

Título: ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Autores

Dr. Mario Jesús García Ayala.
Especialista de 2º Grado en Gastroenterología. Profesor Asistente.

Dr. Roberto Pérez Menéndez.
Especialista de 2º Grado en Gastroenterología. Profesor Auxiliar.

Dr. Hermidio Hernández Mulet. Especialista de 1er. Grado en
Gastroenterología. Profesor Auxiliar.

Servicio de Gastroenterología
Email: jgastro@hha.sld.cu

Introducción

La ERGE es una enfermedad frecuente aunque su prevalencia es difícil de estimar, sobre todo si se toma en cuenta la frecuencia de los síntomas, ya que los diferentes estudios publicados sobre el tema generalmente hablan de prevalencia de los síntomas indicativos de la enfermedad, muy pocos de la ERGE plenamente demostrada. La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se define como una condición que se desarrolla cuando el reflujo gástrico ocasiona síntomas molestos o complicaciones, o ambos. Hay muy poca información sobre la incidencia de ERGE, se reporta una prevalencia que oscila entre el 18.1 y el 27.8% en Estados Unidos, del 8.8 al 25.9% en Europa, del 2.2 al 7.8% en el Lejano Oriente, el 11.6% en Australia, el 23% en Argentina y del 19.6 al 40% en México. Son factores de riesgo para el desarrollo de la ERGE: herencia, sobrepeso, obesidad central, tabaquismo, alcohol y embarazo, entre los más importantes. No deben confundirse con los factores que favorecen o exacerban el reflujo gastroesofágico (RGE), como grasas, chocolate, café, alcohol y manga

gástrica, aunque la evidencia es bastante pobre y hasta controversial, por lo que debe individualizarse para cada paciente⁹. El *Helicobacter pylori* no participa en la fisiopatología de la ERGE de manera directa, por lo que su erradicación no debe ser considerada como parte del tratamiento de la ERGE.

Objetivos

- ✓ Identificar el cuadro clínico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) así como los métodos de que disponemos para su diagnóstico.
- ✓ Establecer guías para el enfoque terapéutico de estos pacientes desde el punto de vista higieno–dietético, medicamentoso y endoscópico así como para su seguimiento.

Desarrollo

Criterios diagnósticos

La ERGE no presenta criterios diagnósticos rígidos, se basa en elementos clínicos, endoscópicos y de funcionalismo esofágico, pero en la literatura no se precisan criterios diagnósticos uniformes.

Cuadro clínico

La ERGE tiene una expresión clínica muy variable, la intensidad de sus síntomas depende de la magnitud del reflujo y de otros factores no bien definidos. En ocasiones, estos son atípicos, y los enfermos demandan los servicios de varias especialidades sin asociarse incluso a molestias

digestivas. Los síntomas típicos de esta enfermedad son la pirosis y la regurgitación. La sensibilidad y especificidad de estos son altas, por lo que en muchas ocasiones, el diagnóstico de ERGE se logra a través del interrogatorio, sin necesidad de realizar estudios complementarios. El término de pirosis (heartburn) describe la sensación de ardor o quemazón en el área retroesternal y el de regurgitación, la sensación de retorno del contenido gástrico a la boca y a la hipofaringe. Estos síntomas típicos pueden ir acompañados de epigastralgia y trastornos del sueño. Los síntomas de alarma, son la disfagia, odinofagia, vómitos persistentes, anemia ferropénica, pérdida de peso no intencionada, tumoración epigástrica y hemorragia gastrointestinal. Los síntomas atípicos comprenden las eructaciones, hipo, disfonía, tos frecuente, sensación de globo o nudo en la garganta, la odinofagia y episodios asmáticos.

Diagnóstico diferencial

La ERGE sí es importante diferenciarla de otros cuadros esofágicos como la acalasia, los trastornos motores esofágicos, la pirosis funcional y la esofagitis eosinofílica. También debe diferenciarse de la enfermedad ulcerosa péptica y de la dispepsia funcional. Menos frecuentemente pueden confundirse con cuadros de ERGE la isquemia cardíaca y el cólico biliar.

Clasificación

El consenso de Montreal es hasta la actualidad el documento que ofrece la clasificación más completa y aceptada internacionalmente y la utilizada por la gran mayoría de los grupos de trabajo para la ERGE (Fig. 1).

Clasificación de la ERGE según el consenso de Montreal. Formas clínicas de la ERGE

Síndromes esofágicos

- **Sintomáticos**
 - ERGE típico
 - Dolor torácico por reflujo

- **Daño esofágico**
- Esofagitis por ERGE
- Estenosis por ERGE
- Esófago de Barrett – Adenocarcinoma

Síndromes extraesofágicos

- **Asociación establecida** – Asma bronquial – Tos por ERGE – Laringitis por ERGE – Pérdida esmalte dental
- **Asociación propuesta** – Sinusitis – Faringitis – Otitis media – Fibrosis pulmonar

Síndromes esofágicos

Los pacientes con síntomas esofágicos no investigados y/o sin constatación de lesión esofágica presentan síndromes esofágicos sintomáticos y cuando se constata la lesión se considera que presentan síndromes esofágicos con lesiones de la mucosa.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS BÁSICAS O CONFIRMATORIAS O AMBAS

La ERGE cuenta con una serie de exámenes que demuestran la presencia de reflujo, su relación con los síntomas o el efecto que esta causa sobre la mucosa, lo que permite clasificarlos en las siguientes modalidades: **Pruebas que evalúan la presencia de reflujo:**

1. phmetría de 24 h.
2. phmetría combinada con Impedanciometría.
3. Esofagograma baritado.

