

Manejo clínico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico

J. Ferrándiz-Santos^a y J. Alvarez-Duque^b

^aMédico de Familia. Unidad de Calidad. Área 11 de Atención Primaria. Servicio Madrileño Salud. Madrid.

^bFarmacéutico. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Área 2 de Atención Primaria. Servicio Madrileño Salud. Madrid. España.

Puntos clave

- La endoscopia es de elección para la identificación y la valoración de la magnitud de las lesiones esofágicas, aunque no se recomienda su indicación sistemática a todo paciente con síntomas típicos de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en ausencia de clínica de alarma.
- El tratamiento empírico con inhibidores de la bomba de protones (IBP) presenta un valor diagnóstico aceptable como marcador del reflujo gastroesofágico con síntomas tanto típicos como atípicos.
- Los síntomas frecuentes (> 2 veces por semana) y/o el deterioro de la calidad de vida, sin signos de alarma, son subsidiarios de tratamiento empírico con IBP en dosis estándar, durante 4 semanas.
- Tanto en el control de la pirosis como en el alivio global de síntomas a corto plazo, los IBP son más eficaces que los antagonistas H₂ y procinéticos, y son la primera opción terapéutica.
- Con la terapia antisecretora descendente se obtiene un alivio rápido y eficaz de los síntomas y es la opción más generalizada, tanto en pacientes sometidos a terapia empírica como en aquellos con ERGE erosiva.
- Todos los IBP son eficaces en el control clínico, la cicatrización de las lesiones y la prevención de recidivas, y se recomienda el omeprazol por su eficiencia y la experiencia en su uso.
- En la ERGE erosiva y no erosiva la tasa de curación con anti-H₂ es menor que con los IBP, sin que el incremento de la dosis por encima de la dosis estándar produzca beneficios clínicos adicionales.
- En la ERGE erosiva, tras la interrupción de la terapia de alivio sintomático inicial, se observa recidiva clínica al año en más del 90% de los casos. La terapia de mantenimiento (continua y discontinua o cíclica) pretende mantener al paciente libre de síntomas el mayor tiempo posible con la dosis mínima eficaz y a un coste asumible.
- El tratamiento continuo con IBP a largo plazo ha mostrado mayor efectividad que con los anti-H₂ en la curación de la esofagitis.
- La pauta antisecretora continua asume el inconveniente de la falta de cumplimiento terapéutico a largo plazo, y la causa principal de abandono es la ausencia de síntomas.

Palabras clave: Enfermedad por reflujo gastroesofágico • Inhibidores de la bomba de protones • Atención primaria.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un problema de salud de curso crónico, de notable frecuencia en la población general, con una amplia expresión clínica, y se acompaña de alteraciones relevantes tanto en la comorbilidad como en la propia calidad de vida. Se acepta que en el término ERGE se incluye a todo individuo expuesto al riesgo de complicaciones físicas derivadas del reflujo gastroesofágico (RGE) o que experimente una alteración clínicamente relevante de su calidad de vida por los síntomas de reflujo tras asegurar la naturaleza benigna del cuadro clínico^{1,2}. En este sentido, se considera que más de 2 episo-

dios de pirosis por semana bastan para que se pueda producir una alteración en la percepción de la calidad de vida del sujeto.

El RGE es un suceso fisiológico en el que se produce el tránsito del contenido gastrointestinal al esófago, en ausencia de náuseas, vómitos o eructos, esencialmente debido a relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior (EEI) y sin consecuencias clínicas secundarias. El espectro clínico de la ERGE es variado, y se objetiva esofagitis por reflujo ante las alteraciones macroscópicas y microscópicas de la mucosa esofágica debidas al RGE patológico. De forma am-

TABLA 1. Estratificación de pacientes con ERGE

	Clínica de reflujo	Monitorización pH 24 h	Erosiones endoscopia
ERGE erosiva	Presencia/ausencia	Anormal	Presencia
ERGE no erosiva, exposición anormal al ácido	Presencia	Anormal	Ausencia
ERGE no erosiva, exposición normal al ácido (sensibilidad al ácido/pirosis funcional)	Presencia	Normal	Ausencia

TABLA 2. Estudios poblacionales de prevalencia sobre ERGE. Resumen

	País	Edad (años)	Muestra	Tasa respuesta (%)	Pirosis (%)	Regurgitación (%)	Pirosis y/o regurgitación (%)
Locke (1997)	EE.UU.	25-74	2.073	73	17,8	6,3	19,8
Locke (1999)	EE.UU.	25-74	2.118	72	17,4	6,6	20
Isolaauri (1995)	Finlandia	> 20	2.500	68	15	—	—
Terry (2000)	Suecia	media 68	1.123	73	—	—	16,7
Valle (1999)	Italia	21-68	768	91	7,7	6,6	—
Díaz Rubio (2004)	España	40-79	8.686	71,2	—	—	9,8
Hu (2002)	China	> 18	2.640	62	—	—	4,8
Wong (2003)	China	> 18	3.605	61,3	—	—	2,5

plia, se considera que la ERGE puede clasificarse en los grupos citados en la tabla 1^{1,3,4}.

La enfermedad ofrece criterios dispares sobre el síntoma clínico a identificar, el período de medición, el método de evaluación, el tamaño muestral y el período de reclutamiento, así como la tasa de respuesta a la investigación. Globalmente existen escasas diferencias entre las prevalencias de la ERGE en Norteamérica (definido como pirosis y/o regurgitación al menos semanal, 19-20%) y Europa (16-18%); en las regiones del sur de Europa muestra cifras menores (9,8%), mientras que la tendencia es claramente inferior en los estudios asiáticos (2,5-4,8%) (tabla 2)^{4,5}.

Los estudios sobre incidencia son menos robustos que los de prevalencia, y no es concluyente el porcentaje de casos incidentes de ERGE que realmente llegan a la consulta clínica. Las cifras oscilan entre 4,5/1.000 personas/año (UK General Practice Research Database) y 5,4/1.000 personas/año (Georgia Mediad)⁵.

Fisiopatología relacionada con la aparición y mantenimiento de la ERGE

La ERGE es una entidad compleja, multifactorial, en la que la lesión subyacente deriva del potencial desequilibrio entre factores agresivos y defensivos, y se ha señalado la utilidad de fármacos con dianas terapéuticas diferentes^{6,7}.

TABLA 3. Mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Factores agresivos	Factores defensivos
Volumen y contenido de RGE	Barreras antirreflujo
Ácido y pepsina	Aclaramiento esofágico
Sales biliares	Resistencia de la mucosa
Enzimas pancreáticas	

RGE: reflujo gastroesofágico.

Factores defensivos

Básicamente pueden establecerse 3 niveles de actuación (barrera antirreflujo, aclaramiento esofágico y resistencia tisular) con acciones compartidas para su función protectora (tabla 3).

La barrera antirreflujo responde funcionalmente por varios mecanismos, como el esfínter esofágico inferior (EEI), el diafragma crural, el ligamento freno esofágico y el ángulo de Hiss. El EEI como elemento principal (zona de alta presión) impide el paso de material gástrico a la luz esofágica, y se afecta por relajaciones transitorias (RTEEI) e hipotonía. Las RTEEI ocurren sin relación con la deglución, facilitan el reflujo, son prolongadas (> 10 s), no se acompañan de peristalsis esofágica y generan la mayoría de los episodios de RGE tanto en sanos como en sujetos con ERGE (55-80%).

En el aclaramiento esofágico interviene la gravedad (bipedestación), la peristalsis primaria y la secreción de bi-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3472286>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3472286>

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