

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE)

¿QUÉ ES LA ERGE? ¿CÓMO SE PRODUCE?

La ERGE es una enfermedad que se produce cuando el reflujo gastroesofágico (RGE) ocasiona síntomas molestos, que deterioran la calidad de vida de los pacientes, o complicaciones. El RGE se define como el tránsito de contenido del estómago al esófago.

El contenido del estómago es el jugo gástrico, cuyo elemento más característico es el ácido clorhídrico o una mezcla del jugo gástrico con alimentos. Los alimentos, sólidos o líquidos, tras ser ingeridos, pasan al esófago que los transporta al estómago. Los alimentos en el estómago son transformados en una especie de papilla, por la acción del jugo gástrico y las contracciones gástricas, durante un proceso que puede durar varias horas, siendo transportados finalmente al duodeno (vaciamiento gástrico). El tránsito de los alimentos del esófago al estómago está regulado por una válvula o esfínter muscular (esfínter esofágico inferior), situado en la unión esofagogástrica, que al relajarse permite el paso del alimento al estómago y, tras cerrarse y mantenerse en esta situación, impide que el contenido del estómago pueda pasar o refluir al esófago. El músculo del esfínter esofágico inferior, en los pacientes con ERGE, puede ser débil (esfínter hipotónico) y permanecer abierto casi siempre, o no funcionar bien, manteniéndose abierto durante periodos de tiempo de duración variable.

Es frecuente que los pacientes con ERGE tengan una hernia de hiato. En las hernias de hiato parte del estómago asciende a través del diafragma al tórax. La unión esofagogástrica se sitúa a nivel torácico, dificultando la función del esfínter esofágico inferior y favoreciendo la ERGE. La asociación de ERGE y hernia de hiato es frecuente, pero existen hernias de hiato sin ERGE y ERGE sin hernia de hiato.

Otro concepto que requiere aclaración es que la existencia de RGE no implica que exista una ERGE. En la población general "sana" se demuestra que existe RGE (RGE fisiológico), en general de baja cuantía y de breve duración, que cursa de forma asintomática o con síntomas leves bien tolerados, especialmente tras ingestas copiosas y sin ninguna complicación. La ERGE, como se ha referido previamente, se origina cuando el RGE ocasiona síntomas molestos o complicaciones, que se comentarán a continuación.



¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS Y LAS COMPLICACIONES DE LA ERGE?

Los pacientes con ERGE pueden tener síntomas más o menos molestos y presentar o no complicaciones. Esta variabilidad depende de factores como la duración de los episodios de RGE, el volumen y agresividad (mayor o menor acidez) del material refluido, el tiempo de contacto de este material con la mucosa esofágica, la sensibilidad de cada persona frente al estímulo del ácido, etc. Los síntomas más frecuentes de la ERGE son la pirosis, la regurgitación alimenticia y el dolor torácico, y entre las complicaciones destacamos la esofagitis erosiva, la estenosis esofágica, el esófago de Barrett y la laringitis.

La pirosis es el síntoma más típico y más frecuente de la ERGE. La pirosis es consecuencia del reflujo de jugo gástrico hacia el esófago, siendo referido por los pacientes como una sensación de ardor, quemazón o incluso de fuego que se inicia en el epigastrio o en la “boca del estómago” y asciende por el centro del tórax, pudiendo alcanzar la garganta (faringe) y percibirse como un líquido ácido en boca. La pirosis puede presentarse en cualquier momento del día, pero es más frecuente tras la ingesta y al estar acostado, especialmente cuando la ingesta ha sido reciente, o al agacharse. La pirosis puede presentarse casi todos los días, por temporadas o de forma ocasional, tener una intensidad y duración variable, siendo en ocasiones insoportable, pudiendo interferir en el descanso nocturno y en la actividad social, laboral o incluso sexual de los pacientes. La pirosis suele remitir con alcalinos y prevenirse con fármacos que disminuyan la secreción gástrica ácida (antisecretores).

