

Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, Pautas de Tratamiento

Abordaje de los Pacientes con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una entidad clínica multifactorial cuya prevalencia está en alza, que es del 15% en la población mundial.¹ En Latinoamérica, la prevalencia es del 11.9% al 31.3% (en Argentina la prevalencia de pirosis o regurgitación es del 23%, mientras que la prevalencia de esofagitis por reflujo es del 35%).²

El impacto de la ERGE sobre la calidad de vida relacionada con la salud, así como el ausentismo laboral que provoca, son importantes y afectan de forma desigual según el área geográfica, el sexo y el perfil clínico. Además, la incidencia está creciendo en las últimas décadas, lo cual trae como consecuencia un incremento en la tasa de complicaciones, como el adenocarcinoma de esófago, y en los costos en salud.^{1,2}

La ERGE se define, por consenso, como los **síntomas o las complicaciones resultantes del reflujo del contenido gástrico hacia el esófago, la cavidad oral (incluida la laringe) o los pulmones**. La ERGE puede clasificarse, además, como la presencia de síntomas sin erosiones en el examen endoscópico (enfermedad por reflujo no erosiva [ERNE]) o síntomas de ERGE con erosiones presentes (enfermedad por reflujo erosiva [ERE]).¹⁻³

La interacción de distintos factores en el tracto gastrointestinal superior, como el paso del material gástrico (ácido, pepsina, sales biliares, enzimas pancreáticas) al esófago, los daños en la barrera antirreflujo de la unión gastroesofágica y la pérdida de los mecanismos de defensa y reparación en el epitelio esofágico, influyen en la fisiopatología de la ERGE.²

Factores de riesgo de la ERGE:¹

- Obesidad
- Bebidas carbonatadas
- Alto nivel de estrés
- Aumento de la presión intraabdominal
- Tabaco
- Fármacos: antiinflamatorios no esteroides (AINE), ácido acetilsalicílico, estrógenos, teofilina, antidepresivos tricíclicos, bloqueantes de los canales de calcio, anticolinérgicos, entre otros
- Hernia hiatal
- Los datos sobre el riesgo vinculado con la genética, la edad, la etnia, el sexo, la dieta (café, cítricos, chocolate o picantes) y el alcohol son contradictorios o no concluyentes.

Diagnóstico:

el diagnóstico de ERGE se realiza utilizando una combinación de síntomas, estudios endoscópicos, monitorización ambulatoria de reflujo y respuesta a inhibidores de la bomba de protones (IBP).²

La ERGE solapa algunas de sus manifestaciones clínicas con los síntomas de trastornos funcionales, como la dispepsia y la pirosis funcional, y con otros propios de las enfermedades extradigestivas; de ahí que su diagnóstico diferencial pueda ser complejo en algunas ocasiones.³

Síntomas de la ERGE^{1,2}

Esofágicos

- Pirosis
- Regurgitación
- Dolor de pecho*

Extraesofágicos

- Dispepsia (epigastralgia, náuseas, saciedad precoz, eructos)**
- Disfagia
- Tos crónica
- Asma
- Laringitis crónica

* El dolor de pecho, luego de haber descartado enfermedad cardíaca, puede ser un síntoma de ERGE. Antes, este síntoma se consideraba una manifestación extraesofágica de reflujo, pero actualmente fue incluido como manifestación esofágica.

