

Optimización del tratamiento médico del reflujo gastroesofágico

Dr. Jorge Cervantes Cruz, FACS

Un escenario común, es el que se presenta todos los días ante un paciente con enfermedad por reflujo, es aquí donde se inicia la discusión del presente tema, cuántos de los pacientes que se tratan por reflujo gastroesofágico realmente requieren de tratamiento médico, a cuántos se debe optimizar su manejo y cuántos directamente son quirúrgicos. La primera pregunta es conocer si los síntomas que el paciente presenta son realmente secundarios a la enfermedad por reflujo. Endoscópicamente solamente el 30% de los pacientes con síntomas de esofagitis presentan lesiones demostrables mientras que el 70% restante de los pacientes que tienen síntomas de reflujo no tienen lesión endoscópica visible, esto es conocido como una subcategoría de la enfermedad por reflujo llamada enfermedad por reflujo no erosiva (NERD).

Está demostrado que más del 40% de la población en los EUA reportan síntomas relacionados con reflujo por lo menos una vez al mes, y un 20% lo hace una vez a la semana. La relación que guarda esta estadística es para entender que un alto porcentaje de la población que no manifiesta enfermedad están sujetos por los hábitos alimenticios a sufrir reflujo fisiológico (hasta 14% del día), y que un porcentaje de éstos evolucionará a enfermedad erosiva siempre y cuando las alteraciones anatomo-fisiológicas cambien. Algunos de los factores que determinan directamente esta proporción es el índice de masa corporal y la exposición ácida en el esófago de personas con ERGE típica, ya que la población que presenta índice de masa corporal por arriba de 23 tienen mayor grado de acidez en la parte distal del esófago y por ende manifestaciones extraesofágicas de las cuales la más común es la tos cercano al 40%, dolor torácico en 30%, disfonía 22% y otras menores como asma y escurrimiento nasal.

Se han postulado diferentes factores en la fisiopatología de la enfermedad por reflujo no erosiva, algunos de éstos ya aceptados y bien establecidos como la hipersensibilidad visceral, las diferentes alteraciones fisiológicas del esófago como aperistalsis esofágica y/o la aclaración esofágica, se ha detectado un factor de crecimiento epidérmico en la saliva de los enfermos, la

cual aumenta de manera importante e indica el papel protector contra el daño tisular, otro aspecto fisiológico está relacionado con los receptores canabinoides que se encuentran ubicados en áreas específicas cerebrales y que ejercen la activación de relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior, este efecto se observa cuando el tetrahidrocannabinol inhibe el número de relajaciones del esfínter secundarias a la ingestión de alimentos, la evaluación de la presencia de estos receptores en el tejido esofágico de pacientes con lesión endoscópica es menor que en los pacientes que no presentan ningún daño epitelial por lo que se considera una parte importante en la defensa del epitelio esofágico.

El diagnóstico de la enfermedad por reflujo no erosiva se basa en la ausencia de lesiones detectadas en la endoscopia convencional, las manifestaciones clínicas principales de estos pacientes son pirosis y dolor torácico de origen no cardiaco, se han utilizado diferentes métodos para intentar demostrar lesiones en el epitelio como la endomicroscopia confocal, sin embargo se hace énfasis en no emplear de manera excesiva los hallazgos detectados por las novedosas técnicas de endoscopia debido al riesgo de sobrediagnosticar la verdadera enfermedad por reflujo y someterlo a una intervención quirúrgica que no quitaría los síntomas de la enfermedad. Para valorar de manera exacta la presencia o no de reflujo se realiza la medición del pH y la utilidad en últimos estudios de la impedancia eléctrica intraluminal con pH, esto para demostrar la utilidad para el diagnóstico correcto del reflujo ácido y no ácido en la producción de los síntomas. Los resultados de diversos trabajos indican que la exposición ácida esofágica es infrecuente cuando se presentan síntomas extraesofágicos y que la impedancia eléctrica intraluminal incrementa la probabilidad del diagnóstico en cerca del 35%. El reflujo no ácido puede ser importante en la producción de los síntomas extraesofágicos.

