

Manual de consultas
DE DIGESTIVO

消化器

Organiza:  **SEPD**
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

 **FEAD**
FUNDACIÓN ESPAÑOLA
DEL APARATO DIGESTIVO

CON LA COLABORACIÓN DE:





Tema 1 - Enfermedad Por Reflujo Gastroesofágico (ERGE).

Dra. María José Mesa López

H. C. U Virgen De La Arrixaca, Murcia.

Dra. María Muñoz Tornero

H. C. U Virgen De La Arrixaca, Murcia.

Dr. Fernando Alberca de las Parras

H. C. U Virgen De La Arrixaca, Murcia.



CONCEPTO

- Resultado del paso del contenido gástrico ácido, no ácido o débilmente ácido al esófago) que conduce a la aparición de síntomas y/o lesiones mucosas en el esófago, cavidad oral o vías respiratorias.
- Mecanismo: reflujo excesivo, disminución de la resistencia mucosa del esófago o aumento de la sensibilidad esofágica.
- Los individuos sanos también tienen episodios de reflujo gastro-esofágico, pero éstos son infrecuentes, de corta duración o presentan una mucosa con resistencia normal.



FACTORES ETIOLÓGICOS

1) Factores de riesgo:

- Sobrepeso (IMC 25-30 Kg/m²) u obesidad (IMC >30 Kg/m²).
- Fármacos (tabla), tabaquismo, estrés.
- Ejercicio físico, hernia de hiato, ropa apretada, agacharse, decúbito postingesta.

FÁRMACOS QUE FAVORECEN EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO	
AINES y ASS	Benzodiazepinas
Agonistas beta adrenérgicos	Antidepresivos tricíclicos
Agonistas alfa adrenérgicos	Estrógenos/Progesterona
Anticolinérgicos	Bifosfonatos, sales de hierro, CIK
Bloqueantes de los canales calcio/nitritos	Antibióticos/Quimioterápicos

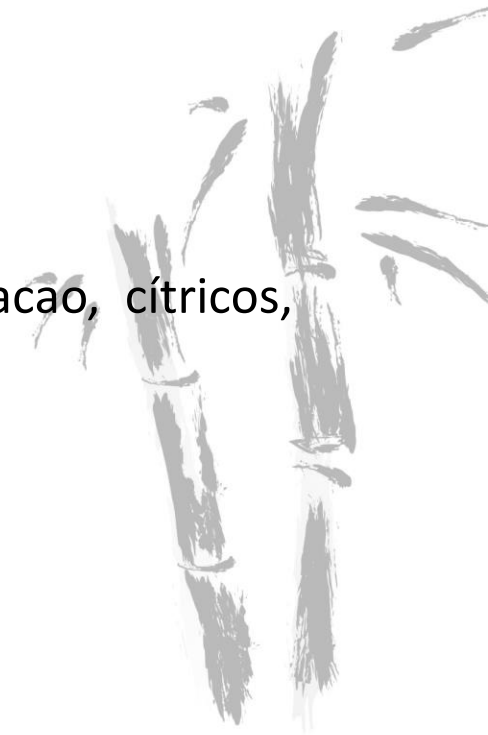
FACTORES ETIOLÓGICOS

2) Factores protectores:

- Pérdida de peso o elevación del cabecero de la cama.

3) Datos contradictorios o no concluyentes:

- No modificables: edad, sexo, genética.
- Modificables: alcohol, infección por H. Pylori, dieta (grasas, cafeína, teína, cacao, cítricos, picante, bebidas carbonatadas), posición de decúbito lateral izquierdo.



CLÍNICA

La correlación entre los episodios de reflujo y la intensidad de los síntomas es escasa.

- *Síntomas típicos:* **pirosis retroesternal y/o regurgitación.**
- *Síntomas atípicos:*
 - **Dolor torácico esofágico.** Causa más frecuente de dolor torácico no cardíaco.
 - Asociación establecida: **tos, erosión dental, laringitis (disfonía), asma.**
 - Asociación propuesta: **faringitis, sinusitis, fibrosis pulmonar idiopática, otitis media recurrente.**
- *Síntomas de alarma:* **disfagia progresiva, pérdida de peso, anemia ferropénica, vómitos recidivantes, HDA (melenas/hematemesis), masa epigástrica.**

DIAGNÓSTICO

- *Anamnesis*: alergias, factores de riesgo cardiovascular, hábitos tóxicos, antecedentes médico-quirúrgicos, tratamiento crónico.
- *Cuestionario GERDQ (Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire)*: no debe utilizarse como herramienta única de diagnóstico. Es útil para cuantificar la frecuencia e intensidad de los síntomas y los cambios tras el tratamiento. Puntuación ≥ 8 = orientativo de ERGE.
- *Analítica general*.
- *Descartar H. Pylori o gastropatía por fármacos*: si asocia síntomas dispépticos.