** 38% de los pacientes con ERGE pueden presentar síntomas de dispepsia en forma concurrente.

Establecimiento del diagnóstico

1. Se puede establecer un diagnóstico presuntivo de ERGE en el contexto de síntomas típicos de pirosis y regurgitación. En este marco, se recomienda el tratamiento médico empírico con un IBP[†]. (Recomendación fuerte, nivel de evidencia moderado).
2. Los pacientes con dolor torácico no cardíaco en los que se sospecha^{2,3} ERGE deben someterse a una evaluación diagnóstica antes de iniciar el tratamiento (Recomendación condicional, nivel de evidencia moderado). Debe excluirse una causa cardíaca en pacientes con dolor torácico antes de comenzar una evaluación gastrointestinal. (Recomendación fuerte, nivel de evidencia bajo).
3. No se deben realizar radiografías con bario para diagnosticar ERGE. (Recomendación fuerte, nivel de evidencia alto).
4. No se requiere endoscopia alta en presencia de síntomas típicos de ERGE. Se recomienda la endoscopia en presencia de síntomas de alarma y para el cribado de pacientes con alto riesgo de complicaciones.* La endoscopia repetida no está indicada en pacientes sin esófago de Barrett, en ausencia de nuevos síntomas. (Recomendación fuerte, nivel de evidencia moderado).
5. No se recomiendan las biopsias de rutina del esófago distal específicamente para diagnosticar la ERGE. (Recomendación fuerte, nivel de evidencia moderado).
6. Se recomienda la manometría esofágica para la evaluación preoperatoria, pero no tiene ninguna función en el diagnóstico de ERGE. (Recomendación fuerte, nivel de evidencia bajo).
7. La monitorización ambulatoria de reflujo (pHimetría o impedanciometría/pH)** está indicada antes de considerar el tratamiento endoscópico o quirúrgico en pacientes con enfermedad no erosiva, como parte de la evaluación de pacientes refractarios a la terapia con IBP y en situaciones en las que el diagnóstico de ERGE está en duda. (Recomendación fuerte, nivel de evidencia bajo).
8. No se requiere monitorización ambulatoria del reflujo en presencia de esófago de Barrett de segmento corto o largo para establecer el diagnóstico de ERGE. (Recomendación fuerte, nivel de evidencia moderado).
9. No se recomienda el cribado de la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con ERGE. El tratamiento de la infección por *H. pylori* no se requiere de forma rutinaria como parte de la terapia antireflujo. (Recomendación fuerte, nivel de evidencia bajo).

IBP, inhibidores de la bomba de protones

[†]La prueba consiste en medir la respuesta sintomática a dosis altas de IBP durante un tratamiento corto (1-2 semanas). Respuesta diagnóstica positiva: el porcentaje de mejora del síntoma principal (pirosis) respecto de la situación basal oscila entre el 50% y el 75%.

*Suspender los IBP al menos 15 días antes de la realización de la endoscopia.

**La cápsula inalámbrica para la monitorización de pH ofrece un incremento en la tolerancia del paciente y la opción de extender el estudio por 48 o hasta 96 horas.

Los pacientes con endoscopia normal se subdividen en varios grupos:

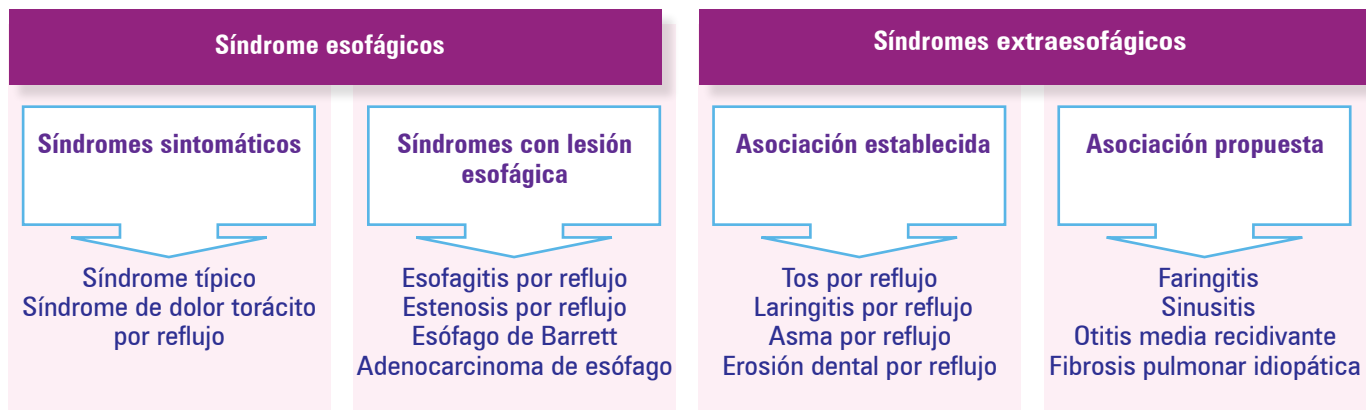
- ERNE, es decir, pacientes con endoscopia normal, pero con evidencia de ERGE en la monitorización ambulatoria de reflujo.
- Pacientes sin ERGE, pero con otra enfermedad que explica los síntomas, como por ejemplo acalasia o esofagitis eosinofílica.
- Pacientes sin evidencia de enfermedad orgánica, es decir, aquellos con trastornos funcionales como la pirosis funcional (pacientes con endoscopia y monitorización ambulatoria de reflujo normales).

