distintos compuestos de aluminio, calcio, magnesio y ácido algínico, puede proporcionar un alivio temporal pero se desaconseja su uso prolongado sin consultar al médico.

Consulta médica

Si los métodos mencionados no proporcionan una mejora, se debe acudir al médico, sobre todo si los síntomas son persistentes y se agravan. También es imprescindible realizar una consulta médica urgente en caso de síntomas preocupantes (trastornos de la deglución, dolor al tragar, pérdida de peso, sangrado del esófago).

Es necesario recordar que los síntomas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico pueden confundirse fácilmente con molestias que se presentan en el transcurso de la cardiopatía isquémica o, incluso, del infarto del miocardio. Es necesario prestar atención a las circunstancias en las que el dolor se manifiesta, puesto que el dolor anginoso tiene que ver con esfuerzo físico y cede en reposo o después de tomar nitroglicerina. A veces el diagnóstico definitivo requiere la realización de exámenes cardíacos completos.

¿Cómo se establece el diagnóstico?



Fig. 2. Imagen endoscópica de la esofagitis por reflujo. Visibles erosiones.

El diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico puede establecerse basándose en sus características síntomas clínicos y en la desaparición de los síntomas después de aplicar un tratamiento con inhibidor de la bomba de protones (p. ej. omeprazol durante unas 2 semanas).

En enfermos en los que los síntomas se mantienen durante un tiempo prolongado a pesar del tratamiento estándar, se recomienda realizar una gastroscopia para confirmar el diagnóstico. Se indica realizar "una endoscopia en la vida" en todos los enfermos con la historia prolongada de reflujo con el fin de descartar complicaciones (estenosis del esófago, sangrado, el denominado esófago de Barrett).

La endoscopia de la parte superior del tubo digestivo (gastroscopia) consiste en introducir una sonda flexible en la garganta y desplazarla a través del esófago, estómago y duodeno. En caso de necesidad, durante el examen se toman muestras de la mucosa del tubo digestivo para estudio histopatológico. La gastroscopia es el único método de toma de dichas muestras para una valoración microscópica de los cambios en el tubo digestivo sin que haya necesidad de realizar una cirugía. Este

procedimiento dura entre 20 y 30 minutos, antes de su realización se administra al paciente un anestésico local y no requiere ingreso en el hospital.

En casos de síntomas atípicos o antes de una cirugía planificada puede ser de utilidad la manometría de esófago (medición de la presión esofágica que evidencia alteraciones en la función del músculo del esfínter esofágico inferior) y la monitorización del pH esofágico durante 24 horas (la denominada pH-metría esofágica, consiste en una colocación de una sonda fina en el esófago y valoración de la acidez del contenido de este). Las exploraciones arriba mencionadas también pueden servir para valorar la eficacia del tratamiento.

¿Cuáles son los métodos de tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico?

Tratamiento farmacológico

Aparte de cambios en el estilo de vida, el tratamiento comienza con administración de fármacos inhibidores de la secreción del ácido gástrico (los denominados inhibidores de la bomba de protones, designados con la abreviatura IBP en publicaciones del ámbito de la medicina). A este grupo de fármacos pertenecen esomeprazol, lansoprazol, omeprazol, pantoprazol y rabeprazol. Se utilizan entre 2 y 4 semanas una vez al día, en ayunas y en dosis estándar indicadas por el médico. En caso de fracaso del tratamiento el médico puede decidir duplicar la dosis del fármaco y/o añadir un antagonista de los receptores de histamina H2 (famotidina) administrado antes de dormir.

Dichos fármacos también se utilizan en el tratamiento de mantenimiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico de curso leve.

Los fármacos procinéticos (cisaprida, metoclopramida) demuestran una eficacia similar a la de la ranitidina, sin embargo, se utilizan en pocas ocasiones debido a los efectos adversos que conllevan: la metoclopramida causa somnolencia, irritabilidad, trastornos neurológicos; la cisaprida causa peligrosas alteraciones del ritmo cardíaco.

Tratamiento quirúrgico

Si el tratamiento farmacológico no proporciona mejora a pesar de administrar las dosis máximas de fármacos, se considera el tratamiento quirúrgico. Sin embargo, resulta que un 50 % de los enfermos, al cabo de un período de tiempo diferente desde el procedimiento quirúrgico, aún necesita tratamiento farmacológico.

Tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en embarazadas

En embarazadas el tratamiento de elección es no farmacológico: se trata de modificar el estilo de vida y seguir una dieta adecuada. Los fármacos deben utilizarse por el período lo más corto posible y a las dosis lo más bajas posible. Suelen usarse antiácidos, que no se absorben en el torrente sanguíneo desde el tubo gastrointestinal. En caso de su ineficacia puede utilizarse ranitidina con precaución. Cada vez más datos indican que los inhibidores de la bomba de protones (especialmente el omeprazol) pueden usarse de manera segura en embarazadas. Dichos fármacos siempre deberían tomarse después de consultar con el médico y de acuerdo con sus indicaciones.

¿Es posible la curación completa de la enfermedad

por reflujo gastroesofágico?

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es una enfermedad crónica que cursa con agravaciones y remisiones.

La enfermedad no constituye una amenaza para la vida pero puede reducir significativamente la actividad cotidiana, también es necesario el tratamiento de mantenimiento continuo. En la mayoría de los enfermos tratados de manera crónica se utiliza la dosis mínima eficaz de inhibidores de la bomba de protones, que permite controlar las molestias. El pronóstico es bueno en caso de enfermedad por reflujo gastroesofágico de curso leve. La enfermedad por reflujo gastroesofágico de curso grave puede conducir a complicaciones graves tales como estenosis del esófago y sangrado del tubo digestivo.

En un 10 % de los enfermos puede derivar en el denominado esófago de Barrett que es un estado preneoplásico y requiere una vigilancia endoscópica regular con estudio histopatológico. El estado preneoplásico en ocasiones extremadamente poco frecuentes puede desarrollar el cáncer del esófago (en caso del esófago de Barrett, la incidencia es de un 0,5 % por año) pero una monitorización adecuada de la enfermedad permite su diagnóstico precoz y tratamiento.

¿Qué se debe hacer después de finalizar el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico?

Después de finalizar el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico se recomienda seguir con los buenos hábitos

alimentarios y evitar fármacos que puedan disminuir la presión del esfínter esofágico inferior, sobre todo los fármacos utilizados en la cardiopatía isquémica e hipertensión (se trata de los populares nitratos, β -bloqueantes, teofilina).

El control endoscópico tras el tratamiento se indica en pacientes con formas graves de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y en enfermos con complicaciones de esta.

En las demás personas, si tras la curación no se observan síntomas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, no existe la necesidad de realizar controles endoscópicos.

Los enfermos con el diagnóstico del esófago de Barrett requieren estar bajo una permanente vigilancia de un especialista debido al mayor riesgo de desarrollar un adenocarcinoma esofágico. En dichos enfermos un control endoscópico con toma de muestras para estudio histopatológico debe realizarse cada 3 años. Si se observan cambios más avanzados (la denominada displasia de bajo grado), este debe realizarse cada 12 meses o —en caso de displasia de alto grado— cada 3 meses.

¿Cómo se puede evitar la enfermedad por reflujo gastroesofágico?

Probablemente será beneficioso dejar de fumar, seguir una dieta adecuada con consumo limitado de alcohol y café y normalizar el peso corporal.

autor:
prof. Ewa Małecka-Panas (MD, PhD), Anna Mokrowiecka (MD, PhD)