MANEJO

1) MANEJO INICIAL Y AVANZADO EN PACIENTES CON SÍNTOMAS TÍPICOS:

- La presencia de síntomas típicos en ausencia de signos de alarma se considera suficiente para asumir el diagnóstico de ERGE e iniciar **un tratamiento de prueba con inhibidores de la bomba de protones (IBP)** durante 2 semanas.
- La endoscopia no se recomienda de entrada, salvo ante la presencia de **datos de alarma** o en pacientes con síntomas típicos de ERGE que **no responden a terapia con IBP** (permite evaluar complicaciones y detectar diagnósticos alternativos).
- La demostración de **esofagitis grave** (grados C y D de los Ángeles) o la existencia de esófago de Barrett (**EB**) en la endoscopia determinan con gran especificidad (90-95%) el diagnóstico de ERGE.
- No se recomienda la toma de biopsias en pacientes con ERGE sin lesiones endoscópicas. Éstas están indicadas si:
 - Pacientes que asocian disfagia o impactación alimentaria, incluso con aspecto mucoso normal (descartar esofagitis eosinofílica).
 - Pacientes con úlceras profundas o irregulares, lesiones de localización proximal, nodularidad o estenosis.

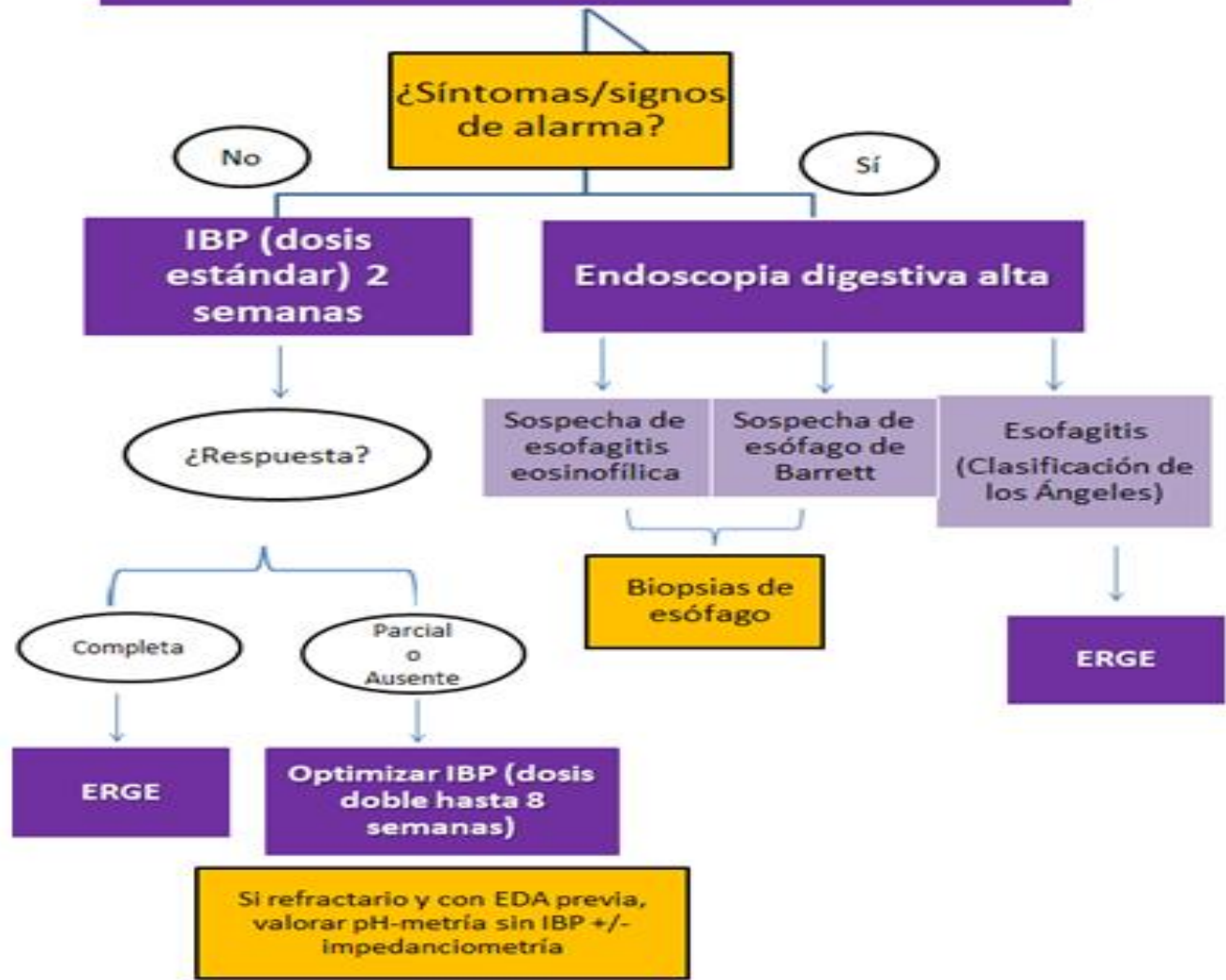
MANEJO

- La pH-metría o impedancia-pH (IIM-pH) es la única prueba que permite medir la exposición esofágica al ácido durante 24 horas y valorar la asociación de síntomas. Considerada el **gold estándar** en el diagnóstico de la ERGE. Indicaciones:
 - Pacientes refractarios al tratamiento optimizado con IBP.
 - Previa a la realización de tratamiento quirúrgico.
 - Presencia de síntomas extraesofágicos.
 - pH-metría o IIM-pH **sin** IBP:
 - ✓ Pacientes con **endoscopia normal o esofagitis grado A y B** de los Ángeles.
 - ✓ **Previo a indicación de cirugía** antirreflujo.
 - pH-metría o IIM-pH **con** IBP a dosis dobles:
 - ✓ Pacientes con **esofagitis grado C y D** de los Ángeles.
 - ✓ Pacientes con **esófago de Barrett**.

