

focuss



Instituto Aragonés
de Ciencias de la Salud

Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico Esófago de Barrett

Huesca, Septiembre 2014



Blanca Belloc Barbastro
Unidad de Gastroenterología y Hepatología
Hospital San Jorge Huesca

OBJETIVOS

- 1.-Definir la ERGE y conocer sus distintas formas de expresión clínica.
- 2.-Revisar los mecanismos fisiopatológicos implicados en su patogenia.
- 3.-Actualizar las recomendaciones acerca de su manejo diagnóstico y terapéutico, para mantener un razonable equilibrio coste-efectivo a la hora de realizar pruebas, seleccionar el tratamiento y/o hacer derivaciones al especialista.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un trastorno muy frecuente que se caracteriza por la presencia de pirosis retroesternal y/o regurgitación ácida.

Su expresión clínica es muy heterogénea con formas de presentación variadas como esofagitis o reflujo patológico.

Es una enfermedad generalmente benigna, pero la persistencia e intensidad de sus síntomas puede ocasionar una morbilidad considerable, ya que pueden originar una mala calidad de vida.

PREVALENCIA DE LA ERGE

La prevalencia del reflujo es alta. En España, alcanza el 15% y los síntomas provocan un deterioro grave de la calidad de vida en 1 de cada 10 pacientes, aunque la gran mayoría lo sufre de forma esporádica y con intensidad leve

En nuestro medio es responsable del 3´4% de las consultas de Atención Primaria

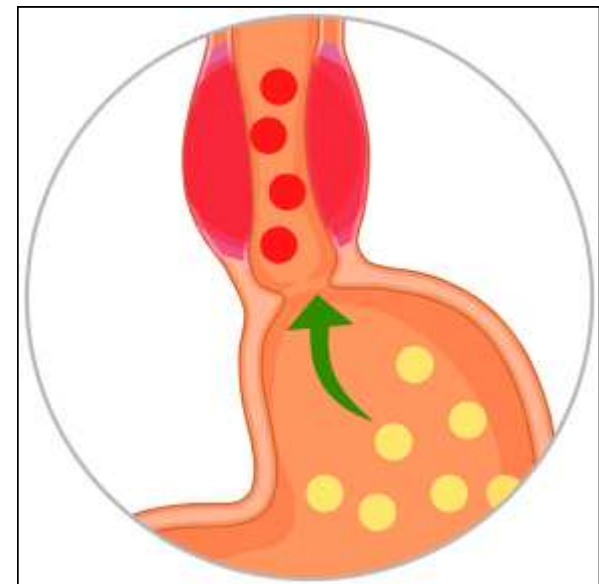
Además, la esofagitis es 2 veces más frecuente en los hombres que en las mujeres

ETIOPATOGENIA DE LA ERGE

¿Qué es el reflujo gastroesofágico?

¿Qué es la enfermedad por reflujo gastroesofágico?

¿Cuándo se produce una esofagitis por reflujo?



ETIOPATOGENIA ¿Qué es el reflujo gastroesofágico? (RGE)

El reflujo gastroesofágico se define como el paso de contenido gástrico a través del cardias hacia el esófago



A lo largo del día, todas las personas presentan relajaciones transitorias del EEI, un fenómeno que debe ser considerado como fisiológico y que ordinariamente no produce síntomas o lesiones.

ETIOPATOGENIA ¿Qué es la Enfermedad por reflujo GE?

“se define como aquellos síntomas y signos que se producen a causa del contacto excesivo del contenido gástrico con la mucosa esofágica, y que condicionan un deterioro clínicamente significativo de la calidad de vida de estos pacientes”.

El concepto incluye un amplio abanico de formas clínicas, de manera que la enfermedad puede presentarse como síntomas típicos, acompañados o no de diferentes grados de lesión mucosa, o manifestarse como un dolor torácico o manifestaciones extraesofágicas

ETIOPATOGENIA DE LA ERGE CON ESOFAGITIS

La esofagitis por reflujo es consecuencia de un desequilibrio entre factores agresivos y defensivos de la mucosa



ETIOPATOGENIA DE LA ERGE CON ESOFAGITIS

Alteraciones de la barrera antirreflujo (EEI)

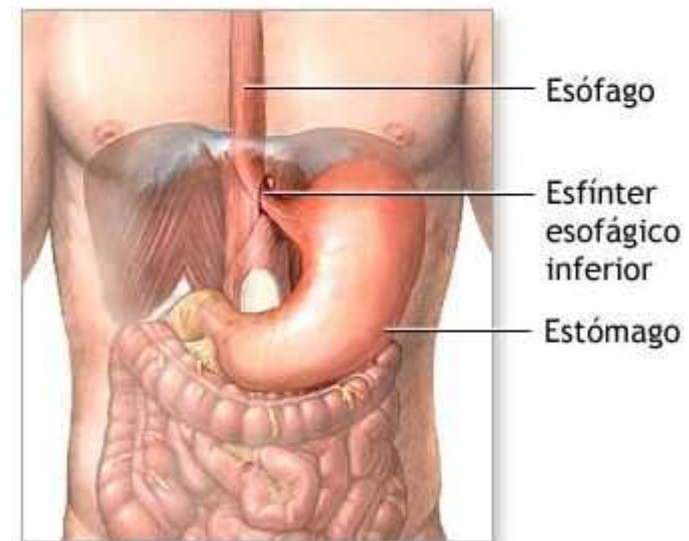
Zona de alta presión (10-30 mmHg) localizada en el cardias, que opone una resistencia natural al RGE.