Pruebas que relacionan la presencia de síntomas:

1. Prueba terapéutica con inhibidores de bomba de protones (IBP).

2. PHmetría con análisis de síntomas.

Pruebas que evalúan el daño esofágico:

1. Endoscopia digestiva.
2. Biopsia esofágica.
3. Esofagograma baritado.

Pruebas que evalúan el funcionamiento esofágico:

1. Manometría esofágica.
2. Impedanciometría.

Prueba terapéutica con inhibidores de la bomba de protones (IBP) La prueba terapéutica con IBP es un método sencillo y tolerable y conlleva menos gastos que la endoscopia y la phmetría. Está formalmente indicada en individuos jóvenes sin síntomas de alarma.

El tratamiento empírico con IBP debe ser con dosis estándar por un espacio de 2 a 4 semanas. Si no se logra una respuesta suficiente debe entonces colocarse una dosis dos veces al día durante al menos dos semanas, antes de considerar como un fracaso del tratamiento.

Diagnóstico endoscópico

La realización de una endoscopia puede confirmar el daño del reflujo sobre la mucosa esofágica y estas son las afecciones que componen el grupo de síndromes con daño esofágico dentro de la clasificación de Montreal.

Esofagitis: este es el hallazgo endoscópico más frecuente asociado a la ERGE. Para su adecuado diagnóstico y estandarización se han propuesto varias clasificaciones, pero la más utilizada actualmente es la de Los Ángeles:

Clasificación de Los Ángeles para la esofagitis

Grado A Una o más erosiones menores que 0,5 cm, que no se extienden más allá de la cresta entre dos pliegues

Grado B Una o más erosiones mayores que 0,5 cm., que no se extienden más allá de la cresta entre dos pliegues

Grado C Una o más erosiones que se extienden más allá de la cresta entre dos pliegues sin ocupar el 75 % de la circunferencia

Grado D Una o más erosiones que se extienden más allá de la cresta entre dos pliegues y ocupan más del 75 % de la circunferencia

La endoscopia no debe ser una indicción de rutina en los pacientes con síntomas de ERGE dado que tiene una alta especificidad pero muy baja sensibilidad, debe ser reservada para las siguientes condiciones:

Síntomas o signos de alarma.

Escrutinio de esófago de Barrett en pacientes seleccionados.

Estudio preoperatorio en la cirugía antirreflujo.

Pobre respuesta a la terapéutica habitual para la ERGE.

Reaparición de síntomas de ERGE posterior a cirugía antirreflujo.

Manifestaciones extraesofágicas de la ERGE.

Esófago de Barrett: los hallazgos endoscópicos del EB aparecen descritos en el protocolo de dicha afección.

Estenosis por reflujo: la estenosis por reflujo es un hallazgo poco frecuente en pacientes con ERGE, pero cuando se presenta hay que establecer el diagnóstico diferencial con un proceso anarcoproliferativo esofágico, por lo que se impone realizar biopsias y posteriormente clasificar el grado de estenosis.

Diagnóstico histológico

La biopsia de la mucosa esofágica en el momento de practicar la endoscopia se debe llevar a cabo ante la sospecha diagnóstica del esófago de Barrett y en la detección de displasia, pero no está justificada para confirmar una ERGE cuando a partir de la endoscopia se identifican las lesiones típicas de esofagitis. A pesar de este criterio cuando un paciente con ERGE es sometido a una biopsia esofágica los hallazgos característicos son: – Dilatación de los espacios intercelulares.

– Hiperplasia de las células basales.

– Elongación de las papilas.

– Infiltración de la mucosa y submucosa por células inflamatorias linfocitarias.

– En la inflamación aguda aparece infiltración de neutrófilos y algunos eosinófilos.

Monitorización del pH esofágico (phmetría de 24 h).

La phmetría esofágica ambulatoria de 24 h es el método más adecuado para determinar la exposición ácida del esófago y establecer si los síntomas están relacionados con el reflujo gastroesofágico. Su mayor limitación es que a pesar de tener buena especificidad tiene baja sensibilidad, y es incapaz de diagnosticar los episodios de reflujo no ácido. En general, la phmetría no está indicada cuando el diagnóstico de ERGE se puede realizar a través de los síntomas típicos (pirosis y regurgitación), ni en los pacientes con esofagitis diagnosticada por endoscopia y su uso rutinario no es costo efectivo. Las indicaciones aceptadas de la phmetría son:

– Pacientes con síntomas de ERGE que no responden al tratamiento empírico con IBP con endoscopia normal

– Pacientes con síntomas de ERGE sin esofagitis o con una respuesta insatisfactoria a los IBP en dosis elevadas en los que se indica la cirugía antirreflujo.