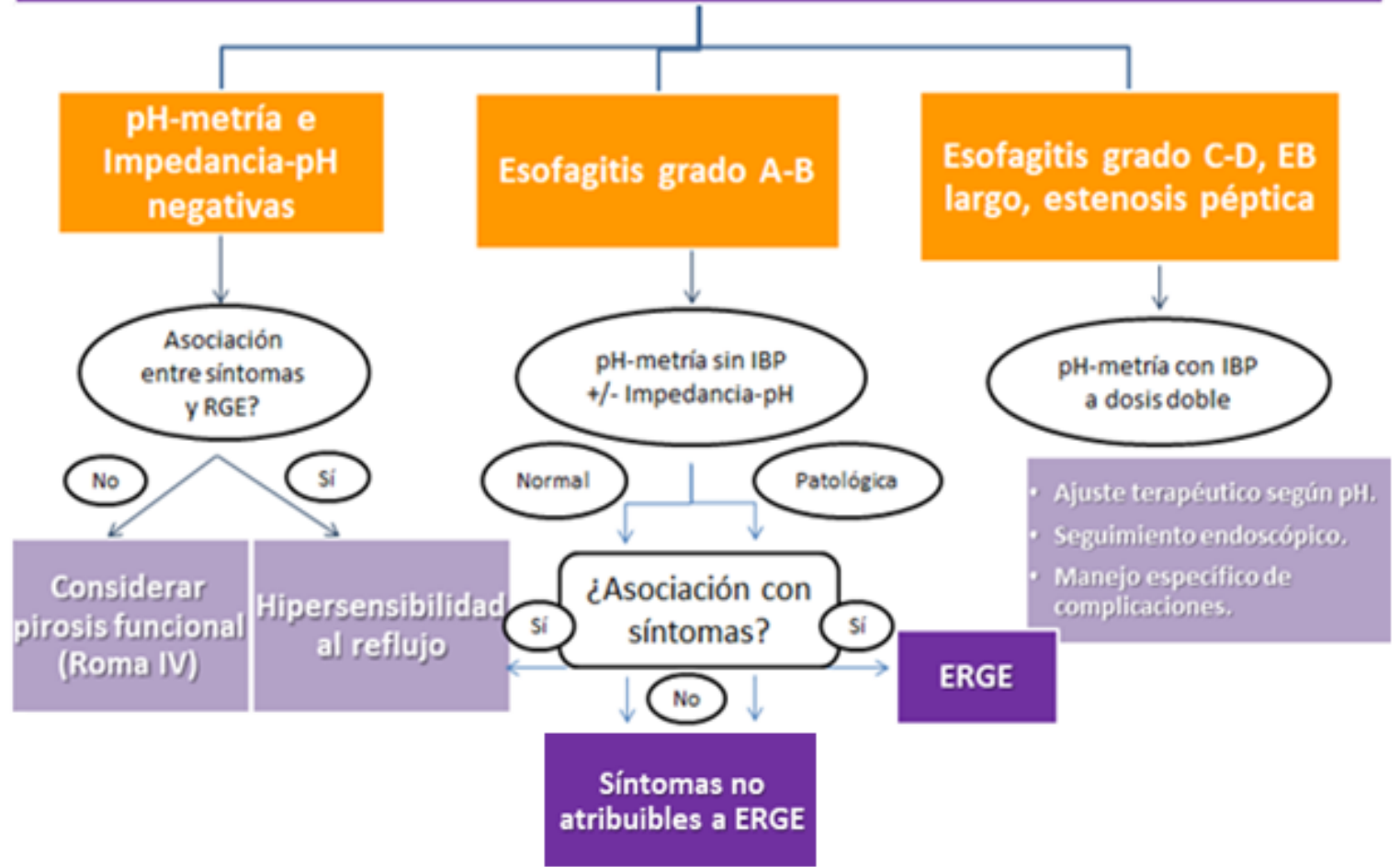
MANEJO

- La manometría de alta resolución (MAR) no permite el diagnóstico de ERGE. Está indicada:
 - **Previa colocación de catéteres de pH-metría o IIM-pH** ambulatoria en pacientes con ERGE refractaria al tratamiento con IBP.
 - Valorar el rendimiento peristáltico esofágico **antes de la cirugía antirreflujo** y descartar trastornos motores esofágicos mayores (aperistalsis, acalasia), que podrían modificar la técnica quirúrgica.
- El tránsito baritado no está indicado en el estudio de ERGE, si no en la **evaluación preoperatoria de la cirugía antirreflujo** (aporta información anatómica sobre la longitud del esófago, presencia y tamaño de hernia de hiato, existencia de divertículos, estenosis) o en presencia de **síntomas posfunduplicatura** (principalmente disfagia, para determinar si hay recidiva de la hernia).

Pirosis y/o regurgitación sin síntomas abdominales y con H. Pylori negativo (o erradicado)



ERGE NO CONFIRMADA O REFRACTARIA A IBP OPTIMIZADO



MANEJO

2) MANEJO EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO NO CARDIOLÓGICO:

- Se recomienda inicialmente ECG y valoración por especialista en cardiología.
- Ante la presencia de dolor torácico tras descartar un origen cardiológico y en ausencia de datos de alarma, se recomienda iniciar un tratamiento con **IBP a dosis dobles** durante 2-8 semanas.
- La endoscopia no se recomienda de entrada, salvo ante la presencia de **datos de alarma** o ante pacientes que **no responden a terapia con IBP**.
- El diagnóstico se asume si aparece respuesta completa al tratamiento con IBP o ante el diagnóstico endoscópico de esofagitis grave y/o complicaciones de ésta. Si no hay respuesta a IBP, valorar pH-metría o impedancia-pH:
 - Patológica: diagnóstico de ERGE.
 - Normal: valorar manometría de alta resolución esofágica.

MANEJO

- En la manometría de alta resolución esofágica interesa descartar la presencia de un **trastorno motor hipercontráctil**:
 - Si lo hay el diagnóstico es el de “dolor torácico por trastorno motor”.
 - Si no lo hay la probabilidad de ERGE baja. Considerar:
 - ✓ Alteraciones músculo-esqueléticas.
 - ✓ Herpes-zóster torácico.
 - ✓ Enfermedades pleuro-pulmonares, mediastínicas.
 - ✓ Dolor torácico funcional (suele estar asociado a estrés, ansiedad...).