La regurgitación es un síntoma menos frecuente, que suele asociarse a la pirosis, aunque no obligatoriamente, y que se percibe como la sensación de que el alimento asciende del estómago al esófago. Es frecuente que se perciba al agacharse o al acostarse tras una ingesta reciente, con la sensación de que la comida viene a la boca. En casos más graves el alimento, en forma de partículas, es detectado en la boca o faringe. Hay que distinguir la regurgitación del vómito. La regurgitación se produce de una forma espontánea y, al contrario que el vómito, no se precede de náuseas ni de arcadas.

El dolor centrotorácico de aparición aguda o brusca es otro síntoma que pueden presentar los pacientes con ERGE, por espasmos esofágicos. Es un dolor similar al de la cardiopatía isquémica (angina de pecho). Se debe sospechar que su origen es el RGE cuando se relaciona con la ingesta y no con el esfuerzo, y cuando mejora con fármacos alcalinos o antisecretores. En ocasiones puede ser muy difícil distinguir el dolor torácico provocado por la ERGE del dolor torácico de la cardiopatía isquémica (angina o infarto de miocardio).

La mayoría de los pacientes con ERGE no presentarán nunca complicaciones. Las complicaciones tienden a presentarse en pacientes con una enfermedad más grave desde el inicio, con síntomas frecuentes e intensos, y de mayor duración en el tiempo, aunque en ocasiones están presentes desde el momento del diagnóstico. La complicación más frecuente es la esofagitis erosiva, que es una inflamación de la mucosa esofágica por la acción irritativa crónica del RGE. En la esofagitis erosiva la mucosa esofágica, especialmente de la porción más cercana al estómago (esófago inferior), tiene una coloración rojiza y heridas o desgarros habitualmente poco profundos (erosiones). Los pacientes con esofagitis erosiva, además de los síntomas propios del RGE (pirosis y regurgitaciones) pueden tener dolor relacionado con el paso del alimento a través del esófago (odinofagia) y hemorragia digestiva aguda o crónica, originándose en este caso anemia por pérdida de hierro. La esofagitis erosiva puede complicarse, al cicatrizar las lesiones, con el desarrollo de un estrechamiento de la luz del esófago (estenosis esofágica) pudiendo originar dificultad o, incluso detención, del tránsito de los alimentos sólidos (disfagia), especialmente poco masticados o muy

consistentes o compactos (carne). El tratamiento correcto de la esofagitis erosiva con fármacos antisecretores ha disminuido la frecuencia de las estenosis esofágicas.

El esófago de Barrett es una complicación poco frecuente de la ERGE. En esta enfermedad la mucosa esofágica, agredida de forma constante por el RGE (jugo gástrico) se transforma en una mucosa similar a la mucosa del estómago o del intestino, con mayor capacidad defensiva, por un proceso denominado metaplasia. La transformación de la mucosa se inicia en la porción más inferior del esófago, que es la zona más agredida por el RGE, pero progresivamente puede ascender y afectar a una porción extensa del esófago. La presencia de esófago de Barrett con metaplasia de tipo intestinal predispone al desarrollo de tumores esofágicos (adenocarcinoma) y los pacientes con esta enfermedad deben ser vigilados, mediante gastroscopias y biopsias, de forma periódica.

La ERGE puede ocasionar síntomas o complicaciones por afectación de órganos ajenos al tubo digestivo, como la laringe o los bronquios. Se considera que el RGE puede ser causa de inflamación de la laringe (laringitis), presentando los pacientes ronquera o disfonía, o de que se cierren los bronquios (broncoespasmo), causando sensación de dificultad respiratoria (disnea) como en los pacientes con asma bronquial, posiblemente por paso del material refluido a las vías respiratorias.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA ERGE?