Relajación transitoria del EEI

Hipotonía del EEI

Aumento de Presión Intraabdominal

- obesidad
- embarazo



Algunos alimentos o fármacos y ciertos hábitos de vida (tabaco, alcohol) disminuyen la presión del EEI favoreciendo el RGE

En general el RGE se relaciona más con un aumento en el número de relajaciones transitorias espontáneas del esfínter que con una hipotonía.

ETIOPATOGENIA DE LA ERGE CON ESOFAGITIS

Aclaramiento esofágico

Capacidad de eliminar el contenido residual del ácido que impregna la mucosa después de un episodio aislado de reflujo.

Condiciona el tiempo de exposición de la mucosa al ácido, lo determina la gravedad del RGE.

Depende de una adecuada peristalsis.

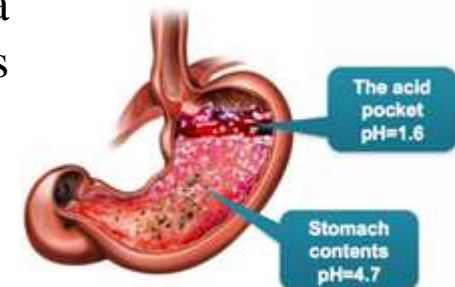
Hernia de hiato

Vaciamiento gástrico

Características y distribución del material refluido

La coexistencia de reflujo gástrico con reflujo duodenal se asocia a una prevalencia de lesión mucosa, lo que apoya el papel del reflujo de sales y enzimas pancreáticas en la esofagitis por reflujo

Cámara gástrica postprandial (acid pocket)



ETIOPATOGENIA DE LA ERGE CON ESOFAGITIS

Factores defensivos intrínsecos del epitelio

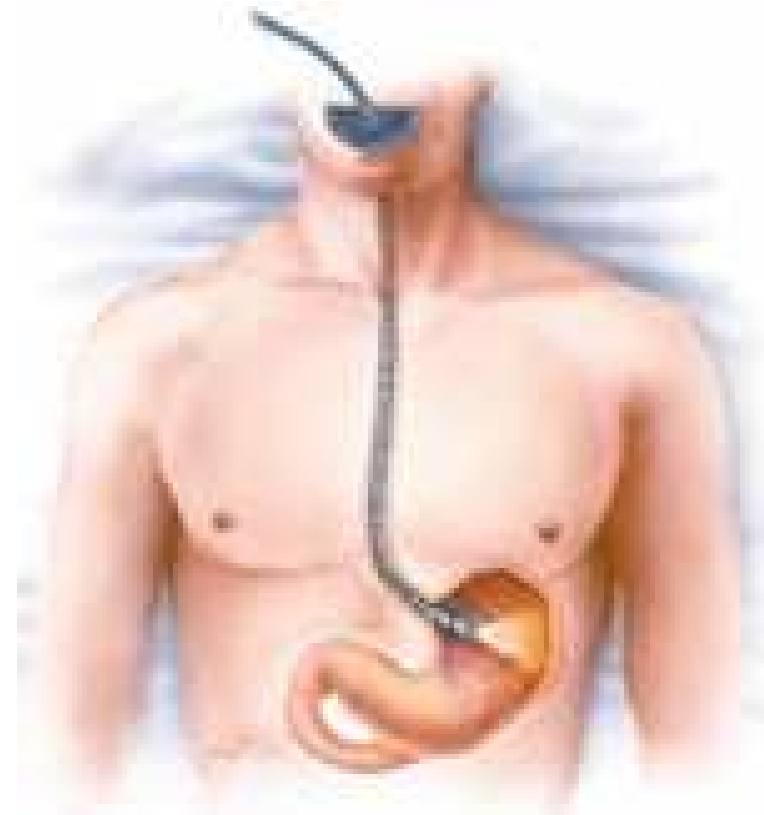
Serie de elementos morfológicos y fisiológicos que impiden la retrodifusión de hidrogeniones.

- Dependen de:
 - Un adecuado flujo sanguíneo
 - La integridad de las uniones estrechas intercelulares
 - La producción de moco y bicarbonato por las células epiteliales.
- Los AINE deterioran estos mecanismos al inhibir la producción local de prostaglandinas, necesarias para preservar la integridad de estos.
- Los nuevos inhibidores de la COX-2 no parecen desempeñar un papel en ello.

DIAGNÓSTICO DE LA ERGE

No hay exploración considerada como patrón de referencia (gold standard) para el diagnóstico de certeza.