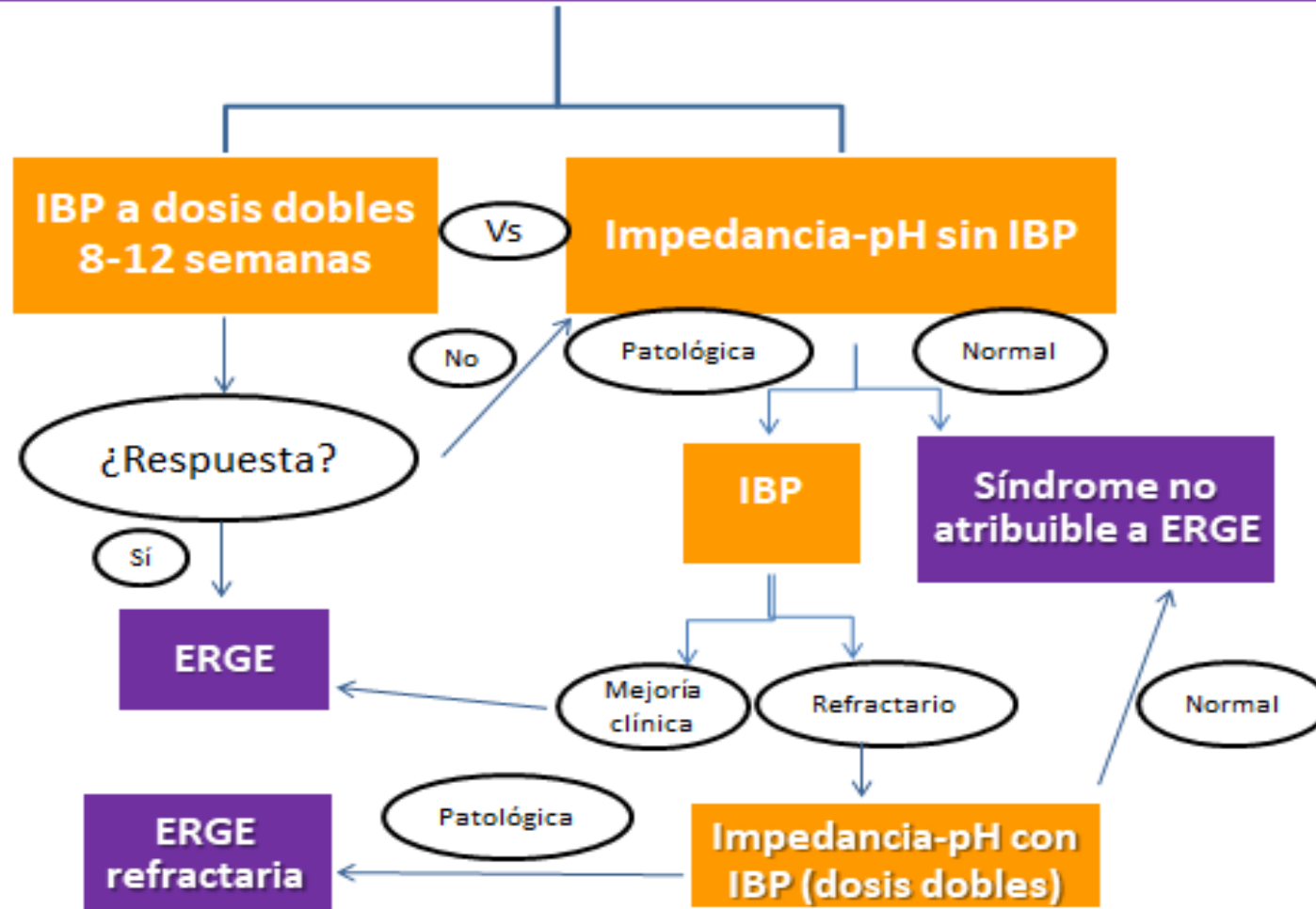


MANEJO

3) MANEJO EN PACIENTES CON SÍNDROMES EXTRAESOFÁGICOS CON ASOCIACIÓN ESTABLECIDA CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO:

- Es conveniente **descartar otra etiología** ante la presencia de:
 - *Tos crónica*: valoración neumológica, ORL y alérgica.
 - *Asma*: estudio de hiperreactividad bronquial.
 - *Laringitis crónica*: valoración ORL, alérgica y foniátrica. Los hallazgos en la **laringoscopia** de edema subglótico, obliteración ventricular o granulomas, se han relacionado con la presencia de RGE.
- Se acepta el **tratamiento inicial con IBP** a dosis doble durante 8-12 semanas o la **impedancia-pH sin tratamiento IBP** en pacientes sin síntomas de alarma.
- Si los pacientes tienen una **respuesta parcial o ausente** a pesar de tratamiento prolongado con IBP a dosis altas, está también indicada la impedancia-pH sin tratamiento.

SÍNDROMES EXTRAESOFÁGICOS CON ASOCIACIÓN ESTABLECIDA CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ASMA, TOS Y LARINGITIS CRÓNICA)



COMPLICACIONES

1) **ERGE NO EROSIVA:** clínica típica de RGE sin lesiones mucosas en la endoscopia.