Para el diagnóstico de la ERGE es suficiente la historia clínica del paciente: presencia de pirosis, con o sin regurgitaciones que deteriora su calidad de vida, que aparece tras la ingesta, al acostarse o agacharse, que cede con alcalinos y se previene con fármacos antisecretores. La endoscopia oral se practica con frecuencia en pacientes con ERGE pero no es necesaria para el diagnóstico. Mediante esta exploración podemos detectar la presencia de hernia de hiato y complicaciones como esofagitis, estenosis y esófago de Barrett, así como descartar otras enfermedades. Se deberá practicar cuando existan datos de alarma (dificultad para tragar, anemia, pérdida de peso) que nos sugieran una complicación, cuando los síntomas del paciente no sean tan típicos, como los referidos previamente, o bien no mejoren con antisecretores, o haya otros datos clínico-analíticos que sugieran que pueden existir otras enfermedades. Otro motivo de realización de endoscopia puede ser cuando se indique la intervención quirúrgica de la ERGE, para que el cirujano tenga mayor información sobre el estado de la enfermedad.

La pH-metría esofágica ambulatoria de 24 horas es el mejor método para conocer el tiempo que está en contacto el jugo gástrico ácido con la mucosa esofágica y constatar si los síntomas del paciente están relacionados con episodios de RGE. Consiste en introducir una sonda de plástico fina a través de las fosas nasales hasta el esófago inferior. La sonda tiene sensores sensibles a cambios del pH. Los episodios de RGE se detectan por descenso del pH en el esófago inferior. El paciente, con la sonda conectada a un dispositivo de registro colocado en un cinturón, se incorpora a su vida rutinaria durante 24 horas. La lectura del registro nos informará de la existencia de episodios de RGE: número de episodios, duración de los mismos, relación con la ingesta, con la postura (acostado, agachado o de pie) y con los síntomas que refiera durante este tiempo, pudiendo evidenciarse una relación entre el episodio de RGE (descenso del pH en esófago) y, por ejemplo, el dolor torácico. La pHmetría estará indicada en pacientes con diagnóstico clínico de ERGE pero sin respuesta al tratamiento, en los que van a ser sometidos a tratamiento quirúrgico del RGE o en los que presenten síntomas atípicos como dolor torácico, broncoespasmo o disfonía.

¿ES FRECUENTE LA ERGE? ¿ES GRAVE? ¿ES PROGRESIVA?

Estudios epidemiológicos muestran que el 15% de la población española y el 10-20% de la población de Estados Unidos y de Europa Occidental padecen ERGE y que la mayoría de estos pacientes (70-90%) no tienen esofagitis erosiva.

La ERGE deteriora, por definición, la calidad de vida de los pacientes, pero no debe considerarse una enfermedad grave con el concepto habitual de este término. En la gran mayoría de los casos la enfermedad es leve o moderada, sin complicaciones preocupantes, controlable con hábitos de vida saludables y/o con tratamiento farmacológico, siendo imprescindible el tratamiento quirúrgico en una minoría de pacientes.

La ERGE no es una enfermedad progresiva y la mayoría de los pacientes sin esofagitis, en el momento del diagnóstico, no presentarán nunca esta complicación. La mayoría de los pacientes con ERGE y esofagitis, tratados correctamente, mejorarán con el paso del tiempo y sólo una minoría tendrá complicaciones como estenosis péptica o esófago de Barrett.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO DE LA ERGE?

La ERGE no es una enfermedad homogénea y el tratamiento deberá individualizarse dependiendo de la presencia de esofagitis u otras complicaciones, así como de la intensidad y presentación diaria u ocasional de los síntomas.

Para el tratamiento de la ERGE disponemos de las siguientes opciones: a) Medidas generales, b) Tratamiento farmacológico, c) Tratamiento quirúrgico y d) Tratamiento endoscópico.

a) **Medidas generales.** Debemos recomendar siempre una serie de medidas generales, potencialmente beneficiosas, que incluyan tanto hábitos de vida saludables como hábitos dietéticos. Mediante el cumplimiento razonable de estas medidas podemos conseguir el control de la enfermedad, especialmente en casos leves, que la enfermedad sea mejor tolerada o se requiera un menor consumo de fármacos. Los pacientes deben evitar el sobrepeso, las comidas muy copiosas, alimentos concretos que originen pirosis, el tabaco y las bebidas alcohólicas, las bebidas carbonatadas, zumos cítricos y acostarse en las 2-3 horas siguientes a las comidas. Los pacientes con síntomas nocturnos se pueden beneficiar de dormir con la cabecera de la cama elevada.

