

4.- ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (HERNIA HIATAL)

DEFINICIÓN Y GENERALIDADES.

El reflujo gastroesofágico se define como el paso del contenido gástrico, por lo común ácido, al esófago en ausencia de vómito o eructo. Se presenta en mayor o menor grado en todos los individuos lo que obliga a sumir la existencia de RGE fisiológico. La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) representa la consecuencia patológica del RGE; no obstante, existe un subgrupo de pacientes en los que no se demuestra exposición ácida anormal del esófago (pHmetría normal) y que, sin embargo, cumplen criterios clínicos de la ERGE (síntomas y/o lesiones).

ETIOPATOGENIA.

El desarrollo de la enfermedad y en alguna medida su gravedad es, en esencia, el resultado del desequilibrio entre los factores agresivos del esófago, de los que el ácido gástrico es el primordial, y los factores defensivos, relacionado sobre todo con la resistencia de la mucosa esofágica.

Factores defensivos:

- Mecanismo fisiológicos antirreflujo
- Esfínter esofágico inferior
- Ligamento frenoesofágico
- Ángulo gastroesofágico de His
- Segmento abdominal esofágico
- Roseta mucosa
- Pilares diafragmáticos
- Resistencia de la mucosa esofágica
- Eliminación "limpieza" esofágica

Factores agresivos:

- Composición del material refluído
- Cantidad, frecuencia y duración del reflujo
- Factores extraesofágicos

CLÍNICA:

La pirosis es el síntoma más frecuente de la ERGE; se encuentra en al menos el 75% de los pacientes, pero, pese a su elevada frecuencia, es altamente inespecífico, especialmente si se presenta de forma aislada. La regurgitación ácida es el siguiente síntoma en orden de frecuencia, el paciente observa la llegada a la faringe e incluso a la boca, de restos alimentarios o de un contenido de sabor ácido o amargo. Los síntomas de reflujo aparecen preferentemente después de las comidas, que es cuando se produce la mayor parte del reflujo, si bien en algunos casos se observa una clara asociación postural. La disfagia y la odinofagia son síntomas de alarma por que indican complicaciones (estenosis, esofagitis grave) a la vez que obliga a establecer el diagnóstico diferencial con otras enfermedades esofágicas e incluso gástricas. Los pacientes con ERGE pueden presentar manifestaciones atípicas provocadas por alteraciones de estructuras orgánicas situadas anatómicamente por encima del esfínter esofágico superior (EES).

Manifestaciones extraesofágicas del ERGE

Manifestaciones respiratorias

Tos crónica

Asma bronquial

Otras: apnea del sueño, neumonitis recidivante, fibrosis pulmonar, atelectasia pulmonar, broncopatía crónica obstructiva, bronquiectasias.

Manifestaciones otorrinolaringológicas

Laringitis posterior

Otras: Cáncer laríngeo, estenosis subglótica, faringitis, sinusitis, otitis media, rinitis, globo faríngeo, laringoespasma.

Manifestaciones orales:

Erosiones dentales

Otras: erosiones de partes blandas, quemazón oral.

DIAGNÓSTICO:

La pHmetría esofágica es la prueba idónea para evaluar el RGE ácido. Tiene sensibilidad y especificidad así como reproducibilidad alta, pero no alcanza la seguridad diagnóstica absoluta, existiendo resultados falsos negativos, pero son excepcionales los falsos positivos. La endoscopia es de utilidad para conocer las complicaciones de la enfermedad por reflujo (esofagitis, estenosis péptica, esófago de Barreto, etc.) La gravedad de la esofagitis se clasifica según el tipo de lesiones y su extensión, habiéndose propuesto varias clasificaciones entre las que destaca la de Savary-Miller y la clasificación de los Ángeles. La SEG-D tiene hoy indicaciones muy limitadas, casi siempre complementando el estudio endoscópico, se usa sobre todo, para valorar estenosis esofágica y hernia hiatal. La manometría esofágica tiene como utilidad valorar la motilidad esofágica, tiene valor pronóstico, pues la hipotonía marcada del EEI sugiere ERGE más grave y una peor evolución clínica.

TRATAMIENTO:

El objetivo es la remisión de los síntomas (normalización de bienestar del paciente), la curación de las lesiones esofágicas cuando existen y evitar la recidiva. Se dispone de alternativas de tratamiento médico como quirúrgico.

Medidas generales

Medidas posturales

Elevar la cabecera de la cama

Evitar el decúbito posprandial

Medidas dietéticas

Evitar el sobrepeso

No realizar comidas copiosas

Suprimir el consumo de alcohol y tabaco

Reducir la ingestión de:

Chocolate, café, té, menta, bebidas gaseadas y cola, grasas, salsa, picantes, ajo, cebolla, zumos cítricos.

Evitar fármacos

Anticolinérgicos, xantinas, dopamina

Ansiolíticos, antidepresivos, meperidina

Nitratos, antagonistas del calcio, AINE

Agonista beta y antagonista alfa adrenérgicos

Anticonceptivos hormonales

Prostaglandina E

Medicamentos:

Antiácidos

Antisecretores: antagonistas de los receptores H₂ que inhiben la secreción ácida bloqueando el receptor histamina (ranitidina, famotidina, nizatidina). Los inhibidores de la bomba de protones que actúan bloqueando la bomba H⁺/K⁺ ATPasa (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol, esomeprazol). Los IBP son los fármacos de elección para el tratamiento de la ERGE, existan o no lesiones endoscópicas. La superioridad de estos fármacos respecto a los antagonistas H₂ es manifiesta, tanto para el alivio sintomático como para la cicatrización de las lesiones. En pacientes con esofagitis se ha estimado una tasa de curación del 78% a las 8 semanas significativamente superior a los antagonistas H₂ (44%)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

Esta alternativa pretende conseguir la remisión completa y permanente de todos los síntomas y complicaciones de la enfermedad, incorporándose el paciente a un régimen de vida normal, sin precisar tratamiento alguno y es, por tanto, la única alternativa que consigue modificar la historia natural de la enfermedad. Tiene como objetivo reconstruir una barrera antirreflujo. Todas las funduplicaturas obtienen buenos resultados. Existen evidencias suficientes para poder afirmar que la funduplicatura total consigue a largo plazo (10 años) la corrección definitiva de la ERGE no complicada en un porcentaje igual o superior al 90% y que la mayoría de las recidivas sintomáticas se detectan en los primeros 2-3 años. Las diferentes técnicas de funduplicatura utilizadas son: Nissen, Toupet, Belsey Mark IV, Dor, y Hill.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.-Dent J, Brun J, Fendricks AM. An evidence-based appraisal of reflux disease management. The Genval workshop report Gut 1999; 44 (suppl 2): S1-S16
- 2.-Richter JE, Extraesophageal presentation of gastroesophageal reflux disease: an overview. Am J Gastroenterol 2000; 95 (Suppl): S1-S3
- 3.-Lind T, Havelund, T, Carlsson R et al. Heartburn without oesophagitis: efficacy of omeprazole therapy and features determining therapeutic response. Scand J. Gastroenterol 1997; 32: 974-979.
- 4.-Kahrilas PJ, Quiegley EMM, Clinical esophageal pH recording: a technical review for practice guideline development. Gastroenterology 1996; 110: 1982-1996
- 5.-De Vault K, Castell DO. Guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. Arc intern Med 1995; 155: 2165-2173.

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