2) **ESOFAGITIS:**

- Inflamación/erosión del esófago debido al reflujo gástrico.
- Pueden aparecer **úlceras:** suelen ser profundas y estar localizadas en el tercio inferior.
- Se deben biopsiar las úlceras profundas o irregulares, lesiones proximales, nodularidad o estenosis.
- Clasificación endoscópica: (tabla siguiente)

COMPLICACIONES

- Clasificación endoscópica:

CLASIFICACIÓN DE LOS ÁNGELES	CLASIFICACIÓN SAVARY-MILLER MODIFICADA
Grado A: Una o varias lesiones mucosas < 5mm.	Grado I: Lesión única o exudativa, oval o lineal que afecta a un solo pliegue.
Grado B: Al menos una lesión mucosa > 5mm.	Grado II: Múltiples lesiones no circunferenciales, erosivas o exudativas que afectan a más de un pliegue, con o sin circunferencia.
Grado C: Al menos una lesión mucosa con continuidad entre pliegues mucosas pero con circunferencial.	Grado III: Lesión, erosivas o exudativa circunferencial.
Grado D: Lesión mucosa circunferencial.	Grado IV: Lesiones crónicas: úlceras, estenosis o esófago corto, solas o asociadas a lesiones de grado I-III
	Grado V: Esófago de Barrett, aislado o asociado a grandes lesiones