- **Principales métodos diagnósticos:**
 - 1.-Historia Clínica detallada
 - 2.-Ensayo terapéutico con IBP
 - 3.-Endoscopia digestiva alta
 - 4.-pH-metría esofágica de 24 horas
 - 5.-Otros:
 - Radiología con contraste
 - Manometría esofágica
 - Impedanciometría



DIAGNÓSTICO: Historia Clínica

*La principal herramienta disponible
es la realización de una historia clínica completa*

1.-Síntomas típicos

2.-Relación con posibles factores precipitantes

3.-Síntomas atípicos o manifestaciones extraesofágicas

4.-Síntomas de alarma

DIAGNÓSTICO: Historia Clínica

Sintomas típicos

- *Pirosis: Sensación de ardor o quemazón de localización retroesternal, que puede irradiar hacia el cuello*
- *Regurgitación: Paso de contenido esófago-gástrico a la cavidad oral, en ausencia de náuseas o vómito. Se produce con mayor frecuencia durante la noche, y en la mayoría de los casos se asocia a pirosis.*



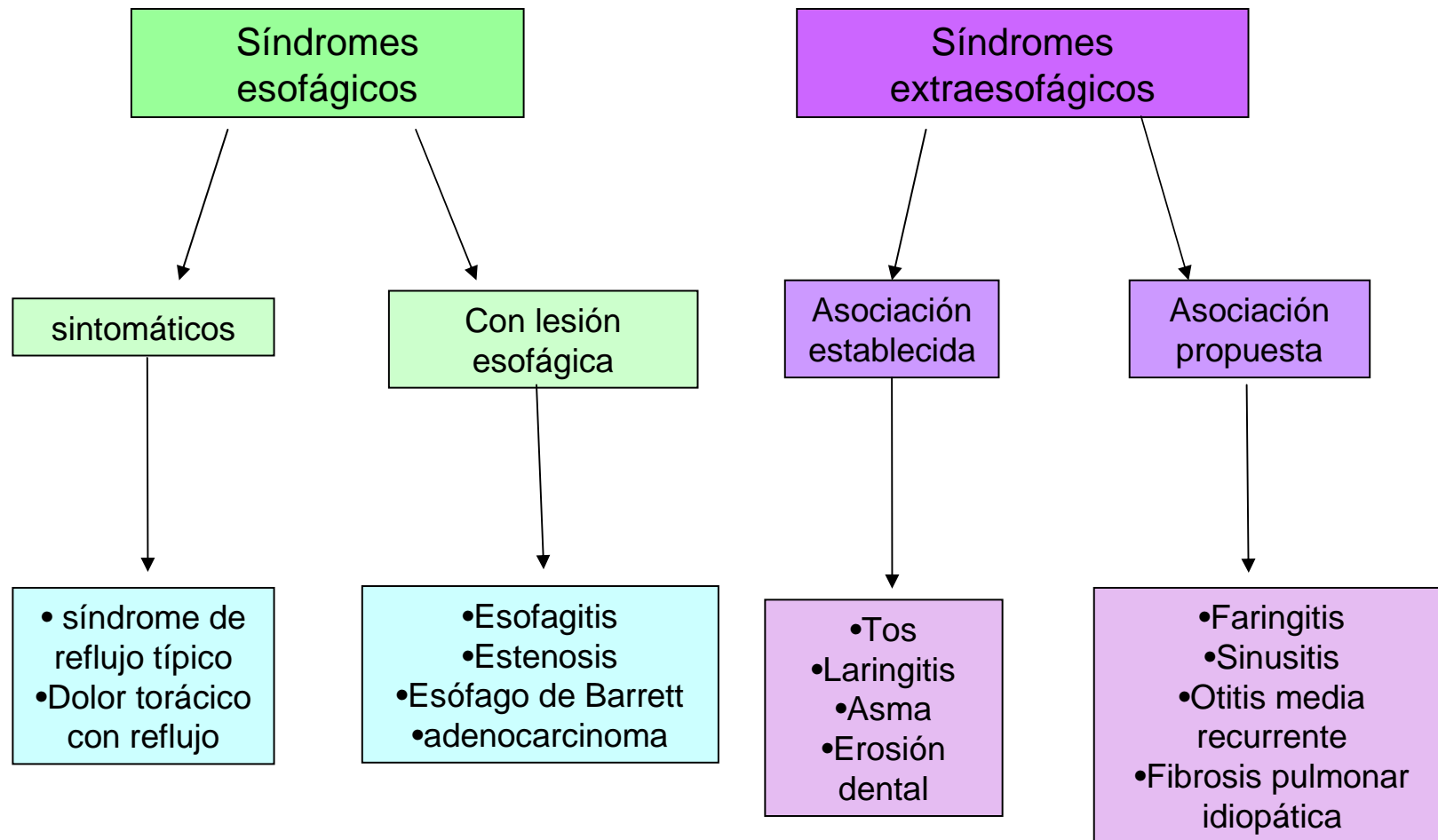
Cuando ambos están presentes la probabilidad de que el paciente tenga reflujo ácido patológico es del 70%

Es suficiente para el diagnóstico en la mayoría de los casos, sin recurrir a otras exploraciones.

