



Enfermedad por reflujo ¿Alerta sanitaria?

José Luis Ibarrola Calleja*

El reflujo gastroesofágico se ha convertido en una de las más frecuentes causas de consulta en gastroenterología.

La recidiva crónica es, por excelencia, la naturaleza de esta enfermedad, aunado a ello y como consecuencia de la frecuente aparición de los síntomas, es sumamente difícil diferenciar a los pacientes nuevos de aquéllos con enfermedad recurrente. Por esa razón, no sólo hablar sobre la prevalencia es difícil, también lo es sobre la incidencia, e incluso lo es aún más. Datos estadísticos muestran que en Estados Unidos el 7% de la población adulta refiere pirosis diaria, el 20% la manifiesta al menos una vez por semana y el 44% como mínimo, una vez al mes; del 10-20% de los enfermos presentan complicaciones, sobre todo esófago de Barrett. En Europa la prevalencia de la enfermedad por reflujo sintomática se cifra en algo más de 5% de la población; la de esofagitis por reflujo en el 1-2%.

Los datos anteriores no son datos representativos de la realidad, pues muchos pacientes con la enfermedad por reflujo jamás van a su médico ya que no le otorgan importancia a sus síntomas. A esto hay que añadir un nuevo elevado número de pacientes con reflujo cuyos síntomas son extraesofágicos y que, por ello, no están diagnosticadas adecuadamente. Aun así, en los últimos años se ha visto cómo fue aumentando la consulta por pacientes con síntomas típicos y atípicos de la enfermedad por reflujo.

Si recordamos que el ser humano tiene costumbres alimentarias muy diferentes, a saber: horarios, clases y calidad de alimentos, tipo de masticación (rápida o lenta),

abuso de condimentos, abuso en la cantidad de alimentos, abuso de alcohol, abuso de estrés, café, tabaco, presencia de sobrepeso o antecedentes hereditarios francamente positivos de reflujo con presencia del mismo desde el nacimiento incluso.

En el siglo XX, la prevalencia de la enfermedad ácido-péptica gastrointestinal ocasionó un enorme número de operaciones mutilantes que dejaron una legión de pacientes con secuelas de esas cirugías tan agresivas. Las indicaciones para la cirugía eran muy claras: dolor intratable, sangrado de tubo digestivo y perforación de úlcera gástrica.

Las gastrectomías con vagotomías o las vagotomías con piroplastias fueron, en su momento, un gran esfuerzo para resolver el problema de las úlceras gastroduodenales, y se abrió con ello un gran catálogo de secuelas o complicaciones tardías que con frecuencia fueron peores que la enfermedad ácido-péptica. En esa época fue lo único que podía ayudar al ulceroso.

Al arribo de la cimetidina (Tagamet) como "por arte de magia" en los años setenta, casi en forma repentina acabó con la cirugía gástrica y dio inicio a la era medicamentosa para bien de los pacientes, de los médicos y de la industria farmacéutica.

Para entonces muchos pacientes operados sufrieron el "Síndrome de Albatros" y se hicieron dependientes de sus médicos por toda su vida, al padecer el síndrome de vaciamiento rápido y al ver cómo su cuerpo sufrió un gran deterioro, con desnutrición y diarreas intratables. Hoy consideramos muy agresivo o quizás monstruoso, lo que en su momento era lo más "moderno" en el tratamiento de la enfermedad ácido-péptica. Junto con la dieta de sippy, el uso de sales de aluminio y bicarbonato o el melox y la milanta.

Los médicos jóvenes no conocieron esta época, pero sí conocen a los antagonistas H2 y los inhibidores de bomba de protones, nombres muy sofisticados de las sales cimetidina, así como la ranitidina, el omeprazol, el pantoprazol y el ensoprazol y otras que en realidad son variables de la misma sal y que poco a poco sustituyeron a las sales de bicarbonato y otras marcas comerciales que los pacientes traían en sus bolsas como caramelos tales como el Alka

* Ex Director Médico y Fundador del Hospital Ángeles Pedregal.
Profesor Titular del Curso de Cirugía Laparoscópica Avanzada.
Hospital Ángeles Pedregal.