COMPLICACIONES

- Tratamiento:
 - Leve (A-B): IBP dosis estándar x 8 semanas.
 - Grave (C-D): IBP **dosis doble** x 8 semanas.
- **Alto riesgo de recidiva** al suspender el tratamiento: se recomienda continuar con terapia de mantenimiento con **IBP a dosis estándar 6-12 meses** e ir ajustando según sintomatología.
- Tras la curación, no es infrecuente la aparición de otras **complicaciones**: anillos, estenosis o EB. Por lo que se recomienda **seguimiento endoscópico** hasta la correcta cicatrización. En las formas graves, endoscopia de control a los **3-6 meses** tras inicio de tratamiento.

COMPLICACIONES

3) ESTENOSIS PÉPTICA ESOFÁGICA:

- Resultado del proceso de curación aberrante de la esofagitis o en el contexto de una motilidad esofágica anómala.
- Suele localizarse en esófago distal y ser de corta longitud.
- Se debe biopsia siempre.
- Clínicamente se manifiesta como disfagia y/o impactación alimentaria.
- Tratamiento:
 - **IBP dosis doble x 8 semanas** y posterior reevaluación endoscópica.
 - Si persiste estenosis, **dilatación endoscópica** con IBP de mantenimiento según sintomatología (si estenosis fibrótica el IBP no es efectivo).
 - Si recidiva la estenosis, nueva dilatación y verificar eficacia de tratamiento IBP con pH-metría.
 - Si recidivas frecuentes pese a tratamiento médico adecuado y dilataciones endoscópicas, valorar **inyección endoscópica de esteroides** (triamcinolona).
 - Si fracasa lo anterior, valorar **cirugía** antirreflejo.

4) ESÓFAGO DE BARRETT (EB) (TEMA 4)

TRATAMIENTO

OBJETIVOS:

- Control de síntomas.
- Prevenir la aparición de complicaciones.

RECOMENDACIONES GENERALES:

- Evitar la toma de comidas grasas, cítricos, bebidas carbonatadas, chocolate, etc. Únicamente indicados en aquellos pacientes que los relacionen con la precipitación de los síntomas.
- Evitar la toma de fármacos que aumentan el reflujo: AINES, AAS, benzodiazepinas.
- Abandono del hábito tabáquico.
- Perder peso en pacientes con sobrepeso/obesidad; evitar el aumento ponderal en pacientes sin sobrepeso.
- Medidas posturales: elevación del cabecero de la cama en pacientes con reflujo nocturno, espaciar el decúbito de la ingesta o dormir en decúbito lateral izquierdo.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO ESPECÍFICO:

- *Inhibidores de la bomba de protones (IBP):* son los fármacos más eficaces en la remisión de síntomas a corto plazo, curación de esofagitis, mantenimiento de remisión de síntomas y la esofagitis a largo plazo. Cuando ocurre un fracaso terapéutico con dosis convencionales, una estrategia eficaz es doblar la dosis de IBP (aunque no hay evidencia de que dosis mayores sean más eficaces).

*Se recomienda tomarlos 30-60 minutos antes de la comida. Si dosis doble, se recomienda fraccionar en 2 tomas (cada 12 horas).

*Si mejoría tras IBP, se pueden mantener IBP a dosis mínimas para control de síntomas, alternando o combinando antiácido +/- antiH2 a demanda, e intentar discontinuar el IBP hasta suspensión.

- **Omeprazol** 10-20-40 mg (*Parizac[®], Pepticum[®], Nuclosina[®]*).
- **Pantoprazol** 20-40 mg (*Anagastra[®], Pantecta[®]*).
- **Esomeprazol** 10-20-40 mg (*Nexium[®], Vimovo[®]*). Ligeramente superior en la esofagitis grave.
- **Lansoprazol** 15-30 mg (Si disfagia/odinofagia: *Opiren[®] o Monolitum Flas[®]* bucodispersable).
- **Rabeprazol** 10-20 mg (*Pariet[®]*).