Diagnóstico: historia clínica

- El espectro clínico es muy amplio, desde formas sintomáticas sin lesión aparente, hasta entidades capaces de generar un daño inflamatorio relevante, incluso con riesgo de degeneración neoplásica
- Es frecuente que los pacientes con ERGE solapen sus síntomas con otros relacionados con trastornos funcionales digestivos, incluyendo la dispepsia funcional o SII

Clasificación de Montreal RGE



DIAGNÓSTICO: Historia Clínica

Relación con posibles factores precipitantes

Obesidad y embarazo; tabaco y alcohol; determinadas posturas o movimientos; ingestas voluminosas, decúbito postprandial

<i>Disminuyen la presión del EEI</i>	<i>Irritan la mucosa esofágica</i>
Grasas, Chocolate, Cebolla Alcohol, Menta, Tabaco Progesterona, Teofilina, Anticolinérgicos Agonistas y antagonistas adrenérgicos Diazepam, Barbitúricos, Dopamina, Morfina Meperidina, Nitratos Bloqueantes de los canales del Ca Prostaglandinas, Serotonina, Glucagon, Secretina, Somatostatina, Colecistoquinina VIP, GIP	Productos cítricos Tomate y conservas de tomate Especias Café Aspirina AINE Tetraciclina Quinidina Pastillas de clorato de potasio Sales de hierro

DIAGNÓSTICO: Historia Clínica

Síntomas de alarma

- Disfagia
 - Intermitente e indistinta para líquidos y sólidos: Origen motor
 - Progresiva y exclusiva para sólidos: Causa orgánica
- Odinofagia
- Vómitos recurrentes
- Hematemesis o melenas
- Anemia
- Pérdida de peso
- La presencia de síntomas de alarma orienta hacia la posibilidad de complicaciones, lo que establece la necesidad de solicitar una endoscopia.

DIAGNÓSTICO: Ensayo terapéutico con IBP

IBP durante 8-12 semanas a dosis estándar o superior para valorar respuesta clínica

- De primera elección en pacientes con síntomas típicos y no de alarma
- Si el diagnóstico no puede ser establecido con firmeza y no hay datos de alarma ni dolor torácico, es recomendable iniciar un ensayo terapéutico con IBP (8 semanas) para valorar su efecto y eficacia sobre los síntomas
- No establece o excluye de forma concluyente el diagnóstico de ERGE
- Sensibilidad 75-80% y Especificidad 55-85%

DIAGNÓSTICO: Endoscopia

■ Indicaciones:

- Si existen síntomas de alarma
- Ante un fracaso del tratamiento
- Si hay recidiva clínica precoz y frecuente

Los hallazgos no se correlacionan con la intensidad clínica

No debe recomendarse de forma sistemática a todos los pacientes con síntomas de ERGE



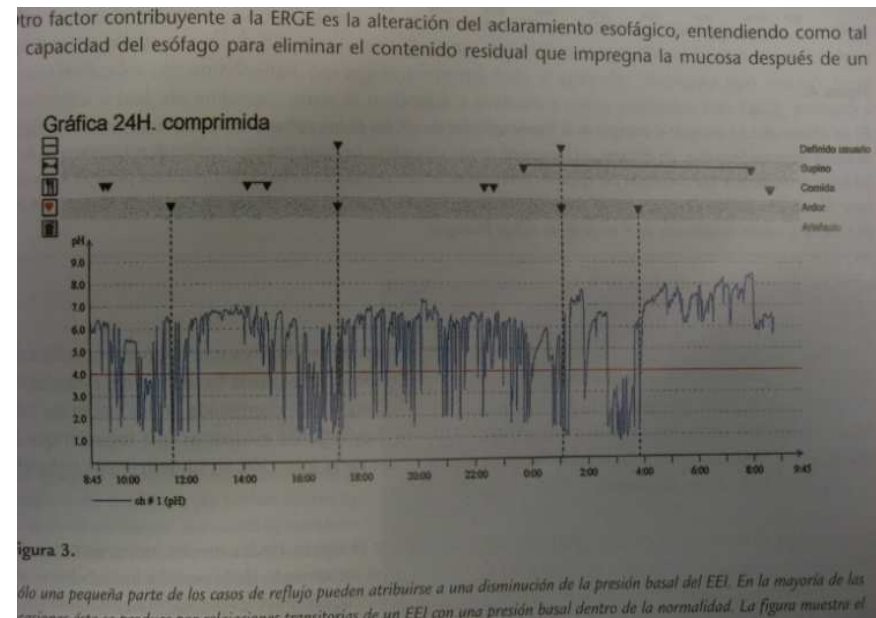
DIAGNÓSTICO: pH-metría

■ Indicaciones:

-Casos refractarios al tratamiento y con endoscopia negativa

-Valoración previa a cirugía antirreflujo

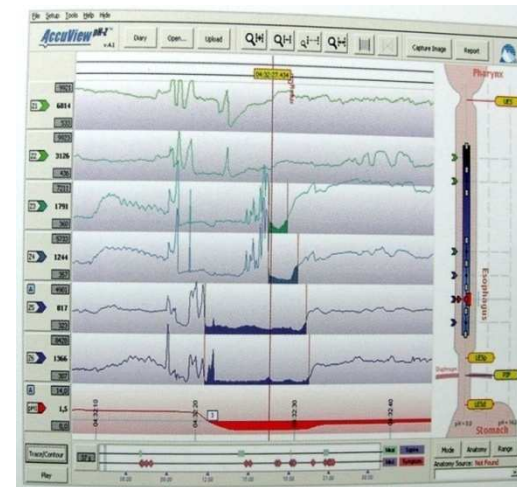
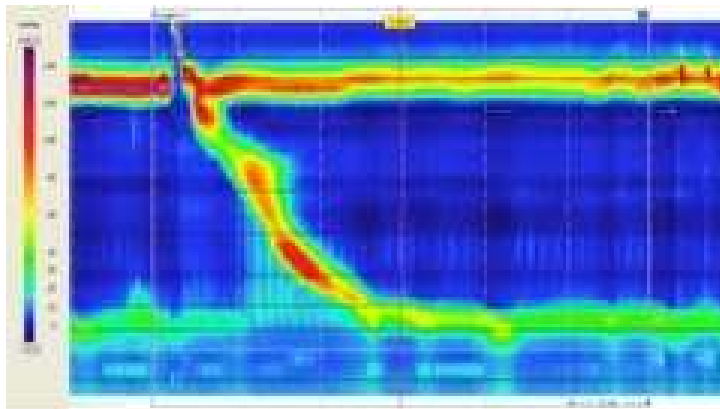
-Si reaparece la clínica tras la misma.



