

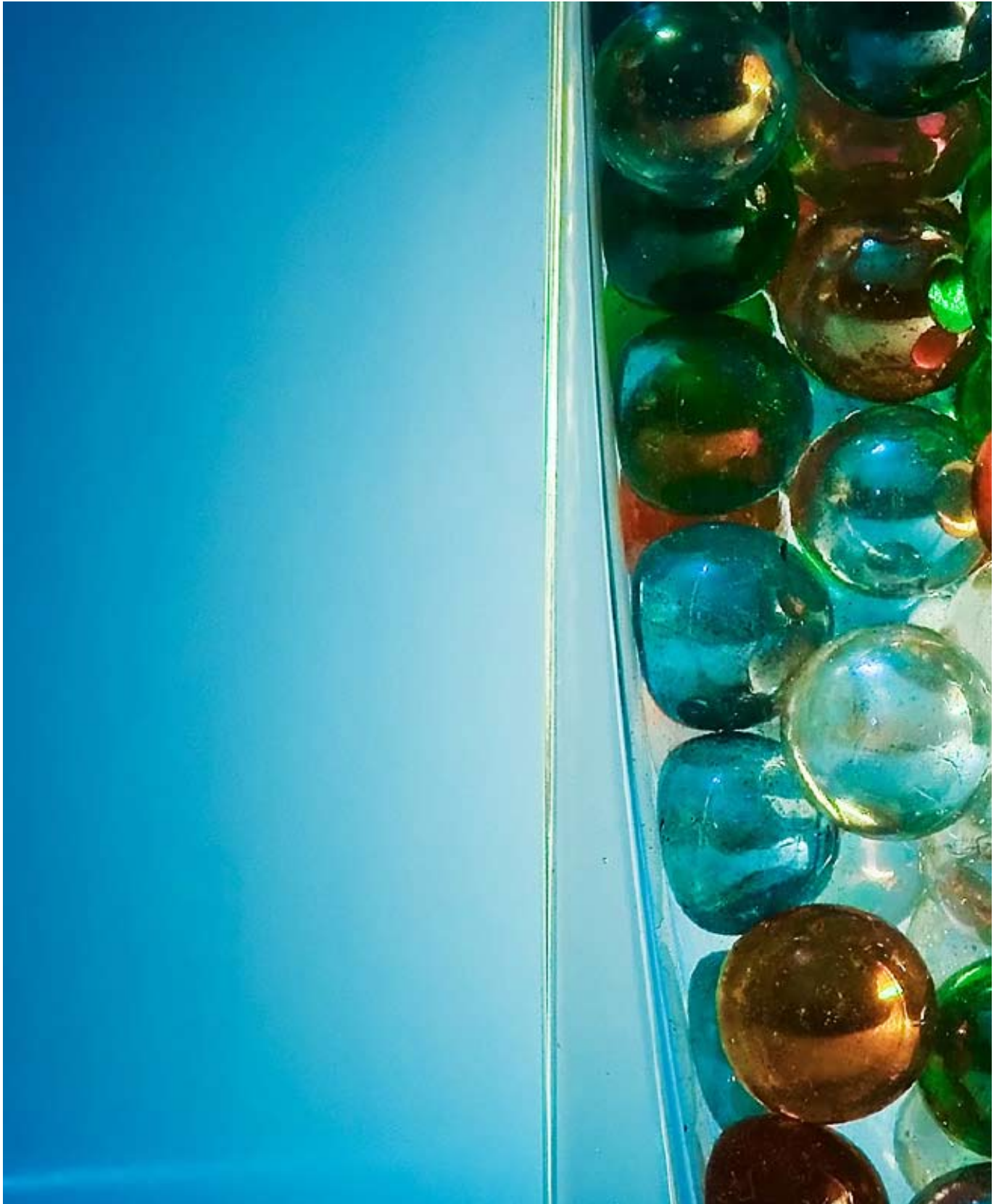


Libros
Virtuales
IntraMed



IntraMed

www.intramed.net



ERGE

DEFINICIÓN

Presencia de episodios de reflujo gastroesofágico asociado a síntomas y/o alteraciones histopatológicas.