Clasificación

La principal clasificación de ERGE en función del patrón sintomático y de los efectos nocivos del reflujo del contenido gástrico sobre diferentes tejidos, esofágicos o extraesofágicos, es la de Montreal. Sin embargo, existen otras clasificaciones sustentadas en pruebas complementarias funcionales o en perfiles clínicos con una base fisiopatológica compartida, que pueden aportar ventajas en el enfoque individualizado del paciente.¹

Fenotipos de pacientes con ERGE según la monitorización ambulatoria de reflujo²

1. ERGE definida por una exposición ácida patológica o episodios excesivos de reflujo ácidos o no ácidos (fracaso de barrera).
2. Esófago hipersensible: reflujo fisiológico con asociación temporal entre los episodios de reflujo y los síntomas.
3. Pirosis funcional. Reflujo fisiológico sin asociación entre los síntomas y los episodios de reflujo.



Adaptado de Asociación Española de Gastroenterología. Documento de actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el adulto. Disponible en: https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/guia-clinica/reflujo_gastroesofagico_final.pdf

Tratamiento

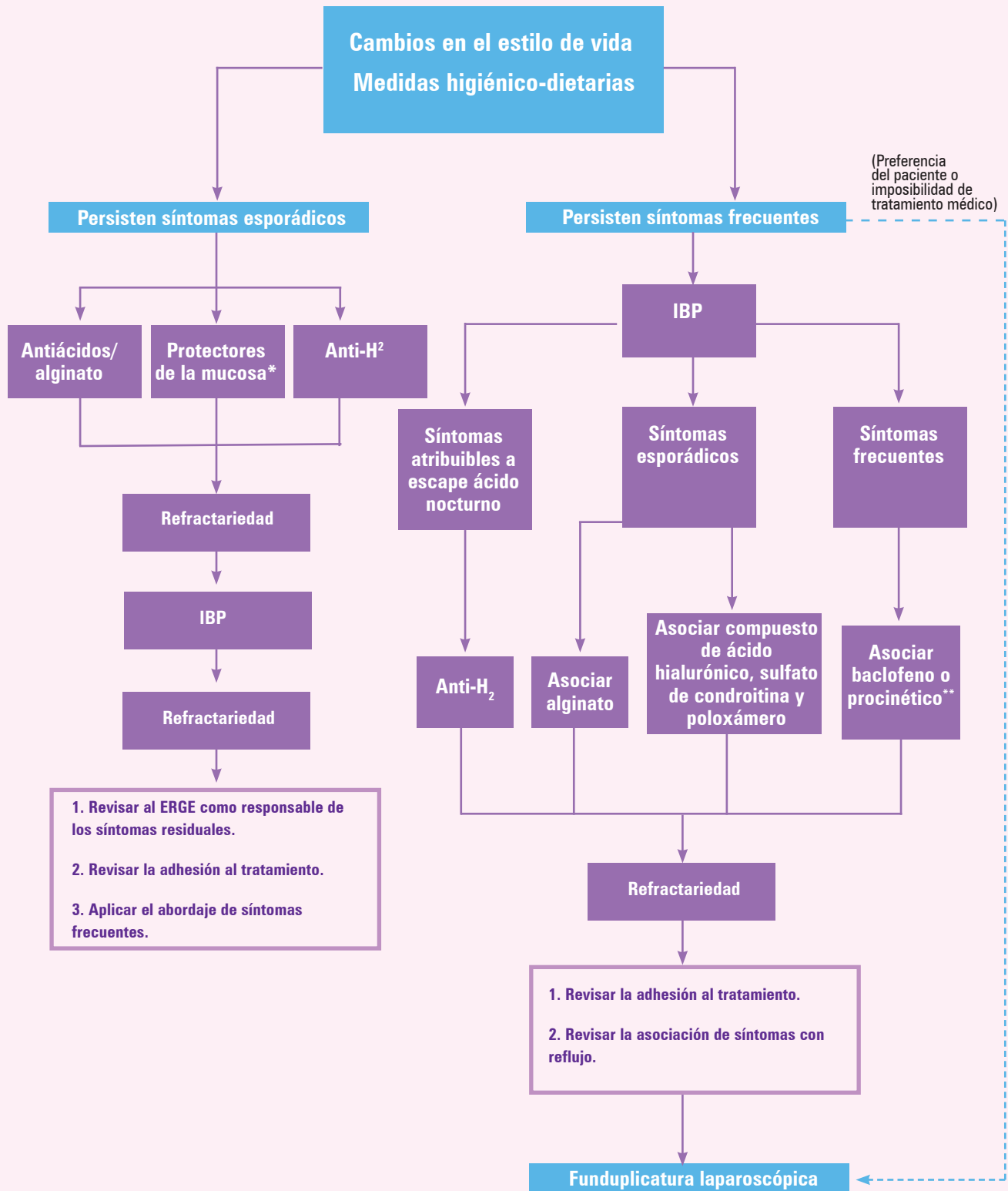
A pesar de la mejora en la eficacia de los fármacos empleados para el control de la acidez gástrica y del perfeccionamiento de algunas técnicas quirúrgicas y endoscópicas, la refractariedad terapéutica sigue siendo un problema relevante en la ERGE.¹