b) **Tratamiento farmacológico.** Disponemos de dos grupos de fármacos para el tratamiento de la ERGE: Fármacos que actúan sobre la secreción gástrica ácida (alcalinos y antiseoretos) y fármacos procinéticos. Los alcalinos o antiácidos (almagato, magraldato, etc) al neutralizar rápidamente la secreción gástrica ácida son eficaces en el control puntual de la pirosis. Los antiseoretos (antagonistas H₂ e inhibidores de la bomba de protones (IBP)) disminuyen la secreción gástrica ácida y son los fármacos más eficaces en el tratamiento de la ERGE. Los IBP (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, etc) son más potentes que los antagonistas H₂ (cimetidina, ranitidina, famotidina, etc) y son el tratamiento de elección. Los IBP, también llamados "protectores gástricos", han demostrado su eficacia en el tratamiento de la ERGE, tanto en el control de los síntomas como en la curación de la esofagitis.

En pacientes con esofagitis moderada o grave se recomienda un tratamiento continuo o de mantenimiento con IBP para prevenir la recurrencia de la enfermedad y

el desarrollo de complicaciones como estenosis pépticas o esófago de Barrett. En los casos restantes se puede recomendar un tratamiento continuo o a demanda, dependiendo de la presentación casi diaria u ocasional de los síntomas. Los IBP son muy eficaces en el control de la pirosis pero menos en el control de la regurgitación alimenticia. Todos los IBP tiene una eficacia similar, sin grandes diferencias, a dosis equivalentes: omeprazol 20 mg, lansoprazol 30 mg, pantoprazol 40 mg, rabeprazol 20 mg y esomeprazol 40 mg. Este último fármaco, por su potente acción antisecretora, puede ser eficaz en pacientes que no mejoren con otros IBP. La dosis de los IBP se debe duplicar en casos de fracaso terapéutico con una única dosis diaria. Los fármacos procinéticos (metoclopramida, domperidona, cinitaprida, cisaprida, etc) son potencialmente beneficiosos en el tratamiento de la ERGE por mejorar el vaciamiento gástrico y aumentar el tono muscular del esfínter esofágico inferior. No se utilizan habitualmente por tener menos eficacia que los IBP y por la posibilidad de efectos adversos. Los pacientes con síntomas de regurgitación importante o con sospecha de tener digestiones lentas podrían beneficiarse de la asociación de un procinético y un IBP.

c) **Tratamiento quirúrgico.** El tratamiento quirúrgico de la ERGE, denominado cirugía antirreflujo, está indicado en algunos casos en los que fracasa el tratamiento farmacológico, en determinados pacientes con estenosis péptica o con esófago de Barrett. El tratamiento quirúrgico se puede igualmente considerar en pacientes jóvenes que requieran de forma continua tratamiento con IBP para controlar sus síntomas. La cirugía antirreflujo, por vía abierta clásica o por vía laparoscópica, actúa sobre la unión esofagogástrica para dificultar el paso de contenido gástrico al esófago.

d) **Tratamiento mediante gastroscopia.** Los pacientes con estenosis esofágicas con síntomas (disfagia) se pueden beneficiar de la práctica de dilataciones mediante gastroscopia. Actualmente se están desarrollando técnicas endoscópicas para el tratamiento de la ERGE y del esófago de Barrett, disponibles únicamente en hospitales especializados, que en un futuro podrán adquirir mayor difusión y evitar en algunos casos la necesidad de tratamiento quirúrgico.

Autores: Manuel Castro Fernández y María Rojas Feria.

**Unidad de Enfermedades Digestivas. Hospital Universitario de Valme.
Sevilla.**