-Pacientes con síntomas atípicos que no responden a IBP (siempre precedida de endoscopia)

DIAGNÓSTICO: Otros métodos

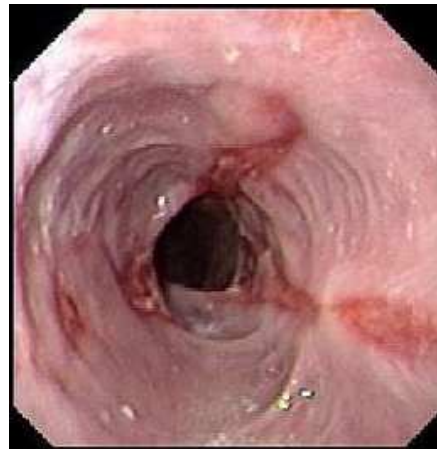
- **Radiología con contraste:** Muy baja sensibilidad y especificidad. No se considera diagnóstica de ERGE.
- **Manometría esofágica:** puede aportar datos como la presencia de un EEI hipotónico o una alteración de la motilidad asociada al reflujo pero no es útil para diagnosticar ERGE
- **PH metría + Impedanciometría:** detecta la presencia de reflujo, mide su gravedad y diferencia si es ácido o alcalino. Establece si hay asociación entre los síntomas y los eventos de reflujo



Complicaciones

La ERGE es una enfermedad de curso benigno, sin embargo, en un pequeño porcentaje de casos surgen complicaciones

- Esofagitis
- Úlcera péptica
- Estenosis esofagica
- Hemorragia
- Esófago de Barrett
- adenocarcinoma