Recomendaciones para el tratamiento farmacológico³

- Se recomienda la pérdida de peso para los pacientes con ERGE que tienen sobrepeso o han aumentado de peso recientemente.* (Recomendación condicional, nivel de evidencia moderado).
- Se debe recomendar la elevación de la cabecera de la cama y evitar las comidas 2 a 3 h (sobre todo las grasas) antes de acostarse para los pacientes con ERGE nocturna. (Recomendación condicional, bajo nivel de evidencia).
- No se recomienda la eliminación de rutina de los alimentos que pueden desencadenar el reflujo (incluido el chocolate, la cafeína, el alcohol, los alimentos ácidos o picantes) en el tratamiento de la ERGE. (Recomendación condicional, nivel de evidencia bajo).
- 4. Un ciclo de 8 semanas de IBP es el tratamiento de primera línea para el alivio de los síntomas y la curación de la esofagitis erosiva.** No existen diferencias importantes en la eficacia entre los diferentes IBP. (Recomendación fuerte, nivel de evidencia alto).
- Los IBP tradicionales de liberación retardada deben administrarse 30 a 60 minutos antes de la comida para un control máximo del pH. (Recomendación fuerte, nivel de evidencia moderado). Los IBP más nuevos pueden ofrecer flexibilidad en la dosificación en relación con el horario de las comidas. (Recomendación condicional, nivel de evidencia moderado).
- El tratamiento con IBP debe iniciarse con una dosis diaria, antes de la primera comida del día. (Recomendación fuerte, nivel de evidencia moderado). En el caso de pacientes con respuesta parcial a la terapia de una vez al día, se debe considerar un tratamiento personalizado, con ajuste del momento de la dosis o incremento de la dosificación dos veces al día. (Recomendación fuerte, nivel de evidencia bajo).
- Los pacientes que no responden a los IBP deben ser remitidos para evaluación. (Recomendación condicional, nivel de evidencia bajo).
- En pacientes con respuesta parcial al tratamiento con IBP, aumentar la dosis a dos veces al día o cambiar a un IBP diferente puede proporcionar un alivio adicional de los síntomas. (Recomendación condicional, nivel de evidencia bajo).
- El tratamiento de mantenimiento con IBP se debe administrar a los pacientes con ERGE que continúan teniendo síntomas después de suspender los IBP, y en aquellos con complicaciones que incluyen esofagitis erosiva y esófago de Barrett. (Recomendación fuerte, nivel de evidencia moderado). Para los pacientes que requieren terapia con IBP a largo plazo, se debe administrar la dosis efectiva más baja, incluido el tratamiento a demanda o intermitente. (Recomendación condicional, nivel de evidencia bajo).
- La terapia con antagonistas de los receptores H₂ (anti-H₂) se puede utilizar como una opción de mantenimiento en pacientes sin enfermedad erosiva si estos tienen alivio de la pirosis. (Recomendación condicional, nivel de evidencia moderado). El tratamiento con anti-H₂ a la hora de acostarse se puede agregar a la terapia con IBP en pacientes seleccionados con evidencia objetiva de reflujo, pero puede estar asociado con la aparición de taquiflaxia después de varias semanas de uso. (Recomendación condicional, nivel de evidencia bajo).
- El tratamiento para la ERGE que no sea la supresión de ácido, incluida la terapia procinética o el baclofeno, no debe usarse en pacientes con ERGE sin una evaluación diagnóstica. (Recomendación condicional, nivel de evidencia moderado).
- El sucralfato no tiene ningún papel en la paciente con ERGE no embarazada. (Recomendación condicional, nivel de evidencia moderado).
- Los IBP son seguros en pacientes embarazadas si están clínicamente indicados. (Recomendación condicional, nivel de evidencia moderado).