CLASIFICACIÓN CLÍNICA

- ❖ **ERGE CON ESOFAGITIS:** cuando en la endoscopia presenta lesión esofágica.
- ❖ **ERGE SIN ESOFAGITIS:** cuando en la endoscopia no presenta lesiones esofágicas.
- ❖ **ERGE REFRACTARIO:** cuando los síntomas de reflujo persisten a pesar de tomar inhibidores de bomba a dosis doble.

CLASIFICACIÓN ENDOSCÓPICA

SAVARY-MILLER:

- ❖ GRADO I: erosiones aisladas que afectan a un solo pliegue
- ❖ GRADO II: erosiones que afectan a más de un pliegue, no confluentes
- ❖ GRADO III: erosiones circunferenciales
- ❖ GRADO IV: úlceras, estenosis con o sin erosiones
- ❖ GRADO V: epitelio de Barrett con o sin lesiones de grado I, II, III, IV.

CLASIFICACIÓN DE LOS ANGELES:

- ❖ GRADO A: una o más erosiones menores de 5 mm de longitud
- ❖ GRADO B: una o más erosiones mayores de 5 mm de longitud
- ❖ GRADO C: erosiones que se extienden entre dos o más pliegues pero afectan menos del 75% de la circunferencia
- ❖ GRADO D: erosiones confluentes que comprometen más del 75% de la circunferencia.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL REFLUJO

SÍNTOMAS TÍPICOS:

- ❖ Pirosis (sensación de ardor retroesternal)
- ❖ Regurgitación (pasaje del contenido gástrico a la boca)

SÍNTOMAS ATÍPICOS:

- ❖ Tos crónica
- ❖ Asma
- ❖ Laringitis posterior
- ❖ Dolor torácico no cardiogénico
- ❖ Globo faríngeo

COMPLICACIONES:

- ❖ Úlceras
- ❖ Estenosis
- ❖ Hemorragia
- ❖ Metaplasia intestinal (Barrett)
- ❖ Displasia de bajo y alto grado
- ❖ Adenocarcinoma de esófago

TRATAMIENTO

- ❖ Medidas higiénico dietéticas y posturales
- ❖ Farmacológico
 - ▶ IBP
 - ▶ Ranitidina
 - ▶ Proquinéticos
- ❖ Cirugía antirreflujo

OBJETIVOS

- ❖ Controlar los síntomas.
- ❖ Curar las lesiones endoscópicas.
- ❖ Prevenir las complicaciones como estenosis, úlceras, esófago de Barrett.
- ❖ Producir la regresión o evitar la progresión del epitelio de Barrett a displasia severa y adenocarcinoma de esófago.

MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS Y POSTURALES

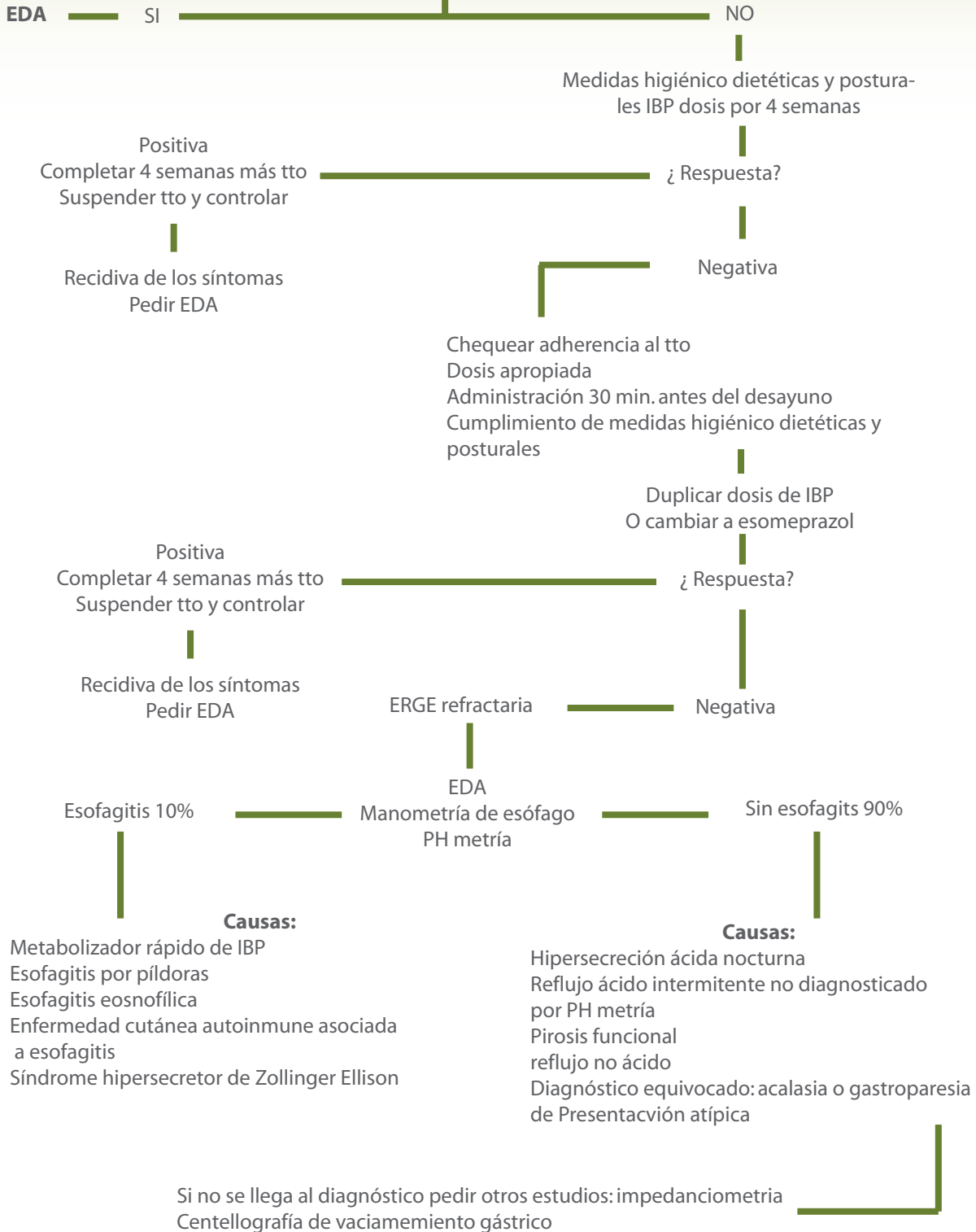
- ❖ Elevar la cabecera de la cama.
- ❖ Disminuir la presión intrabdominal (bajar de peso, evitar cinturones apretados).
- ❖ No acostarse inmediatamente después de comer, esperar como mínimo dos horas.

- ❖ Evitar tóxicos y alimentos que favorecen el reflujo como tabaco, alcohol, chocolate, menta, grasas, condimentos.

ALGORITMO

Síntomas de reflujo Presencia de esofagitis no conocida

Síntomas de alarma > 45 años
Reflujo de varios años de evolución



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Inhibidores de la bomba de protones (IBP)

IBP	DOSIS ESTANDAR (mg)	DOSIS DOBLE (mg)	DOSIS MEDIA (mg)
OMEPRAZOL	20	40	10
LANZOPRAZOL	30	60	15
PANTOPRAZOL	40	80	20
RABEPRAZOL	20	40	10
ESOMEPRAZOL	40	80	20

Existen individuos que son metabolizadores rápidos, éstos se benefician con una dosis doble (cada 12 horas) o triple (cada 8 horas) o prueba de rotar a IBP de segunda generación (ej. Esomeprazol, metabolizado por otra vía) Ranitidina (300 mg nocturnos): es muy útil en aquellos individuos que tienen hipersecreción gástrica nocturna ya que ha demostrado ser más efectiva que los IBP en mantener el PH > a 4 durante la noche.

Proquinéticos

Proquinéticos	Dosis (mg)
Cinitapride	1
Mosapride	5
Domperidona	10
Metoclopramida	10
Levosulpiride	25

Son más útiles en aquellos individuos en los que predomina la regurgitación y en los que tienen reflujo favorecido por una gastroparesia.

CIRUGÍA ANTIREFLUJO

- ❖ Los dos procedimientos más usados son la funduplicatura de Nissen laparoscópica (360°) y la funduplicatura de Tupet (270°). Esta última es preferible en pacientes con hipoperistalsis o aperistalsis del cuerpo esofágico.
- ❖ Eficacia terapéutica comparable a los IBP cuando es realizada por cirujanos con experiencia.
- ❖ Aproximadamente el 5% de los pacientes con ERGE requerirán una cirugía antireflujo.