El manejo médico inicial del reflujo gastroesofágico permite definir un tratamiento más específico para los pacientes con enfermedad erosiva, enfermedad no erosiva y manifestaciones extraesofágicas o atípicas,

Cirujano Adscrito al Servicio General del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza. Fellow del Colegio Americano de Cirujanos. Profesor Titular del Curso de Gastroenterología del Pregrado del Instituto Politécnico Nacional.
Cirujano General del Hospital Ángeles Lindavista.
E-mail: danjorge@prodigy.net.mx

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medicographic.com/cirujanogeneral>

en los cuales definitivamente el manejo inicial son los inhibidores de bomba de protones (IBP). La enfermedad por reflujo refractaria al tratamiento es cercana al 40%. Esta falla se debe a síntomas atípicos, gravedad de la enfermedad o presencia de *Helicobacter pylori* y al apego al tratamiento médico y dietético. El rebote de la hipersecreción ácida se presenta por efectos tróficos de la hipergastrinemia inducida sobre la mucosa oxíntica y ésta generalmente se presenta entre los siete y diez días posteriores a la suspensión de los IBP.

El tratamiento óptimo de la enfermedad por reflujo, se ha dividido en categoría médica y quirúrgica, ya demostrada la superioridad del segundo sobre el primero, siempre que se encuentre un buen diagnóstico sustentado en los diferentes estudios existentes. Los IBP han demostrado superioridad médica contra todos los demás intentos de medicación antiácida, diferentes estudios postulan la dosis y tiempo para remisión de síntomas, siempre que estos síntomas sean derivados de lesiones esofágicas encontradas durante la exploración endoscópica. Esta regla que no deberá olvidarse para la optimización del tratamiento "estar seguros de tratar síntomas de reflujo en pacientes que realmente tienen reflujo gastroesofágico".

Referencias

- Islam M, Goutte M, Slaughter JC et al. BMI and esophageal acid exposure in extraesophageal GERD: A non-linear relationship. *Gastroenterology* 2010; 138: S641-2.
- Vakil N, Van Zanten SV, Kahrilas P et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 1900-20.
- O Castell D, Kahrilas PJ, Richter JR, Vakil NB, Johnson DA, Zuckerman S, Skammer W, Levine JG. Esomeprazole (40 mg) compared with lansoprazole (30 mg) in the treatment of erosive esophagitis. *Am J Gastroenterol* 97: 575-583; 1572-0241.2002.05532.
- Charbel S, Khandwala F, Vaezi MF. The role of esophageal pH monitoring in symptomatic patients on PPI therapy. *Am J Gastroenterol* 100: 283-289;
- Shay SS, Tutuian R, Sifrim D et al. Twenty-four hour impedance and pH monitoring (24-hr Imp-pH) in the evaluation of GERD patients with persistent symptoms despite bid proton pump inhibitors (PPI): A Multicenter Study (abstract). *Gastroenterology* 2004:126.
- Fass R, Fennerty MB, Vakil N. Nonerosive reflux disease-current concepts and dilemmas. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 303-314.
- Fass R, Sifrim D. Management of heartburn not responding to proton pump inhibitors. *Gut* 2009; 58: 295-309.
- Fass R. Proton pump inhibitor failure-what are the therapeutic options? *Am J Gastroenterol* 2009; 104: S33-S38.
- Fenton P, Terry ML, Galloway KD et al. Is there a role for laparoscopic fundoplication in patients with non-erosive reflux disease (NERD)? [abstract]. *Gastroenterology* 2000; 118: A481, #2600.
- Mainie I, Tutuian R, Shay S et al. Acid and non-acid reflux in patients with persistent symptoms despite acid suppressive therapy: a multicentre study using combined ambulatory impedance-pH monitoring. *Gut* 2006; 55: 1398-1402.
- Juul-Hansen P, Rydning A. On-demand requirements in patient with endoscopy-negative GERD: H2-blocker versus PPI, *Aliment Pharmacol Ther* 2009; 29: 207-212.