

# Reflujo gastroesofágico

A. Gautier, A. Zalar, P. Ducrotté

*El reflujo gastroesofágico (RGE) es una afección multifactorial muy frecuente que genera altos costes sanitarios. Su tratamiento depende de la presentación clínica. Los pacientes menores de 50 años con síntomas típicos y sin signos de alarma pueden tratarse sin necesidad de exploraciones complementarias previas, la mayoría de las veces con inhibidores de la bomba de protones. En caso de síntomas atípicos, de signos de alarma y/o de resistencia a un tratamiento médico empírico, las exploraciones complementarias (endoscopia esofagogastroduodenal, pH-metría, pH-impedanciometría) están indicadas para confirmar el diagnóstico y descartar posibles complicaciones (esofagitis, esófago de Barrett). Las exploraciones pueden conducir a la identificación de un RGE no ácido, cuyo tratamiento está mal codificado, o de un esófago hipersensible. Las indicaciones quirúrgicas deben limitarse a los pacientes con síntomas típicos y cuya calidad de vida impone un tratamiento antisecretor continuo, a los que aun bajo tratamiento tienen regurgitaciones sintomáticas o en caso de reflujo poco o nada ácido que responde mal al tratamiento médico. Algunos casos particulares (embarazo, ancianos, sobrepeso u obesidad) necesitan un tratamiento adaptado.*

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Esfínter esofágico inferior; Hernia hiatal; Bolsillo ácido; Vaciamiento gástrico; Vaciamiento esofágico; Endoscopia esofagogastroduodenal; pH-impedanciometría; Inhibidores de la bomba de protones; Hipersensibilidad esofágica; Esófago de Barrett; Funduplicatura

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Fisiopatología</b>	1
■ <b>Presunción diagnóstica</b>	2
Síntomas digestivos más o menos evocadores	2
Síntomas extradiégestivos cuya evaluación específica resulta negativa	2
■ <b>Conducta inicial</b>	3
Conducta diagnóstica	3
Primera línea de tratamiento	3
■ <b>Conducta ante el éxito del tratamiento de primera elección</b>	4
■ <b>Conducta ante el fracaso del tratamiento de primera elección</b>	4
Verificar el cumplimiento del tratamiento	4
Nueva evaluación diagnóstica	4
Adaptación del tratamiento	5
■ <b>Conducta en caso de reflujo gastroesofágico refractario</b>	6
■ <b>Lugar de la cirugía</b>	6
■ <b>Tratamiento de un reflujo gastroesofágico complicado con esofagitis</b>	6
■ <b>Casos particulares</b>	8
Reflujo gastroesofágico en la mujer embarazada	8
Reflujo gastroesofágico y ancianos	8
Reflujo gastroesofágico, sobrepeso y obesidad	9
Papel de <i>Helicobacter pylori</i>	9
■ <b>Conclusión</b>	9

## ■ Introducción

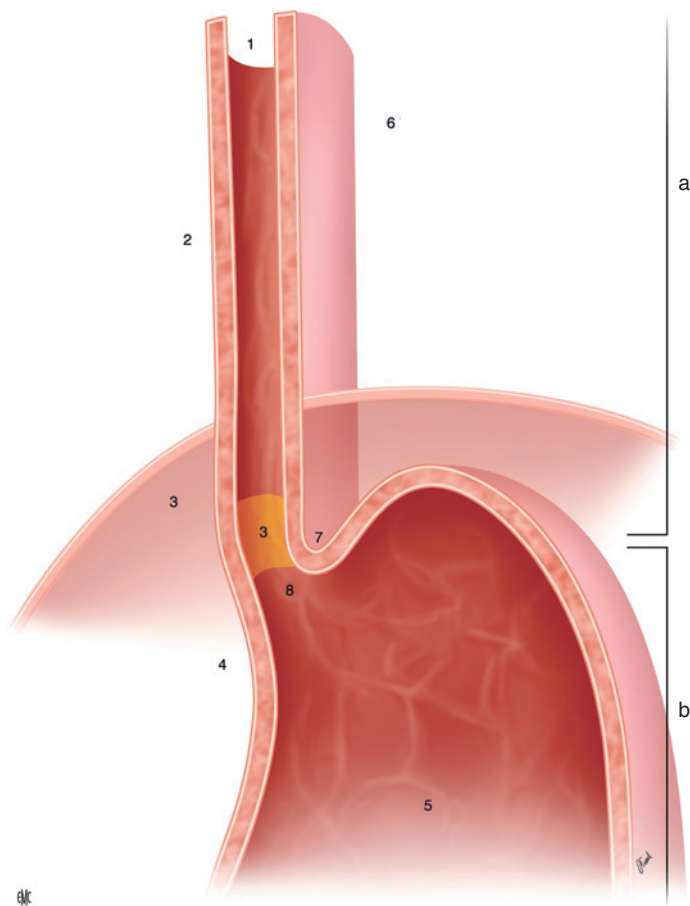
El reflujo gastroesofágico (RGE) se define como el paso de una parte del contenido gástrico al esófago sin que medie un esfuerzo de vómito. Este fenómeno, fisiológico en período posprandial, se torna patológico cuando provoca síntomas más de dos veces por semana y/o causa lesiones en la mucosa esofágica.

En Francia, por ejemplo, la prevalencia del RGE en la población general se sitúa en torno al 25-30%<sup>[1]</sup> y está en aumento. Los síntomas de RGE, que suelen ser crónicos, son motivo de numerosas consultas (sobre todo en medicina general) y de un notable consumo de medicamentos debido a que alteran la calidad de vida<sup>[2]</sup>.