Correspondencia:
José Luis Ibarrola Calleja
Correo electrónico: jibarrola47@terra.com.mx

Aceptado: 19-10-2011.

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

Seltzer o la sal de uvas y Tums que hasta la actualidad se siguen utilizando.

Sin embargo, cambió la sintomatología, ya que el cuadro ulceroso se modificó y los enfermos se empezaron a dar cuenta de otros síntomas que seguramente antes se confundían o se empalmaban con los síntomas ulcerosos y que se fueron definiendo como datos de enfermedad por reflujo, lo que actualmente nos permite reconocer o separar los pacientes con cuadro de reflujo típico por la presencia de pirosis con dolor epigástrico y el otro grupo de pacientes con malestares atípicos que pueden expresarse con: cefaleas, faringitis de repetición, bronquitis, crisis asmáticas e incluso neumonía, sinusitis, halitosis, eructos frecuentes, caries dentales, disfonía, astenia, irritabilidad, insomnio, pesadillas, garraspera matutina, dolor precordial, dolor dorsal alto, palpitaciones, taquicardia, arritmia, hipertensión y/o hipotensión arterial. Desmayos o desvanecimientos, particularmente en mujeres jóvenes; fenómenos disautonómicos asociados que frecuentemente desconciertan al clínico y que en presencia de reflujo es obligada la prueba clínica de la cama inclinada, estudio que con frecuencia ayuda al diagnóstico de disautonomía en pacientes con reflujo gastroesofágico.

Muchos pacientes con reflujo gastroesofágico y disautonomía incluso fueron considerados para marcapasos o terapia medicamentosa agresiva, o fueron confundidos con otros diagnósticos como depresión, neurosis o hipoglucemias reactivas.

Como puede observarse, la presencia de síntomas atípicos es muy variada y en ocasiones tales síntomas son tan extraños que no es raro que pasen inadvertidos para el paciente y para el médico familiar, de modo que, para nuestra sorpresa, en muchas ocasiones suelen ser más frecuentes que los síntomas típicos.

Estas observaciones personales que relato son producto de más de treinta años de escuchar y observar pacientes con reflujo gastroesofágico y corroborar en el gabinete la presencia de reflujo, lo cual es muy importante ya que lamentablemente la broncoaspiración crónica e inadvertida puede llevar a procesos bronquiales, crónicos e inadvertidos y causar secuelas respiratorias que pueden devenir en gran incapacidad ventilatoria pulmonar, e incluso en la muerte por neumonía severa, broncoaspiración o bronquiolitis obliterante.

Por causa de ello, el reflujo gastroesofágico silencioso no debería subestimarse sin advertir lo que realmente es: un serio problema de salud pública que a mediano o largo plazo puede representar un problema irreversible de consecuencias funestas para la salud de los pacientes. Incluyendo el desarrollo de la metaplasia esofágica o Barrett y el incremento del cáncer de la unión gastroesofágica o incluso al cáncer laríngeo.

El costo que representa el reflujo en el mundo, actualmente es muy importante. Sólo habría que revisar las ventas anuales de inhibidores de la bomba de protones y otros medicamentos para encontrarnos con lo que ya es un grave problema mundial de salud, sin escudriñar en las consecuencias por el abuso de medicamentos que al abatir la acidez, condicionan en ocasiones translocación bacteriana, incluyendo la presencia de *Helicobacter pylori* y su participación en la oncogénesis del cáncer gástrico. Amén de los costos mundiales por la cirugía antirreflujo que con la mínima invasión hoy es un procedimiento común.