- Pacientes con síntomas extraesofágicos que no responden a los IPB.
- Pacientes en los que a pesar de la cirugía persisten los síntomas de reflujo gastroesofágico o estos reaparecen.

Los pacientes son referidos a los laboratorios de motilidad digestiva del Instituto de Gastroenterología y Centro Nacional de Cirugía en Mínimo Acceso, para la realización de dicho examen, hasta que se desarrolle esta prueba en nuestra institución.

Impedanciometría esofágica

La Impedanciometría es una técnica que es capaz de medir el contenido esofágico y diferenciarlo en gas y líquido, esto consiste en medir la resistencia eléctrica entre dos electrodos, de modo que cuando entre estos pasa aire su valor es alto y cuando existe líquido, es muy bajo; además puede definir el sentido en el que este se mueve dentro del órgano. Unido a la phmetría aumenta la precisión diagnóstica de este estudio porque es capaz de discriminar la presencia de reflujo no ácido. Este examen no está aún disponible en nuestro país, pero es una técnica a desarrollar en el futuro por sus importantes aplicaciones.

Rayos X contrastado de esófago, estómago y duodeno

Este estudio no es necesario indicarlo habitualmente en los pacientes que sufren de ERGE y no tiene valor para el diagnóstico de esta enfermedad dada su baja sensibilidad y especificidad para detectar signos de ERGE. Mediante ella se puede constatar en algunos casos el reflujo y puede diagnosticarse la hernia hiatal, factor de riesgo para la enfermedad. Habitualmente se reserva para las siguientes condiciones:

- Sospecha de complicaciones asociadas a la ERGE como la estenosis péptica y el adenocarcinoma esofágico.
- Como parte del estudio previo a la realización de manometría esofágica y cirugía antirreflujo.

Manometría esofágica

La manometría esofágica mide las presiones intraluminales en el esófago y la coordinación de la actividad en la musculatura del mismo, incluido los esfínteres. Sus indicaciones son muy precisas, pero resulta de interés en determinados pacientes con diagnóstico de ERGE, especialmente en los que se sospecha un trastorno de la motilidad. A través del mismo se detectan algunas alteraciones relacionadas con esta enfermedad como la hipotonía del esfínter esofágico inferior (EEI), las relajaciones transitorias del EEI y los trastornos de la motilidad del cuerpo esofágico.

Sus principales indicaciones son:

- Evaluar la motilidad esofágica antes de la realización de una cirugía antirreflujo para descartar acalasia o una motilidad inefectiva y posterior a la misma si persisten síntomas de ERGE o estos reaparecen.
- Determinar la localización del esfínter esofágico inferior y la correcta colocación del electrodo de la pmetría en los pacientes que requieren estudios de monitorización ambulatoria.
- Los pacientes son referidos a los laboratorios de motilidad digestiva del Instituto de Gastroenterología y Centro Nacional de Cirugía en Mínimo Acceso, para la realización de dicho examen, hasta que se desarrolle esta prueba en nuestra institución.

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS

El tratamiento de la ERGE tiene como objetivo evitar o reducir, o ambos, la exposición ácida del esófago y la sintomatología asociada. El perfil clínico de la enfermedad define los diferentes objetivos terapéuticos: remisión de los síntomas, cicatrización de la esofagitis y prevención de las recidivas y de las complicaciones. El tratamiento a corto plazo en la fase aguda persigue la curación y, a largo plazo (tratamiento de mantenimiento), evitar las recidivas.

Los posibles tratamientos incluyen dar consejo sobre estilos de vida y medidas higiénico-dietéticas, tratamiento con diversos fármacos y cirugía.

Tratamiento higiénico dietético

La ERGE tiene numerosas indicaciones higiénico dietéticas que mencionamos a continuación:

- Evitar los alimentos que relajen el esfínter esofágico, lo que facilita el reflujo: alcohol, ajo, chocolate, canela, menta, cebolla, alimentos grasos, alimentos fritos y bebidas gaseadas
- Debe evitar la ingestión de alimentos que irriten el esófago: Cítricos, café, tomate, picantes, vinagre, encurtidos condimentos/pimienta alimentos muy calientes alimentos muy fríos
- Debe comer poca cantidad de alimentos y fraccionarlos en 6 comidas diarias.
- Evitar la ingestión de líquidos durante las comidas pues aumentan el volumen gástrico y facilita el reflujo.
- No acostarse después de comer. Debe esperar al menos 3 h para hacerlo.
- Elevar la cabecera de la cama 20 cm, no con almohadas porque obligan a flexionar el tronco y esto es contraproducente para el reflujo.
- Evitar ejercicio físico intenso, especialmente los que utilizan los músculos del abdomen (abdominales, pesas, planchas, barras, paralelas, ciclismo, natación).
- No usar ropa demasiado ajustada, fajas ni cinturones y evitar el estreñimiento.
- Evitar la obesidad, si está obeso, debe reducir la cantidad de peso corporal que se le indique.
- Evitar el consumo de cigarrillos y tabaco, así como el consumo de bebidas alcohólicas.