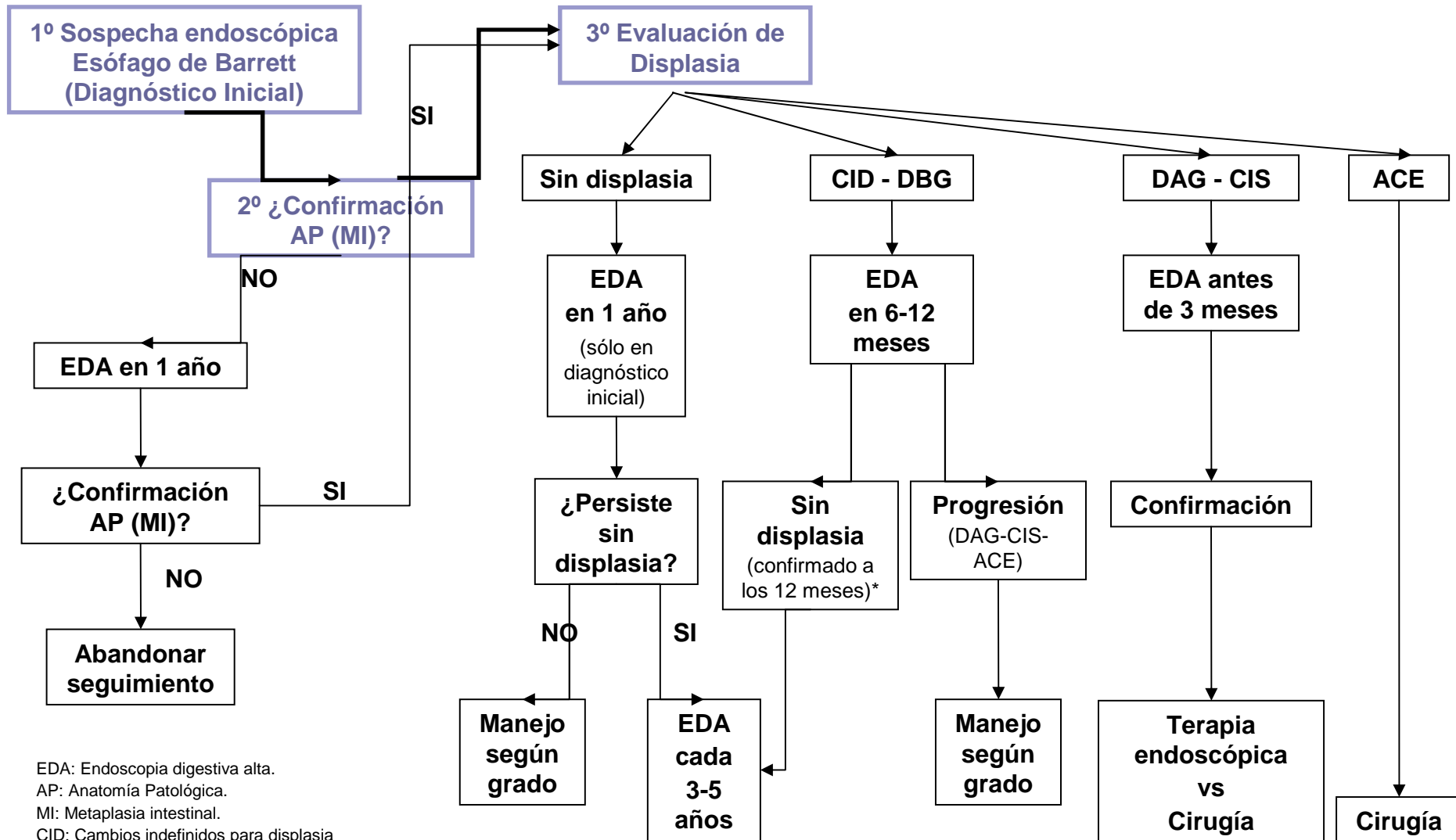


COMPLICACIONES: Esófago de Barrett

Sustitución del epitelio escamoso normal del esófago por otro columnar

- Es poco frecuente y secundario a RGE de larga evolución
- Factor de riesgo para el desarrollo de adenocarcinoma de esófago.
- Las guías clínicas recomiendan la vigilancia endoscópica en intervalos que varían según el grado de displasia que presente el epitelio metaplásico.
- El objetivo de la vigilancia endoscópica es detectar la displasia o el cáncer de manera precoz.

