

# PRODIGA

## Enfermedad Por Reflujo Gastroesofagico



# PRODIGA

**PRO**grama para la **DI**fusión de la  
**GA**stroenterología

## ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO

Paginas WEB consultables relacionadas con Enfermedad por reflujo gastroesofagico:

National library of medicine( [www.Nlm.Nih.Gov/medlineplus/healthtopics.Html](http://www.Nlm.Nih.Gov/medlineplus/healthtopics.Html))  
The american gastroenterological association([www.Gastro.Org](http://www.Gastro.Org))  
The american college of gastroenterology( [www.Acg.Gi.Org](http://www.Acg.Gi.Org))

### *Autores*

Dr. Calixto Cifuentes,  
Dr. Raul Arocha,  
Dr. Hans Rommer,  
Dra. Elena Pestana,  
Dr. José Manuel Piña,  
Dra. Ileana Gonzales,  
Dra. Gabriela Sosa,  
Dr. Miguel Garasini,  
Dr. Roberto León,  
Dra. Maribel Lizarzabal,  
Dr. Raul Monserrat,  
Dr. Alfredo Suarez,  
Dra. Maria Nery Mazzara,  
Dra. Gloria Urquiola,  
Dr. José Ramón Poleo,  
Dra. Gisela Romero,  
Dra Maritza Serizawa,  
Dra Margarita Vasquez,  
Dra Frella Villasmil,  
Dra. Elsy Silva,  
Dra. Matha Vetencourt,  
Dra. Maite Olza,  
Dra. Dianora Navarro,  
Dr. Cesar Louis,  
Dra. Eddannys Dominguez,  
Dra. Zuly Latuff,  
Dr. Guillermo Veitia  
Dr. Luis Seijas

### *Patrocinantes*

Laboratorios Astra-Zeneca  
Laboratorios Biotech  
Laboratorios Nolver

### *Aclaratorias*

Esta carpeta fue elaborada independientemente de cualquier influencia o control de parte de las Empresas Patrocinantes del Programa

La Sociedad Venezolana de Gastroenterología no se hace responsable del uso distinto o inapropiado del Programa que derive en injuria o daños a personas o propiedades.

Debido al rápido avance de la ciencia médica, la Sociedad recomienda realizar la actualización de los métodos diagnósticos o terapéutica recomendados de considerarlo conveniente a criterio del expositor.

# ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO

## DEFINICION

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se caracteriza por ser muy prevalente, tener una expresión clínica muy heterogénea y ser crónica, así como por su impacto negativo sobre la calidad de vida. Se incluye en la definición de ERGE a pacientes sintomáticos y/o con lesiones esofágicas o con riesgo de desarrollar complicaciones debidas al reflujo gastroesofágico.

Las manifestaciones clínicas de la ERGE son muy diversas, tanto por las características del cuadro clínico (síntomas, lesiones, complicaciones), como por la forma de presentación (típica, atípica) cursa con síntomas en la mayoría de los pacientes, pero no en todos; es decir, existe una forma asintomática en las que hay lesiones esofágicas e incluso puede aparecer como una complicación, cuyo paradigma es el esófago de Barrett. Se estima que en menos de la mitad de los pacientes con ERGE la mucosa esofágica no muestra cambios inflamatorios (esofagitis) visibles con la endoscopia, en un amplio espectro que se extiende desde lesiones con esofagitis leve hasta ulceración, estenosis y metaplasia (esófago de Barrett). Por otra parte, la ERGE puede manifestarse de forma atípica presentándose como un síndrome clínico que por sus características no parece tener origen en el esófago (dolor torácico episódico, laringitis, asma, etc).

## CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Pirosis y regurgitación son los síntomas capitales aunque inespecíficos. Disfagia y odinofagia son síntomas de alarma que sugieren estenosis péptica o esofagitis grave al tiempo que obligan a descartar lesiones malignas del esófago. La sospecha diagnóstica es más difícil cuando se manifiesta de manera atípica. El diagnóstico de ERGE es formal cuando existen datos objetivos de la enfermedad; son la esofagitis y/o la evidencia de reflujo gastroesofágico patológico, lo que convierte a la endoscopia y a la pHmetría en las mejores pruebas diagnósticas cuando resultan positivas; en cambio su negatividad no excluye el diagnóstico de ERGE. También es aceptable el diagnóstico de ERGE ante un síndrome clínico típico (pirosis, regurgitación) que remite con el tratamiento antisecretores.