– Deben suspenderse aquellos medicamentos que relajen el EEI e incrementen el reflujo (anticálcicos, teofilina, antiespasmódicos, relajantes de la fibra muscular lisa, psicofármacos, etc.) y antes de ingerir algún medicamento debe consultarse al especialista.

Tratamiento medicamentoso

Inhibidores de la bomba de protones (IBP)

Este grupo de medicamentos constituye el tratamiento médico de elección en los pacientes con ERGE. El objetivo fundamental del uso de estos medicamentos es controlar los síntomas asociados al reflujo ácido o biliar, o ambos, mejorar la calidad de vida de estos pacientes y evitar las recidivas de la crisis, así como las complicaciones asociadas a la ERGE.

– Los IBP están indicados en el tratamiento del síndrome típico y de la esofagitis por reflujo tanto en la fase aguda (dosis estándar) como durante la de mantenimiento (dosis estándar o inferior).

– Los IBP a demanda o de forma intermitente se pueden utilizar para controlar los síntomas de reflujo a largo plazo en el síndrome por reflujo típico y en la esofagitis leve. En la esofagitis grave el tratamiento con IBP debe ser de mantenimiento, continuado y por tiempo indefinido. En los pacientes que no responden a la dosis estándar de IBP se puede aumentar la misma y dividirla en dos tomas diarias (ver algoritmo)

– Varios medicamentos conforman este grupo como el lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol, esomeprazol y omeprazol, todos con efectos terapéuticos similares. El omeprazol es el que utilizamos en nuestro medio por formar parte del cuadro básico de medicamentos; se presenta en cápsulas de 20 mg, su dosis habitual es de 20 mg diarios, pero puede ser de 40 mg diarios, siempre por vía oral. Se aconseja tomar los IBP antes del desayuno y, en caso de dos tomas, una antes del desayuno y otra antes de la cena. El tiempo de duración de la terapia varía entre 4 semanas y tratamiento de mantenimiento indefinido, dependiendo de múltiples factores asociados a la enfermedad y el paciente. (Marzo et al., 2007) Estos medicamentos son bien tolerados, tienen escasos efectos adversos como

cefaleas, náuseas, diarreas y rash. Los efectos más graves como atrofia gástrica, hipergastrinemia, hepatitis y osteoporosis son raros y sin grandes trascendencias. (Fock and Poh, 2010). Recientemente se ha reportado la posible interacción entre los IBP y el copidrogel, medicamento antiagregante con uso en los pacientes con stent coronarios disminuyendo el efecto de este fármaco y aumentando el riesgo de evento isquémico (Juurlink et al., 2009), y aunque no hay suficiente evidencia para proscribir el uso de IBP en estos pacientes, es pertinente hacerlo con cautela.

IBP Presentación Dosis estándar

- Omeprazol Caps. 20 mg 20 mg/día a 40 mg/día
- Lansoprazol Caps. 30 mg 30 mg/día
- Pantoprazol Caps. 40 mg 40 mg/día
- Rabeprazol Caps. 20 mg 20 mg/día
- Esomeprazol Caps. 40 mg 40 mg/día

Bloqueadores de los receptores tipo 2 de la histamina (antiH2)

Los antagonistas H2 son una opción en el tratamiento del síndrome típico de la ERGE y de la esofagitis por reflujo en su fase aguda (dosis estándar) y de la de mantenimiento (dosis estándar o mitad de dosis). Su uso a demanda o pautados de forma intermitente se pueden utilizar para el control de los síntomas crónicos de reflujo. En los pacientes con síndrome típico de ERGE y síntomas leves/infrecuentes los antiH2 pueden ser una opción en el tratamiento de mantenimiento.

A pesar de las aplicaciones de los antiH2, los IBP han mostrado ser más efectivos en todas las variantes de tratamiento asociados a la ERGE.

Antagonistas H-2	Presentación	Dosis estándar
–Cimetidina.	Tab 200mg	800 a 1000mg/hasta4dosisdiarias
– Ranitidina	Tab. 150 mg	300 mg/día, dos diarias
– Famotidina diarias	Tab. 40 mg	40 mg/día, una o dos dosis
– Nizatidina	Tab. 150 mg	300 mg/día, dos dosis diarias

En general los antagonistas H2 son fármacos bien tolerados y seguros y raramente presentan efectos secundarios. En algunas raras ocasiones se han asociado a citopenias, ginecomastia, alteraciones de la función hepática y reacciones de hipersensibilidad, eventos que deben ser informados a los pacientes.

Otros medicamentos

– El uso de antiácidos y de citoprotectores no constituye indicación formal para el tratamiento de la ERGE, por lo que no lo recomendamos en este protocolo. Pueden ser utilizados aisladamente para mejorar los síntomas asociados al reflujo. – Los procinéticos pueden ser utilizados como terapia adyuvante si se asocian síntomas dispépticos tipo dismotilidad, pero no constituyen una indicación formal para la ERGE.