INDICACIONES

- ❖ Fracaso del tratamiento farmacológico (persistencia de los síntomas, recurrencia frecuente, intolerancia).
- ❖ Persistencia de las lesiones endoscópicas a pesar del tratamiento farmacológico adecuado.
- ❖ Pacientes con síntomas típicos o atípicos de reflujo que responden al tratamiento con IBP pero quieren la cirugía porque desean una cura permanente, la prefieren por sobre el tratamiento médico o porque tienen intolerancia al tratamiento médico.
- ❖ Cuando el tratamiento médico controla bien la pirosis pero continúa con regurgitación de gran volumen.
- ❖ Estenosis péptica recurrente en pacientes jóvenes.
- ❖ Complicaciones respiratorias relacionadas a regurgitación y aspiración recurrentes.

TRATAMIENTO SEGÚN EL GRADO DE ESOFAGITIS

ESOFAGITIS GRADO I - II:

- ❖ Medidas higiénico-dietéticas y posturales.
- ❖ IBP a dosis estándar por dos meses.
- ❖ Si recidiva tratamiento de mantenimiento con IBP a dosis media.

ESOFAGITIS GRADO III:

- ❖ Medidas higiénico-dietéticas y posturales.
- ❖ IBP a dosis doble por dos meses, seguido de IBP a dosis estándar por dos meses seguidos de IBP a dosis media por dos meses.
- ❖ La tasa de recidiva es cercana al 80%, se puede intentar suspender el tratamiento y en caso de recaída dar IBP a dosis media de mantenimiento.

ESOFAGITIS GRADO IV:

- ❖ Medidas higiénico-dietéticas y posturales.
- ❖ IBP dosis doble por tres meses seguido de IBP dosis estándar por tres meses, seguido de IBP dosis media de mantenimiento por tiempo indefinido.
- ❖ La tasa de recaída es > al 80%, por lo tanto no se aconseja suspender el tratamiento de mantenimiento.
- ❖ En caso de estenosis realizar dilatación endoscópica.
- ❖ Los pacientes que toman IBP en forma permanente deben ser controlados anualmente con un dosaje de gastrina sérica, si ésta es mayor de 450 pg/ml realizar VEDA con biopsia de mucosa antral para descartar displasia de células G o tumor neuroendócrino.

Nota: en nuestro servicio, al cuarto mes de tratamiento en pacientes con esofagitis grado II, III, IV realizamos un control endoscópico para evaluar si las lesiones curaron.

ESOFAGITIS GRADO V:

- ❖ Manejo igual a esofagitis grado IV.
- ❖ Seguimiento: ver capítulo de esófago de Barrett.
- ❖ Un 25 a 42% de pacientes con ERGE no responden a dosis estándar de IBP

Un 25% de los pacientes que no respondieron a IBP dosis estándar responden a IBP dosis doble.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (VEDA)

- ❖ Está indicada en pacientes con síntomas de alarma, ERGE refractaria, mayores de 45 años y en aquellos con reflujo de varios años de evolución.
- ❖ Permite descartar úlcera péptica refractaria, cáncer gástrico o de esófago, clasifica a la enfermedad por reflujo con o sin esofagitis y establece el grado de esofagitis.
- ❖ En pacientes con ERGE refractaria la endoscopia es normal en el 90% de los casos.

PHMETRÍA DE 24 HORAS

INDICACIONES:

- ❖ ERGE refractaria.
- ❖ Para diagnóstico de reflujo en pacientes con síntomas atípicos.
- ❖ Como evaluación prequirúrgica.

La PHmetría en pacientes con ERGE refractaria debe ser realizada intra tratamiento, es decir, con IBP a dosis doble.

CAUSAS DE PHMETRÍA NORMAL

- ❖ Reflujo no ácido.

- ❖ Reflujo intermitente (el día del estudio el paciente no tiene episodios de reflujo).
- ❖ Catéter mal colocado.

La PHmetría intra tratamiento permite confirmar un buen control de la secreción ácida y sostiene una etiología no ácida para la esofagitis.

La PHmetría en pacientes con ERGE refractario que toman IBP a dosis doble muestra un reflujo ácido sólo en el 7% de los pacientes que tienen pirosis clásica y en el 1% de quienes tienen síntomas atípicos de reflujo.