Estrategia de manejo del Esófago de Barrett

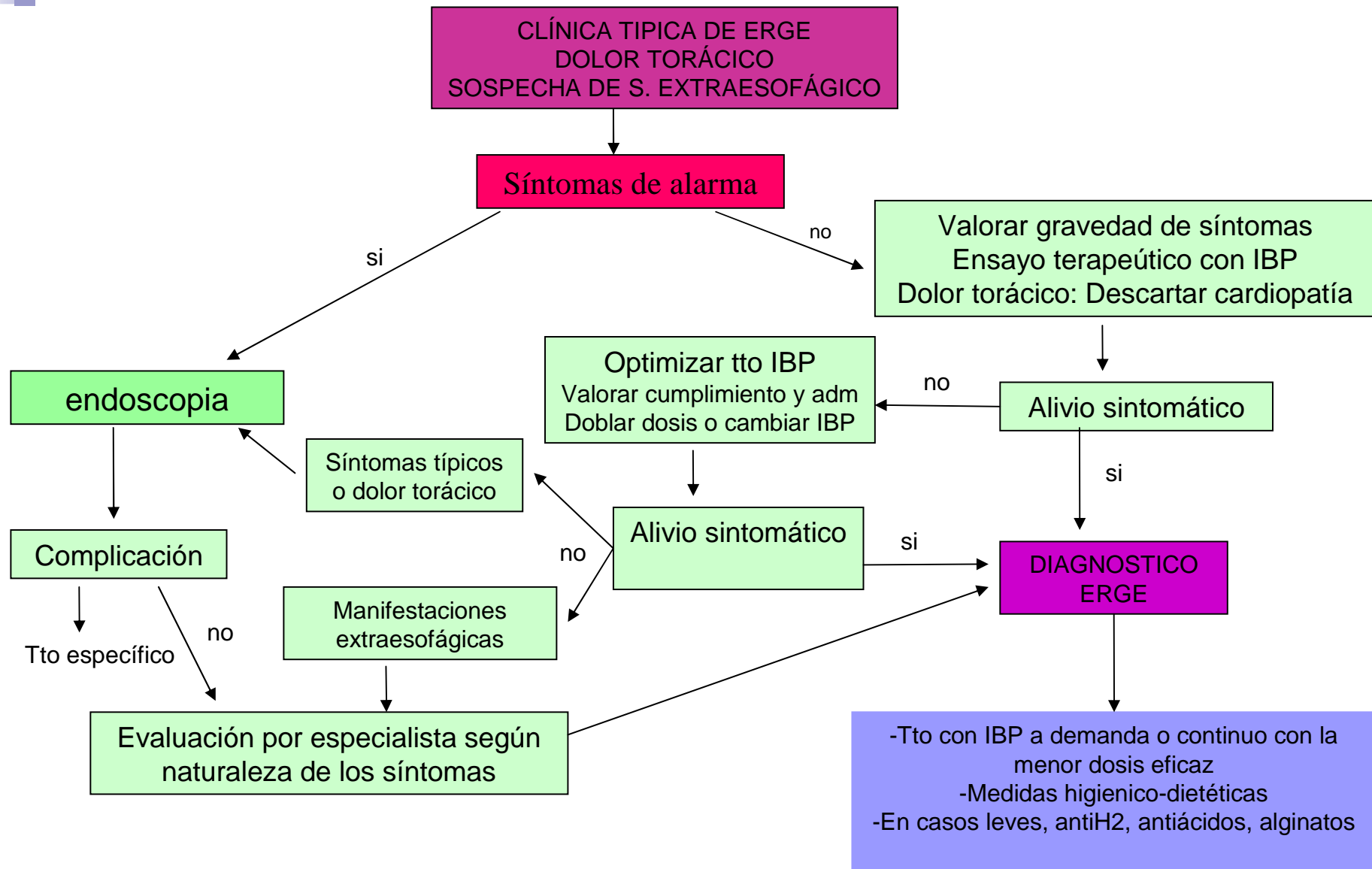


EDA: Endoscopia digestiva alta.
 AP: Anatomía Patológica.
 MI: Metaplasia intestinal.
 CID: Cambios indefinidos para displasia
 DBG: Displasia bajo grado.
 DAG-CIS: Displasia alto grado – Carcinoma in situ
 ACE: Adenocarcinoma invasivo de esófago.

* Si tras el diagnóstico de CID-DBG la EDA realizada a los 6-12 meses no encuentra displasia, el diagnóstico de ausencia de displasia debe confirmarse con una EDA en 1 año, antes de pasar a seguimiento cada 3 años.

Criterios de derivación

- Síntomas de alarma: solicitar endoscopia
- Síntomas típicos que no responden tras IBP 8 semanas
 - 30 minutos antes del desayuno
 - IBP a dosis doble o cambio IBP
- Dolor torácico: descartar enfermedad cardiológica
- Manifestaciones extraesofágicas que no responden a IBP: considerar origen extradigestivo de los síntomas
- Hallazgos endoscópicos (esofagitis grave, estenosis, esófago de Barrett o neoformación)



TRATAMIENTO

Objetivos

- 1.-Control de la sintomatología
- 2.-Curación de las lesiones a corto plazo
- 3.-Prevención de la recidiva y de las complicaciones a largo plazo
- 4.-Evitar la proliferación celular y la aparición de la displasia

TRATAMIENTO

Los tratamientos disponibles hoy en día son los siguientes

1.-Higiénico-dietético

2.-Farmacológico

3.-Quirúrgico

4.-Endoscópico

TRATAMIENTO HIGIÉNICO - DIETÉTICO

Se aconseja evitar

- Comidas copiosas, grasa, chocolate, dulces y especias
- Café, cítricos y bebidas carbónicas.
- El sobrepeso. Pérdida de peso disminuye RGE
- Tabaco y alcohol
- Ropas muy ceñidas
- Posturas que aumenten la presión intraabdominal
- ciertos fármacos (benzodiazepinas, antagonistas del calcio...)
- Ejercicio físico intenso (Puede hacerse suave, 30-45' al día)
- El decúbito en las 2-3 horas postingesta



Se aconseja dormir con la cabecera de la cama elevada 15-30 cm

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO



- **1.-Inhibidores de la Bomba de Protones**
- **2.-Antagonistas H2**
- **3.-Antiácidos y Alginatos**
- **4.-Procinéticos**

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Inhibidores de la Bomba de Protones

Pautas de tratamiento:

- ERGE típica no complicada y leve***: A demanda
- ERGE típica no complicada y moderada***: Estándar 8 semanas (doble si no responde a las 4 sem) y mantenimiento a demanda o intermitente.
- ERGE complicada***: Doble 8 semanas y mantenimiento a dosis std
- ERGE con clínica atípica***: Doble durante 8-12 semanas.
- Pirosis funcional e hipersens. al ácido***: Dosis dobles o superiores.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Inhibidores de la Bomba de Protones (2)

Recomendaciones para optimizar su efecto terapéutico:

- La primera dosis 30 minutos antes del desayuno
- Si se precisa una segunda dosis debe tomarse antes de la cena
- A demanda en síntomas leves o moderados y crónicos-

Efectos secundarios:

- Se han asociado a náuseas, diarreas y cefalea.
- Raro: Alteración de la función hepática y déficit de Vit. B12, calcio y magnesio
- A largo plazo y a dosis elevadas: mayor riesgo de fracturas

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Antagonistas H2

Cimetidina, ranitidina, famotidina, nizatidina y roxatidina

- Bloquean el receptor de Histamina de la célula parietal
- Menos eficaces que los IBP
- Alternativa válida en ERGE con sintomatología leve y asociados a un IBP cuando existen síntomas persistentes
- **Efectos secundarios:**
Citopenias, ginecomastia, alteración de la función hepática e hipersensibilidad



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Antiácidos y alginatos

Antiácidos:

- Neutralizan la secreción ácida
- Actualmente juegan un papel secundario
- Menos eficaces que los antisecretores (AntiH2 e IBP)
- Indicación ocasional como terapia adyuvante a los IBP
- No hay evidencia de que favorezcan la curación de las lesiones

Alginatos (Sucralfato):

- Efecto citoprotector local al unirse a los ácidos biliares y a la pepsina
- Facilitan la cicatrización de las lesiones
- Útiles en algunos casos de reflujo alcalino

Efectos secundarios:

Estreñimiento, diarrea, vómitos, cefaleas, vértigo, insomnio, debilidad, escalofríos y nerviosismo