Tratamiento endoscópico

El tratamiento endoscópico de la ERGE se divide en dos capítulos. El primero es el tratamiento endoscópico específico para la ERGE, que no será tratado en el presente documento por no contar el país con este tipo de tecnología y además porque las mismas aún se encuentran en ensayos terapéuticos, por lo que no constituyen una indicación en la práctica clínica habitual, aunque hay que decir que ha ido ganando terreno paulatinamente. El segundo capítulo se refiere al tratamiento endoscópico de las complicaciones asociadas a la ERGE. Para el caso concreto del esófago de Barrett hay que referirse al protocolo de esta entidad, por lo que ahora abordaremos el tratamiento endoscópico de la estenosis por reflujo.

Dilatación esofágica con bujías de Savary-Guilliard

La dilatación esofágica no es más que el proceder que permite eliminar o disminuir la estenosis y con ella los síntomas en especial la disfagia. Se pueden utilizar dilatadores mecánicos, hidrostáticos o neumáticos; para las estenosis por reflujo se utilizan con mayor frecuencia las bujías plásticas cónicas de Savary-Guilliard.

Indicaciones – Estenosis péptica por ERGE con disfagia.

Contraindicaciones

- La falta de cooperación por parte del paciente.
- La presencia de estenosis total que impida el paso de la guía metálica.
- La presencia de divertículos esofágicos adyacentes que aumenten el riesgo de perforación.

Preparación preendoscópica y técnica

1. Generalmente se necesitará anestesia general.
2. Se realiza esofagoscopia para precisar mejor el diagnóstico (tipo de estenosis, localización, grado de resistencia al equipo y de esofagitis concomitante). Si existen restos de alimentos hacer lavado esofágico.
3. Pasar la guía atraumática a través del área estenótica.
4. Introducir las bujías comenzando por las más finas a través de guía y luego pasar varias bujías de diferentes calibres en cada sesión terapéutica.
5. No forzar el paso de la bujía si provoca intenso dolor o cualquier síntoma importante en el paciente.
6. La dilatación debe repetirse en días sucesivos o alternos si no ocurre sangramiento o traumatismos previos.
6. La dilatación debe repetirse en días sucesivos o alternos si no ocurre sangramiento o traumatismos previos.

7. Recomenzar con la bujía de un número inferior al anteriormente utilizado y si se tolera pasar de nuevo de 2 a 4 números mayores.

Complicaciones

– Las complicaciones inmediatas asociadas a este proceder asociadas son la hemorragia y la perforación.

Cuidados posendoscopia

– El proceder se realizará de manera ambulatoria, por lo que después de culminado si no presenta signos evidentes de complicación continua con las indicaciones en su hogar.

– Comenzar con dieta líquida de 4 a 6 h después de la dilatación, vigilando los signos de perforación (incluyendo Rx de tórax).

– Analgésicos si dolor intenso. Dipirona 1 ampula de 600 mg IM. – Si dolor torácico persistente, aumento de volumen del cuello, cambio del tono de voz, fiebre y tos persistente, acudir de inmediato al hospital para ser evaluado por la guardia de Gastroenterología o Cirugía General.

– Reevaluación del paciente periódicamente luego de la dilatación o si aparecen los síntomas anteriormente referidos. – Si se administra anestesia general seguir los cuidados que oriente el médico de la especialidad.

Tratamiento quirúrgico

Indicaciones

– Síntomas de ERGE sin respuesta al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) a dosis plenas.

– Para eliminar o limitar el uso de IBP por diferentes razones: dependencia del uso de IBP para controlar los síntomas, afectación de la calidad de vida, pacientes jóvenes con expectativas de uso prolongado de IBP y costos de los medicamentos.

- Manifestaciones extraesofágicas de la ERGE no controlables con IBP.

Contraindicaciones No existe una contraindicación formal para esta opción terapéutica, salvo el riesgo quirúrgico anestésico dado por las funciones respiratorias, cardiovascular y renal fundamentalmente.

Preparación preoperatoria

El paciente con ERGE que va a ser sometido a una intervención quirúrgica de cirugía antirreflujo debe tener los siguientes estudios realizados:

- Endoscopia digestiva.
- Rayos X contrastado de esófago, estómago y duodeno.
- Manometría esofágica.
- Estudio hematológico y hemoquímico preoperatorio.

Los pacientes serán hospitalizados en el servicio de cirugía y se seguirán 2 días en sala posintervención.

Técnicas

- La técnica quirúrgica a realizar es una decisión del equipo de cirujanos que actúa en estrecha relación con nuestro servicio y que tienen desarrollados un protocolo al respecto (Ver protocolo de ERGE y hernia hiatal de Cirugía General).

Seguimiento

Endoscópico: Para los pacientes con estenosis esofágica se realizará semanalmente mientras se mantenga bajo dilataciones esofágicas. Posteriormente se hace un control endoscópico a las 4 semanas y después se sigue en función de los síntomas.

Clínico: – La primera consulta será a los tres meses, y así continuará mientras que no logre mejoría clínica, una vez resueltos los síntomas se planificará una consulta anual para los casos de esofagitis grave y complicaciones.

– Las formas leves serán dadas de alta después del primer control trimestral.

– Los pacientes con esófago de Barrett pasan a ser atendidos por un protocolo específico.