El proceso diagnóstico y terapéutico del RGE está bien codificado. Los objetivos principales son aliviar los síntomas y detectar complicaciones, en particular el esófago de Barrett (EB) por ser una condición precancerosa.

## ■ Fisiopatología

El RGE es una afección multifactorial<sup>[3]</sup> (Fig. 1). Uno de los elementos clave de su fisiopatología es la insuficiencia de la barrera antirreflujo, zona de alta presión situada en la unión esofagogástrica y constituida principalmente por el esfínter esofágico inferior (EEI). Esta insuficiencia puede ser permanente (presión del EEI menor a 10 mmHg de forma constante) o producirse sólo con las relajaciones transitorias del EEI fuera de las degluciones. La hernia



**Figura 1.** Mecanismos en la fisiopatología del RGE. a. Elementos de defensa; b. factor de agresión; 1. disminución de la secreción salival; 2. alteración del peristaltismo; 3. insuficiencia del esfínter esofágico inferior; 4. vaciamiento gástrico más lento; 5. hiperpresión abdominal; 6. disminución de la secreción mucosa; 7. pérdida del ángulo de His; 8. reflujo ácido.

hiatal, que se consideraba un factor menor en la fisiopatología del RGE, vuelve a ocupar el primer plano, sobre todo porque modifica la posición del bolsillo ácido [4-8].

Los otros factores implicados en el RGE son abdominales y esofágicos. La hiperpresión abdominal (sobre todo la inducida por sobrepeso abdominal) y la repleción gástrica consecutiva a una gastroparesia (40% de los pacientes) favorecen los episodios de RGE. El aumento de la permeabilidad mucosa y la hipersensibilidad esofágica a los reflujo ácido o no ácidos incrementan la probabilidad de síntomas durante los episodios de RGE, así como el riesgo de lesiones mucosas esofágicas.

## ■ Presunción diagnóstica

El diagnóstico de RGE debe sospecharse en dos tipos de circunstancias.

### Síntomas digestivos más o menos evocadores

El motivo de consulta digestivo es típico de RGE cuando el paciente refiere una pirosis, definida como una quemadura que parte del epigastrio y enseguida se sitúa detrás del esternón, y/o regurgitaciones que corresponden al ascenso del contenido gástrico a lo largo del esófago hasta la faringe, sin esfuerzo de vómitos ni sensación de náuseas. Ambos síntomas son muy específicos y su asociación es casi patognomónica del RGE. Los síntomas son aún más orientadores si son posturales (inicio o agravación de los síntomas con el decúbito o la anteflexión) y/o se producen después de las comidas.

## “ Punto importante

- La hernia hiatal es la protrusión, permanente o intermitente, de una parte del estómago en el tórax (en más de 2 cm), a través del hiato esofágico del diafragma.
- Se distinguen tres tipos de hernia hiatal:
  - la hernia hiatal por deslizamiento (más del 85% de los casos), en la que el cardias es intratorácico;
  - la hernia hiatal por rodamiento o paraesofágica, en la que la tuberosidad mayor forma una bolsa intratorácica paraesofágica y el cardias permanece en posición intraabdominal;
  - la hernia hiatal mixta.
- La hernia hiatal, que se consideraba un factor menor en la fisiopatología del RGE, vuelve a ocupar el primer plano. En caso de hernia hiatal, varios factores contribuyen al desarrollo de un RGE: disminución de la presión del EEI proporcional al tamaño de la hernia hiatal, aumento de la frecuencia de las relajaciones transitorias del EEI, disminución de la longitud del segmento esofágico abdominal, ensanchamiento del orificio esofágico del diafragma, situación cardial o supracardial del bolsillo ácido. Además, en caso de hernia hiatal voluminosa, el tiempo de vaciamiento esofágico se prolonga, sobre todo si está reducida la amplitud de las contracciones del esófago distal.

## “ Punto importante

### Bolsillo ácido

- Se trata de una acumulación de líquido particularmente ácido (acidez superior a la del estómago) en el cardias, que se forma en el período posprandial.
- Puede persistir hasta 2 horas después de la comida y no está sometido al efecto amortiguador de los alimentos. Por esta razón, en el período posprandial existe en el cardias un entorno ácido favorecedor de la exposición ácida esofágica. El tamaño y la posición de este bolsillo condicionan la gravedad del RGE.
- Cuando el bolsillo ácido se encuentra por encima del diafragma, como en caso de hernia hiatal, el 70-85% de las relajaciones transitorias del EEI (RTEEI) se acompañan de reflujo ácido. Cuando el bolsillo ácido se encuentra por debajo del diafragma, sólo el 7-20% de las RTEEI se acompañan de reflujo ácido.

El diagnóstico de RGE también puede sospecharse por síntomas digestivos menos específicos: dolor epigástrico, quemadura esofágica no ascendente, eructos, incluso disfagia.

### Síntomas extradi digestivos cuya evaluación específica resulta negativa

Aun cuando este punto es cada vez más controvertido a la luz de los resultados de ensayos clínicos recientes, el RGE es la causa posible de algunos síntomas otorrinolaringológicos (ORL), pulmonares o cardíacos e incluso de trastornos del sueño:

- manifestaciones ORL: ronquera, parestesias o sensación de quemadura faríngea, laringitis aguda o crónica y otalgia (sobre todo derecha), sin explicación infecciosa, alérgica o neoplásica;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465297>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465297>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)