TRATAMIENTO

*Eventos adversos de los IBP:

- ✓ **Infecciones entéricas:** La hipoclorhidria se asocia a aumento del riesgo de infección por *Salmonella*, *Campylobacter*, *Clostridium Difficile*; y de sobrecrecimiento bacteriano.
 - ✓ **Reducción de la absorción de micronutrientes:** la hipoclorhidria también podría disminuir la absorción de **vitamina B12, hierro, magnesio y calcio**.
 - ✓ Algunos autores recomiendan la determinación periódica de magnesio y vitamina B12 en **ancianos con enfermedad renal crónica** o con malabsorción y **diarrea crónica**.
 - ✓ **Enfermedad renal:** asociación débil.
 - ✓ **Demencia:** resultados no consistentes.
-
- **Anti-H2:** indicados para alivio rápido sintomático en pautas de tratamiento descendente de IBP o para el tratamiento del rescate nocturno ácido (definido por pH-metría).
 - **Famotidina** 20-40 mg, 1-2 comprimidos al día.

TRATAMIENTO

- *Antiácidos*: Rapidez de acción para aliviar síntomas de reflujo, pero no proporcionan un alivio prolongado ni curación mucosa.
 - **Almax**[®] 1 g: 1 comprimido o sobre cada 8 horas. Administrar con alimentos: 30-60min después de las comidas. Máximo 8 g/día.
 - **Bemolan**[®] 800 mg o 2g: 1 sobre cada 8 horas. Administrar 1-2 horas después de las comidas principales. Máximo 8g/día.
- *Alginatos*: forman una capa viscosa en la porción superior del estómago. Son especialmente útiles para neutralizar el bolsillo ácido.
 - **Gaviscon**[®]: 2-4 comprimidos o 1-2 sobres, según necesidad, hasta 4 veces al día. Máximo 16 comprimidos/día o 8 sobres/día. Administrar preferiblemente tras las comidas y antes de acostarse

TRATAMIENTO

- *Protectores mucosos*: se adhieren a la mucosa esofágica formando una capa que la protege del material refluido. Alivia los síntomas de reflujo y facilita la cicatrización mucosa, útil por tanto también en esofagitis actínica.
 - **Ziverel®**: 1 sobre cada 8h. Administrar después de las comidas principales y al acostarse.
 - **Sucralfato®**: 1 sobre cada 8 horas. Administrar una hora antes de cada comida y otro antes de acostarse. Separar 30 min de otros IBPs y 2h de otros fármacos.
- *Procinéticos*: aumentan el tono del EEI, mejoran el aclaramiento esofágico y aceleran el vaciamiento gástrico. Recomendados en pacientes con enlentecimiento del vaciamiento gástrico.
 - **Levogastrol®** 25 mg: 1 comprimido 20 minutos antes de cada comida principal.
 - **Cidine®** 1 mg: 1 comprimido 20 minutos antes de cada comida principal.

TRATAMIENTO

- *Inhibidores de reflujo gastroesofágico*: Indicado en ERGE refractario a IBP, especialmente en el ERGE NO ÁCIDO.
 - **Baclofeno**[®] 10 o 25 mg: iniciar a dosis bajas. Efectos adversos: mareo, náuseas, debilidad, cefalea.
- *Cirugía antirreflujo*: se recomienda valorar en pacientes con:
 - Mal control del reflujo ácido.
 - Situaciones en las que no sea posible realizar tratamiento médico (alergia o efectos secundarios a IBP).
 - Deseo expreso del paciente.
 - Hernia hiatal de gran tamaño o estenosis recurrentes pese a tratamiento u otras complicaciones incontrolables.