– Para las consultas del protocolo de ERGE no se planifican investigaciones complementarias de rutina, estas se reservan según las indicaciones de cada examen.

Diagnóstico y terapéutica de la ERGE

El consenso de Montreal es hasta la actualidad el documento que ofrece la clasificación más completa y aceptada internacionalmente y la utilizada por la gran mayoría de los grupos de trabajo para la ERGE. (Fig 1)

Formas clínicas de la ERGE

Síndromes esofágicos

Sintomáticos

- ERGE típico
- Dolor torácico por reflujo

Daño esofágico

- Esofagitis por ERGE
- Estenosis por ERGE
- Esófago de Barrett
- Adenocarcinoma

Síndromes extraesofágicos

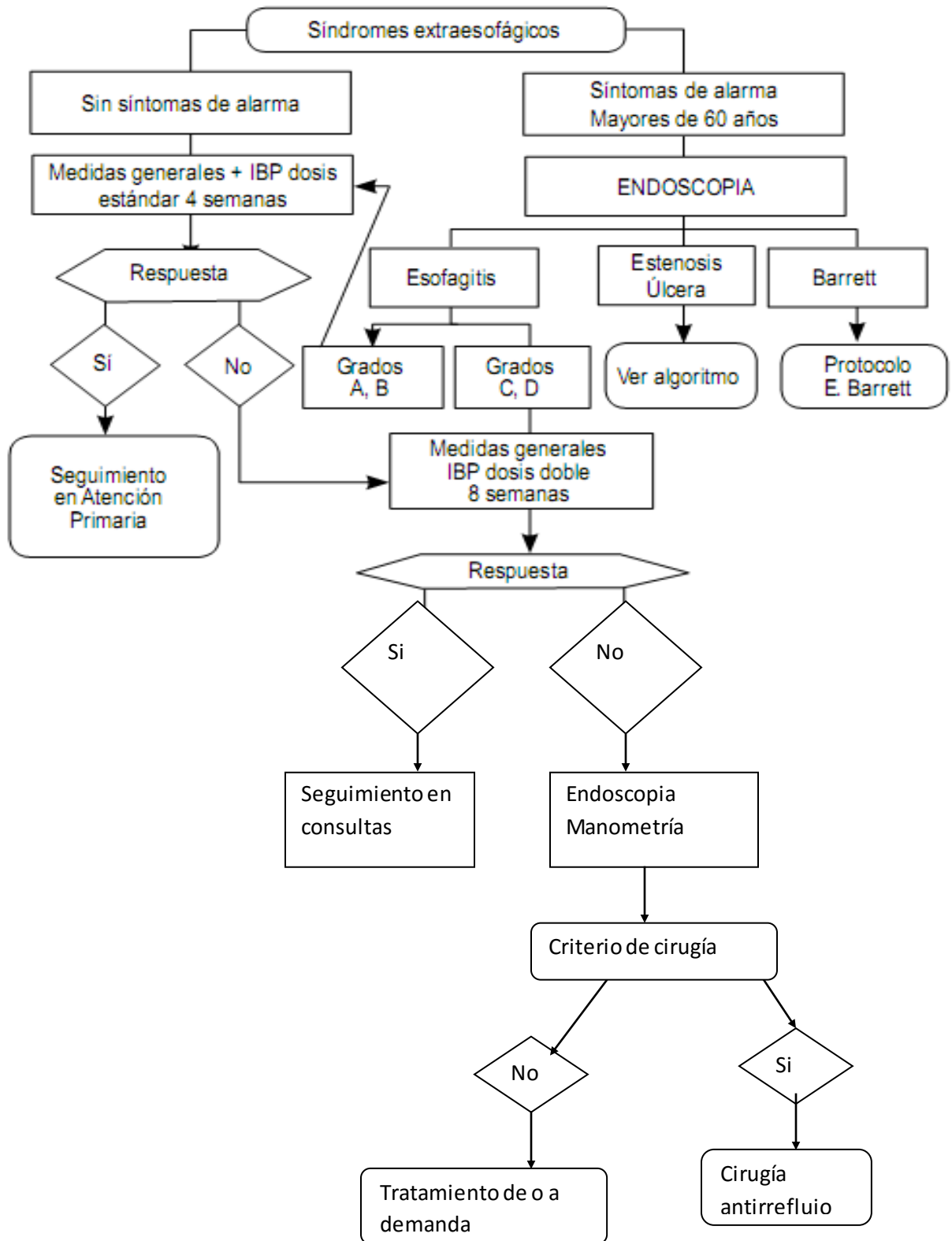
Asociación establecida

- Asma bronquial
- Tos por ERGE
- Laringitis por ERGE
- Pérdida esmalte dental

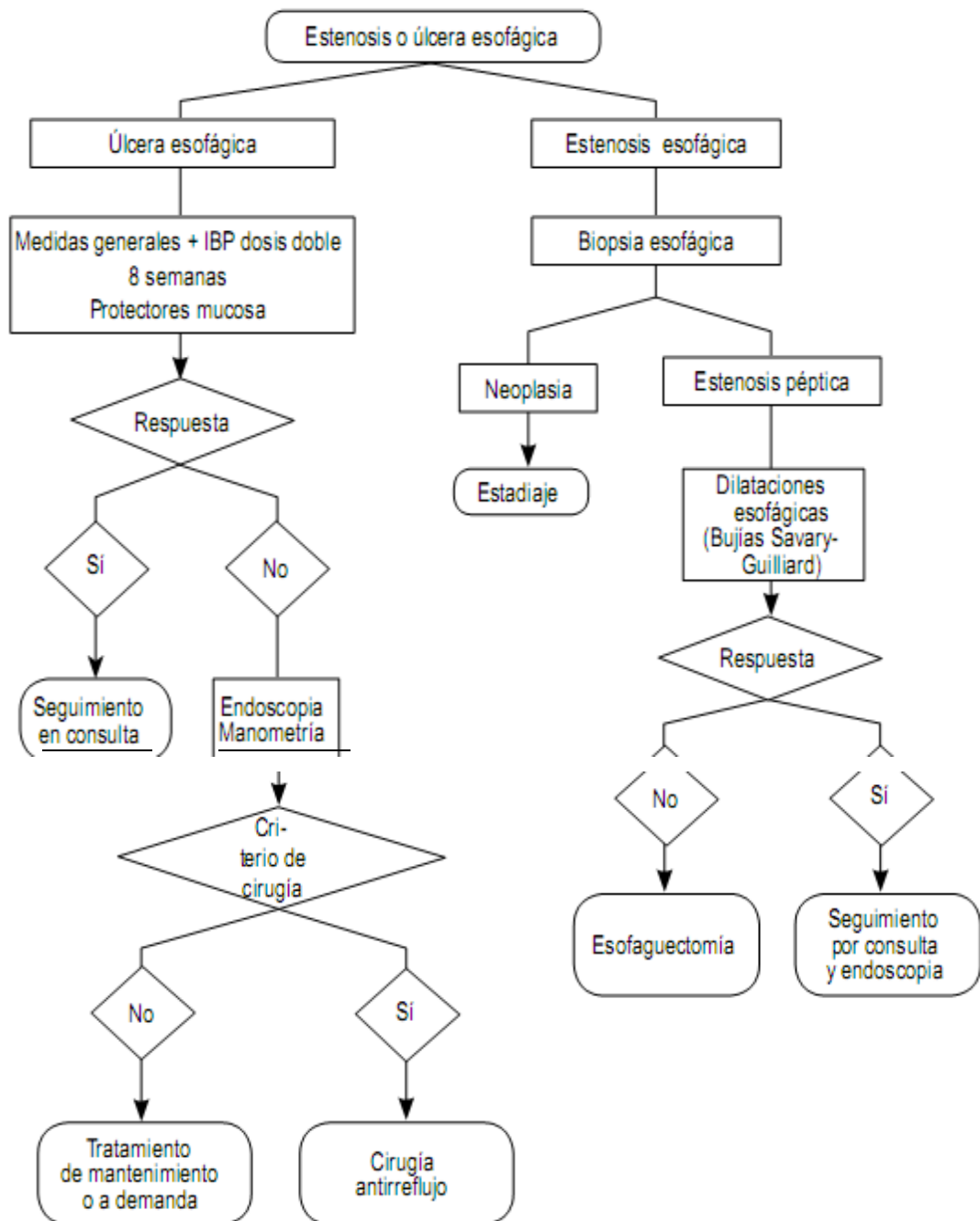
Asociación propuesta

- Sinusitis
- Faringitis
- Otitis media
- Fibrosis pulmonar

Diagnóstico y terapéutica de la ERGE



Tratamiento de la estenosis y úlcera esofágica



Indicadores

Indicadores de estructura	Estándar
Recursos humanos	
% de personal (Gastroenterólogo y personal auxiliar) entrenado para la aplicación de este protocolo	100%
Recursos Materiales	
% de disponibilidad de equipos de manometría y Ph-metría esofágica para ayudar en el diagnóstico	100%
% de disponibilidad de equipo de Impedanciometría esofágica para apoyar la aplicación de este PA	100%
% de disponibilidad de Rx fluoroscópico telecomandado para Rx esófago-estomago-duodeno	100%
% de disponibilidad de endoscopios con tecnología de imagen avanzada	100%