En suma, el grado de sospecha en el diagnóstico de reflujo gastroesofágico debe mejorar; el diagnóstico más temprano y oportuno debe investigarse con una excelente historia clínica, con endoscopia que no siempre es definitoria. El estudio baritado del esófago con maniobra de Sifón es muy útil ya que nos proporciona mucha información, incluyendo una evaluación de la bomba esofágica (Peristalsis I y II) y la dimensión de la posible hernia. Los estudios de phmetría de 24 horas y manometría esofágica se solicitan en pacientes muy seleccionados y funcionan como información complementaria más no rutinaria, en nuestra opinión.

En ocasiones el paciente tiene una historia clínica muy pertinaz de reflujo y los estudios de endoscopia, imagen o de gabinete no son muy concluyentes, en esos casos deberá investigarse en lo posible problemas autoinmunes como la esclerodermia, o investigar antecedente de radioterapia por cáncer de mama, o bien trastornos de la motilidad esofágica primaria muy raros.

La indicación quirúrgica en la mayoría de los pacientes con reflujo gastroesofágico es relativamente sencilla, pero la experiencia del clínico o del cirujano son muy relevantes para la correcta indicación y la mejor realización, así como para obtener el éxito de dicho propósito.

Por cierto que a pesar de que hay dos modalidades de cirugía antirreflujo más comunes, Nissen y Toupet, cada cirujano le imprime un sello personal, o bien una técnica variable que obedece a su experiencia particular, clara consecuencia de una larga curva de aprendizaje que ocasiona resultados contrastantes, pero en general satisfactorios y que le proporcionan al paciente un respiro contendiente a los síntomas que le restan calidad y expectativa de vida.

Agradecemos al Dr. Ramiro Terrazas Rodríguez su apreciable y gran ayuda en la confección de este documento editorial.

REFERENCIAS CONSULTADAS

1. Cañones GPJ, Encinas SA. *Semiología del aparato digestivo*. El Médico, Profesión y humanidades; Madrid, España 2002: 819-820.
2. Cappell M. Clinical presentation, diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Med Clin N Am* 2005; (89): 243-29.

3. Bohmer CJ, Klinkenberg-knol EC, Niezen-De Boer RC, Meuwissen SG. The prevalence of gastro-oesophageal reflux disease based on non-specific symptoms in institutionalized, intellectually disabled individuals. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1997; 9: 187-90.
4. Van Pinxteren B, Numans ME, Bonis PA, Lau J. Tratamiento a corto plazo con inhibidores de la bomba de protones, antagonistas de los receptores H₂ y procinéticos para los síntomas similares a los de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y para la enfermedad por reflujo con endoscopia negativa (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
5. Bardhan KD, Müller-Lissner S, Bigard MA, Bianchi-Porro G, Ponce J, Hosie J et al. Symptomatic gastro-oesophageal reflux disease: double blind controlled study of intermittent treatment with omeprazole or ranitidine. *BMJ* 1999; 318: 502-507.
6. Chang A, Lasserson T, Gaffney J, Connor F, Garske L. Tratamiento del reflujo gastroesofágico para la tos inespecífica prolongada en niños y adultos. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 1. Art. No.: CD004823. DOI: 10.1002/14651858.CD004823.
7. Wileman SM, McCann S, Grant AM, Krukowski ZH, Bruce J. Tratamiento médico versus quirúrgico para la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2010 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2010 Issue 3 Art no. CD003243. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
8. Wang JH, Luo JY, Dong L, Gong J, Tong M. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: a general population-based study in xi'an of northwest china. *World J Gastroenterol* 2004; 10: 1647-51.
9. Isolauri J, Laippala P. Prevalence of symptoms suggestive of gastro-oesophageal reflux disease in an adult population. *Ann Med* 1995; 27: 67-70.
10. Díaz-Rubio ER, Álvarez SA, Díaz-Rubio M. Enfermedad por reflujo gastroesofágico; *Revista Medicina* 2004; 9(1): 18-28.
11. Braghetto I, Brunetto B, Maass JC, Henríquez A. Enfermedad por reflujo gastroesofágico como causa de daño laringeo. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2003; 63: 173-180.