TRATAMIENTO

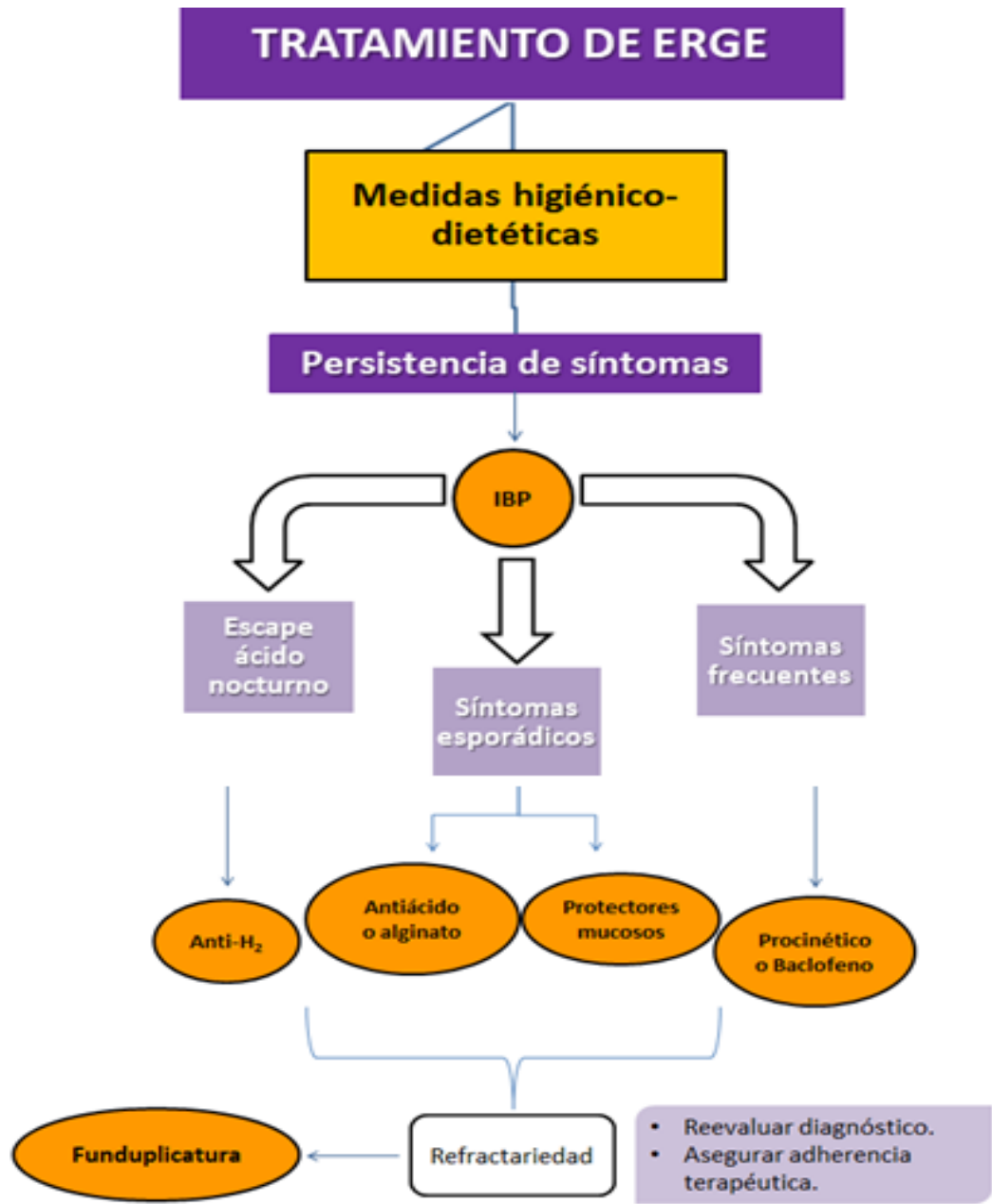
* Solicitar previo a cirugía: gastroscopia, esofagograma con bario, manometría esofágica + pHmetría esofágica (sin tratamiento).

* Criterios de respuesta a la cirugía antirreflujo (tabla):

FAVORABLE	NO FAVORABLE
ERGE erosiva	ERGE no erosiva
Correlación sintomática positiva	Ausencia de correlación sintomática
Organicidad: Hernia de hiato, hipotonía de EEI, reflujo nocturno, eventos de larga duración en pH/impedanciometría	Síntomas atípicos, hipersensibilidad esofágica, náuseas, aerofagia, rumiación
Buena respuesta IBP	Respuesta parcial a IBP
Motilidad esofágica normal	Motilidad esofágica alterada
Ausencia de patología funcional coexistente	Patología funcional coexistente

CONCLUSIONES

- Ambos tratamientos (médico y quirúrgico) controlan adecuadamente los síntomas y las repercusiones de la ERGE en la mayoría de los casos. La cirugía parece proporcionar un mejor control sintomático, especialmente a corto plazo, pero sus riesgos y efectos adversos deben ser considerados.
- La funduplicatura tipo Nissen vía laparoscópica es el gold estándar.
- Los efectos secundarios descritos son: disfagia, distensión abdominal, meteorismo.
- Un porcentaje muy alto de pacientes operados recurrieron al tratamiento con IBP al final del seguimiento, por lo que evitar el tratamiento con IBP no debería ser la principal razón para elegir la cirugía.
- Existen tratamientos endoscópicos alternativos, pero ninguno de ellos ha demostrado una eficacia suficiente.



BIBLIOGRAFÍA

- Documento de actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el Adulto. Asociación española de gastroenterología. 2019
- Endoscopic management of Barrett's esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy* 2017, Vol. 49 (2) pp. 191-198.
- Fass R, Cahn F, Scotti DJ, Gregory DA. Systematic review and me-ta-analysis of controlled and prospective cohort efficacy studies of endoscopic radiofrequency for treatment of gastroesophageal reflux disease. *SurgEndosc.* 2017;31(12):4865-82.