Recursos organizativos	
% de disponibilidad del diseño organizativo para aplicar el PA	100%
% de planillas para la recogida de datos del PA	100%
% de planillas ingresadas en la base de datos	100%

Indicadores de procesos	Estándar
% de pacientes con sospecha de ERGE que después de la primera consulta son clasificados según formas clínicas del consenso Montreal	>90%
% de pacientes jóvenes con ERGE sin síntomas de alarma a los que se les aplica prueba con IBP	>90%
% de pacientes con criterio de endoscopia que se la realizó el proceder en los primeros 30 días	>85%
% de pacientes con ERGE en seguimiento por consulta especializada en los períodos del PA	>70%
% de pacientes jóvenes con ERGE sin síntomas de alarma a los que se les aplica prueba con IBP	>90%

Indicadores de resultados	Estándar
% de pacientes con RGE con disminución de los síntomas mediante tratamiento médico según PA	> 85%
% de pacientes con RGE severo con disminución de las manifestaciones endoscópica-histológicas en \leq 6 meses de tratamiento farmacológico	>70%
% de pacientes con ERGE sometidos a cirugía antirreflujo con mejoría en su sintomatología	> 70%
% de pacientes con ERGE sometidos a cirugía antirreflujo que no presenten complicaciones o sintomatología molesta postcirugía	< 20%
% de pacientes con estenosis por ERGE que mejoraron la disfagia luego de las dilataciones esofágicas	> 85%

Bibliografía

Anido, V. M., R. Martínez, R. Brizuela et al. (2011): Estudio por manometría esofágica de pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico en Cuba. *Revista Gen*; 65(3): 177-182.