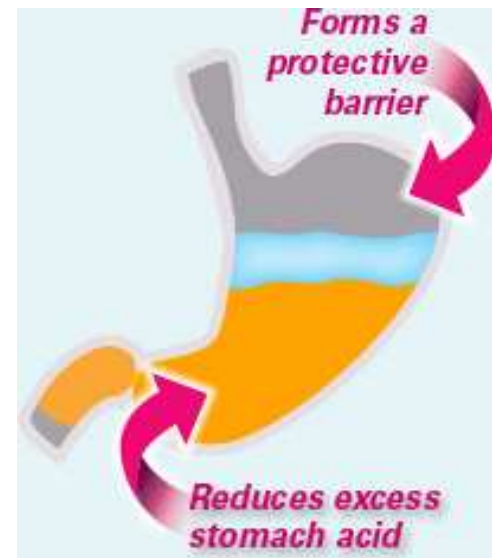


TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Antiácidos y alginatos

■ *Alginatos : Gaviscon*

- Mezcla de alginato, bicarbonato sódico y carbonato de calcio
- Reduce el RGE en el periodo postprandial
- Efecto rápido
- Puede asociarse a IBP



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Procinéticos

Cinitapride, Levosulpirida, Domperidona, Metoclopracmida, Clebopride

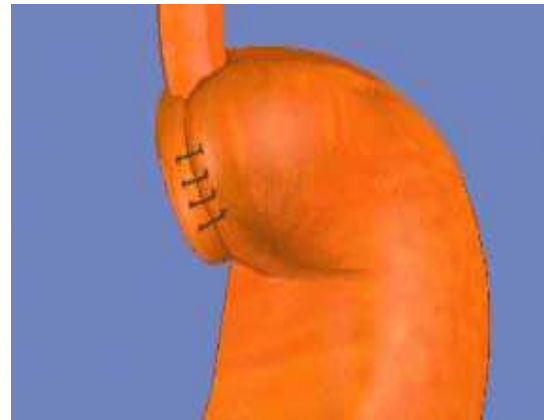
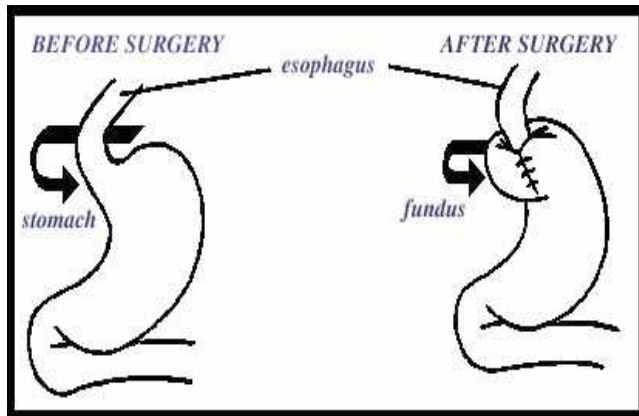
- Estimulan la motilidad y aumentan el tono del EEI
- Papel limitado en la ERGE
- Pueden asociarse a IBP, en pacientes con síntomas asociados de dismotilidad gástrica (saciedad precoz, plenitud postprandial o náuseas)

Baclofeno

- Actúa sobre los receptores GABA del núcleo central del vago
- Inhibe las relajaciones transitorias del EEI
- Disminuye el nº de episodios de reflujo (ácido y no ácido) y el tiempo total de exposición al ácido
- Efectos secundarios: náuseas, vértigo, somnolencia, hipotensión
- Empezar a dosis baja y aumentar progresivamente

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: Funduplicatura de Nissen

A plantear en sujetos jóvenes con clínica severa o esofagitis grave, que van a precisar tratamiento a largo plazo.



Indicaciones:

- Intolerancia o fracaso de la medicación (recidivas frecuentes)
- Regurgitación severa ó reflujo no ácido
- Estenosis péptica recurrente
- Deseo expreso del paciente

Inconvenientes: Mortalidad: 0,5%. Disfagia: 19,4%.

SEGUIMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA ERGE

- No complicada**: No precisa seguimiento endoscópico salvo que aparezcan síntomas de alarma o refractariedad al tratamiento.
- Esofagitis erosiva**: Endoscopia a las ocho semanas de tratamiento para confirmar cicatrización
- Presencia de estenosis y/o úlceras esofágicas profundas**: Endoscopias repetidas con toma de biopsias, hasta la resolución de las mismas, con el fin de descartar su malignidad.

Recomendaciones y puntos clave

- La presencia de síntomas típicos es suficiente para establecer el diagnóstico clínico de ERGE.
- Si existen síntomas de alarma se debe realizar una gastroscopia
- En caso de dolor torácico es preciso descartar origen cardiológico
- Si el diagnóstico no puede ser establecido con firmeza durante la anamnesis se recomienda iniciar ensayo terapéutico con IBP durante 8 semanas a dosis estandar (si no hay signos de alarma ni dolor torácico).
- En caso de síntomas típicos que no responden a IBP (tras asegurar un cumplimiento adecuado), está indicada la realización de gastroscopia.
- Debe considerarse origen extradigestivo en pacientes con posibles manifestaciones extraesofágicas sin clínica típica asociada (sobre todo si persisten tras un ensayo terapéutico con IBP).
- La obesidad central se ha asociado a ERGE y sus complicaciones (incluyendo esófago de Barrett y adenocarcinoma esofágico). La pérdida de peso es una medida eficaz en pacientes con ERGE.