CARACTERÍSTICAS RELEVANTES DE LAS CAUSAS DE ERGE REFRACTARIO

Causas de reflujo refractario con esofagitis (10%)

1. Esofagitis por píldora: es más común en ancianos, generalmente tiene asociada una alteración motora del esófago o una estenosis no diagnosticada. Endoscópicamente se visualizan una o más erosiones o úlceras pequeñas rodeadas de mucosa normal. El sitio más afectado es la unión del tercio superior con el tercio medio del esófago, lugar donde el cayado aórtico comprime el esófago. Las píldoras más comunes son: Doxiciclina, Tetraciclinas, Alendronato, AINES, Sulfato ferroso, Ácido ascórbico, y Cloruro de potasio. El tratamiento consiste en suspender el medicamento si es posible y prevenir nuevos episodios tomando con cada píldora 250 ml de agua y esperando 1 hora para acostarse.

2. Enfermedades autoinmunes de la piel: incluye epidermólisis bullosa, pénfigo, liquen plano. Endoscópicamente se visualiza la mucosa toda eritematosa, el epitelio se desprende fácilmente, a veces se asocia a estenosis proximal. Las muestras de biopsia deben ser tomadas de mucosa afectada y sana y deben ser remitidas para inmunofluorescencia directa e indirecta. El tratamiento se realiza conjuntamente con dermatología usando corticoides y otras drogas inmunosupresoras.

3. Metabolizadores rápidos de IBP: se puede duplicar la dosis de IBP, o tres dosis por día cada 8 horas o cambiar a Esomeprazol 40 mg/día el cual se metaboliza por otra vía.

4. Esofagitis eosinofílica: clínicamente los pacientes refieren síntomas de reflujo, disfagia intermitente, episodios de impacción de bolo alimentario; el 74% tiene antecedentes de atopía (rinoconjuntivitis, asma, urticaria, dermatitis atópica). Endoscópicamente presenta múltiples anillos mucosos, surcos longitudinales, placas blanquecinas (abscesos eosinofílicos), ulceraciones. El diagnóstico se confirma por biopsia del esófago proximal con la presencia de más de 15 a 20 eosinófilos por campo de gran aumento. La eosinofilia periférica es poco común. El tratamiento incluye la detección y suspensión del alérgeno, Fluticasona en spray,

corticoides orales, Monteleukast.

Causas de reflujo refractario sin esofagitis (90%)

- 1.** Hipersecreción gástrica nocturna: ocurre en el 60-80% de los pacientes con ERGE refractaria. Se aconseja administrar una dosis nocturna de Ranitidina 300 mg.
- 2.** Reflujo no ácido: el reflujo de contenido biliopancreático ocurre en el 20-40% de los pacientes con ERGE refractario. El diagnóstico se realiza por impedanciometría. Tratamiento incluye proquinéticos, Baclofeno, iniciar con 5 mg cada 8 horas y aumentar lentamente hasta una dosis de 20 mg cada 8 horas.
- 3.** Pirosis funcional: se define como la presencia de episodios de ardor retroesternal en ausencia de reflujo patológico, alteraciones de la motilidad o anomalías estructurales. Su mecanismo fisiopatológico es la hiperalgesia visceral. El tratamiento se realiza con IBP más moduladores del dolor como antidepressivos tricíclicos o inhibidores de la recaptación de la serotonina.
- 4.** Acalasia de presentación atípica: puede simular una ERGE. El diagnóstico se realiza con manometría esofágica, el tratamiento se realiza con dilatación con balón, miotomía de Heller por vía laparoscópica y drogas que favorecen la relajación del EEI como nitratos o bloqueantes de canales de calcio.
- 5.** Gastroparesia: contribuye o empeora el reflujo. Tiene una incidencia de 10-20% en pacientes con reflujo de difícil manejo, generalmente los pacientes refieren saciedad precoz, plenitud postprandial, náuseas, eructos, predominando la regurgitación sobre la pirosis. El diagnóstico se realiza con centellografía de vaciamiento gástrico. El tratamiento incluye proquinéticos y dieta pobre en fibras.

Bibliografía

1. Joel E Richter. How to manage refractory GERD. Review. Nature clinical practice gastroenterology & hepatology. December 2007; vol 4; n° 12
2. Joel E. Richter. Gastroesophageal reflux disease. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. Vol. 21, N°. 4, pp. 609-631, 2007
3. Peter J. enfermedad por reflujo gastroesofágico y sus complicaciones. Sleisenger and Fordtrand. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. 7 edición. 2004. Capítulo 33. Página 638-662.