Anido Escobar VM. (2012): Factores de motilidad esofágica en la esofagitis erosiva y el esófago de Barrett (Tesis) Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana.

Bernal-Reyes, R. et al. (2007): Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Diagnóstico. *Rev Gastroenterol Mex*; 72(2): 166-167.

Donnellan, C., C. Preston, P. Moayyedi, N. Sharma (2010): WITH- DRAWN: Medical treatments for the maintenance therapy of reflux oesophagitis and endoscopic negative reflux disease.

Cochrane Database Syst Rev; (2):CD003245. Fock, K. M. and C. H. Poh (2010): Review Gastroesophageal reflux disease. *Journal of Gastroenterology*; 45 (8), 808-815.

Del Valle, P., Ramos CM. (2013): Hipo persistente como forma de presentación de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2013 Nov-Dic [citado: fecha de acceso];35(6). Disponible en:<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol6%2013/tema06.htm> * <<< Anterior * Inicio <../..../index.html> * RevMed * Siguiente >>> * * Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas * Matanzas. Cuba - 2013 *

Fox, M. and I. Forgacs (2006): Gastro-oesophageal reflux disease. *BMJ*; 332: 88-93.

Grant, A., et al. (2008): Minimal access surgery compared with medical management for chronic gastro-oesophageal reflux disease: UK Collaborative Randomised Trial; *BMJ*; 337:a2664.

Hirano, I., J. E. Richter and the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology (2007): ACG Practice Guidelines: Esophageal Reflux Testing. *Am J Gastroenterol* 2007; 102:668-685.

Juurink, D. N., T. Gomes, D.T. Ko, P. E. Szmitko, P. C. Austin, J. V. Tu et al. (2009): A population-based study of the drug interaction between proton pump inhibitors and clopidogrel. *CMAJ*; 180: 713-8.

Kahrilas, P. J. (2008): Clinical practice. Gastroesophageal reflux disease. *N Engl J Med*; 359: 1700-1707.

Kaltenbach, T., S. Crockett, and L. B. Gerson (2006): Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? An evidence-based approach. *Arch Intern Med*; 166: 965-971.

Karhilas, P. J. and Somuot (2010): Problemas esofágicos en Algoritmos de la fundación de Roma para los trastornos gastrointestinales en español. *Rev Gastroenterol Mex*; 75 (4): 453-463.

Lundell, L., S. Attwood, C. Ell, on behalf of the Lotus trial collaborators (2008): Comparing laparoscopic antireflux surgery with esomeprazole in the management of patients with chronic gastro-oesophageal reflux disease: a 3-year interim analysis of the Lotus trial. *Gut* 2008; 57:1207-1213.

Lundell, L., J. Dent, J. R. Bennett, A. L. Blum, D. Armstrong, J. P. Camilleri (1999): Endoscopic assessment of oesophagitis – clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. *Gut*; 45:172-80.

Marzo, C. M. y Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre ERGE (2007): Manejo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Guía de Práctica Clínica. Actualización. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano.* 87pp.

Moayyedi, P., N. J. Talley (2006): Gastro-oesophageal reflux disease. *Lancet*; 367:2086-100. Richter, J. E. and F. K. Friedenberg (2010): Gastroesophageal reflux disease in Sleisenger and Fordtran; *Gastrointestinal and liver diseases, Pathophysiology, Diagnostic and Treatment.* 9th ed: 705-726.

Murcia O., Gutierrez A (2016): Enfermedad por reflujo gastroesofágico. [Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado Volume 12, Issue 1, January 2016, Pages 11–21.](#) <http://doi.org/10.1016/j.med.2016.01.002>

Ramirez H. (2015) Filed under: [Gastroenterología. La endoscopia gana terreno a la cirugía en el tratamiento del esófago de Barrett.](#) <http://boletinaldia.sld.cu/aldia/2015/11/14/la-endoscopia-gana-terreno-a-la-cirugia-en-el-tratamiento-del-esofago-de-barrett/>

Stefanidis, D., W. W. Hope, G. P. Kohn et al. (2010): Guidelines for Surgical Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease. Practice/ Clinical Guidelines published by the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons: 74 pp.

Vakil, N., S. V. van Zanten, P. Kahrilas, J. Dent, R. Jones: Global Consensus Group (2006): The Montreal definition and classification of

gastroesophageal reflux disease: a global evidence based consensus. Am J Gastroenterol;