*Una disminución en el IMC de 3.5 kg/m² con—lleva a un 40% de disminución en el riesgo de ERGE.² También está recomendado evitar el hábito tabáquico.¹

Algoritmo de tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico con diagnóstico establecido, según la Sociedad Española de Gastroenterología



ERGE, enfermedad por reflujo gastroesofágico; IBP, inhibidores de la bomba de protones; IMM-pH, impedancia multicanal con peachimetría.

*Sucralfato y compuesto de ácido hialurónico, sulfato de condroitina y poloxámero.

**El baclofeno es especialmente útil en el reflujo no ácido y de gas. Por sus efectos adversos es recomendable restringirlo a los casos confirmados por IMM-pH. El procinético resulta útil si el paciente asocia síntomas dispépticos de tipo malestar posprandial.

Adaptado de Asociación Española de Gastroenterología. Documento de actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el adulto. Disponible en: https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/guia-clinica/reflujo_gastroesofagico_final.pdf

Los IBP son el tratamiento de elección en todos los escenarios clínicos que plantea la ERGE.¹

Los IBP son más eficaces que el placebo y que los anti-H2 para la remisión de los síntomas a corto plazo y la curación de la esofagitis, con respuestas del 70% al 75 % según un metanálisis. Además, son eficaces para mantener la remisión de los síntomas y la esofagitis en el tratamiento de mantenimiento a largo plazo. Para la terapia de mantenimiento en pacientes con ERGE no erosiva, el tratamiento a demanda es rentable.¹

Tener en cuenta que:³

- El cambio de IBP se puede considerar en el contexto de efectos secundarios. (Recomendación condicional, nivel de evidencia bajo).
- Los pacientes con osteoporosis pueden permanecer en tratamiento con IBP. La preocupación por las fracturas de cadera y la osteoporosis no debería afectar la decisión de usar IBP a largo plazo, excepto en pacientes con otros factores de riesgo de fracturas de cadera. (Recomendación fuerte, nivel de evidencia moderado).
- El uso de IBP a corto plazo puede aumentar el riesgo de contraer neumonía adquirida en la comunidad. El riesgo no parece elevado en los usuarios a largo plazo. (Recomendación condicional, nivel de evidencia moderado).
- No es necesario modificar el tratamiento con IBP en los pacientes que utilizan clopidogrel, ya que la evidencia no respalda un aumento del riesgo de eventos cardiovasculares adversos. (Recomendación fuerte, nivel de evidencia alto).

Fuente:

1. Asociación Española de Gastroenterología. Documento de actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el adulto. Disponible en: https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/guia-clinica/reflujo_gastroesofagico_final.pdf
2. Olmos JA, Piskorz MM, Vela MF. Revisión sobre enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Acta Gastroenterol Latinoam 46:160-172, 2016.
3. Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. Am J Gastroenterol 108(3):308-328, Mar 2013; quiz 329. Epub 2013 Feb 19. Erratum in: Am J Gastroenterol 108(10):1672, Oct 2013.