Existen múltiples clasificaciones de la ERGE basadas en criterios endoscópicos, como la de Los Angeles, la más aplicada hoy día. En síntesis estratifican la gravedad de la ERGE en función de que no exista esofagitis (ERGE no erosiva), la esofagitis sea leve (erosiones en la porción distal poco extensas), moderada (erosiones más extensas en sentido circunferencial y/o longitudinal) y grave (complicaciones).

No obstante, esta categorización no tiene gran valor para decidir el tratamiento inicial, ya que la ausencia de esofagitis no se corresponde con que los síntomas sean más leves o se alivien con más facilidad. De hecho, la ERGE no erosiva debe ser tratada inicialmente igual que la ERGE con esofagitis. La presencia de esófago de Barrett, coexista o no con esofagitis, es un elemento diferencial que categoriza a los pacientes por la necesidad de seguimiento endoscópico con biopsias seriadas, dado el riesgo de malignización.

## TTO

## RECOMENDACIONES GENERALES

Algunas se fundamentan más en la racionalidad que en la evidencia científica existente de su efectividad. La elevación de la cabecera de la cama tiene sentido en el subgrupo de pacientes en quienes la regurgitación es predominante, así como en los que presentan síntomas durante la noche, en los que se demuestra reflujo patológico nocturno y en la esofagitis grave.

Se aconseja evitar el consumo de sustancias (alimentos, condimentos, medicamentos), que puedan favorecer o incrementar el reflujo gastroesofágico. Existe información de ciertos componentes de la dieta que aumentan el reflujo (grasas, café, alcohol, chocolate, ajo, cebolla, menta), y que por lo tanto, es racional evitarlos. En cuanto a los medicamentos, por disminuyen la presión del

esfínter esofágico inferior, como diazepam, bloqueadores de los canales de calcio, nitratos, teofilina, morfina, meperidina, anticolinérgicos.

## TTO FARMACOLOGICO

Disminuir la exposición ácida es, hoy día, el pilar que sustenta el tto de la ERGE, siendo la inhibición de la secreción ácida la base del tto farmacológico. Por ello los inhibidores de la bomba son los de mayor interés. Los IBP son de elección dado que existe una relación directa entre el grado de antisecreción, tanto en cuanto a magnitud (elevación del pH gástrico y esofágico), como en duración del efecto y la eficacia terapéutica, medida en tasa y rapidez de la remisión de los síntomas y de la curación de la esofagitis.

## INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES.

Son los fármacos más efectivos, por ello de elección para el tratamiento de la ERGE, tanto para la fase aguda, como de mantenimiento, indicados a las dosis convencionales, con la ventaja que se administran en una sola toma que facilita el cumplimiento, consiguen los resultados más efectivos, a la vez que más rápidos cualquiera sea la variable que se analice (remisión de síntomas, curación de esofagitis, control de recidiva). Los cinco IBP disponibles administrados a las dosis recomendadas tienen una eficacia similar en la ERGE con esofagitis salvo esomeprazol que se ha mostrado ligeramente superior comparado a omeprazol, lansoprazol y pantoprazol, especialmente en formas más graves. Es aconsejable administrarlos 15 a 30 minutos antes de una comida, si se indican dosis altas es aconsejable fraccionar la dosis total para ser administrada en dos tomas.

## SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO.

Hoy en día se considera de elección indicar un IBP a la dosis convencional como primera línea terapéutica en la mayoría de los pacientes incluido cuando se administra de forma empírica, esperando una remisión rápida de los síntomas y tasas globales de curación de la esofagitis a las 8 semanas del 80 a 90%. Se considera indicar dosis alta del IBP en las formas graves o complicadas de la ERGE, si se produce mala respuesta a la dosis convencional y cuando el IBP se indica como ensayo terapéutico con criterio diagnóstico, en particular en las manifestaciones supraesofágicas de la ERGE. La duración del tratamiento se establece según la gravedad de la enfermedad, variando entre límites tan amplios como 4-12 semanas.

## BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

Arts J, Tack J. Endoscopic antireflux procedures. *Gut* 2004;53:1207-14

Dent J, Brum Jetal. An evidence based appraisal of reflux disease management. *Gut* 1999; 44(supl2):s1-s16.

Devault KR, Castell DO. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2005;100:190-200

Dent J, Armstrong D. Symptom evaluation in reflux disease: workshop background, processes, terminology, recommendations, and discussion outputs. *Gut* 2004;53(suppl iv):1-24

# NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

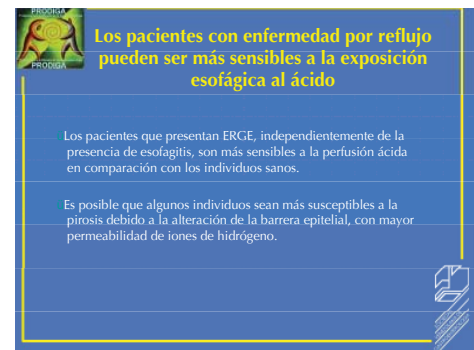
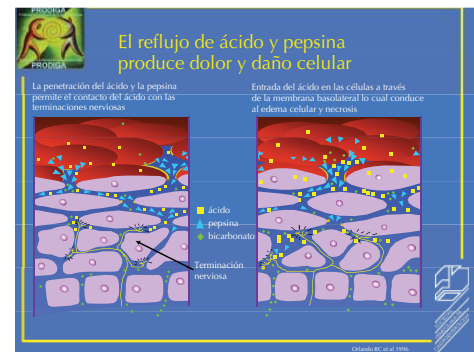
---

---

---

---

---







# NOTAS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

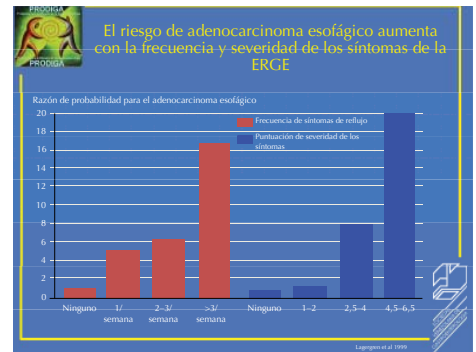
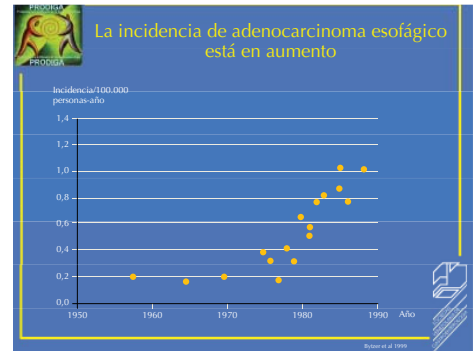
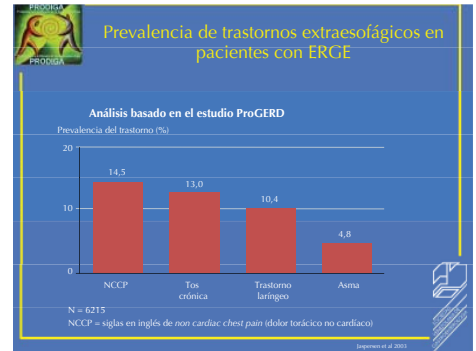
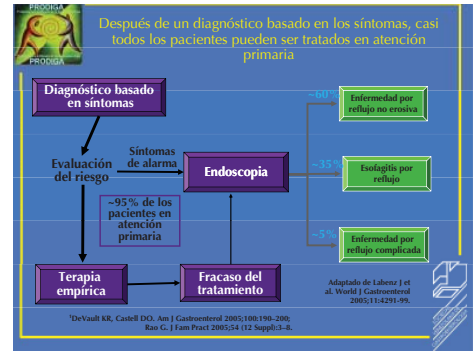
---

---

---

---

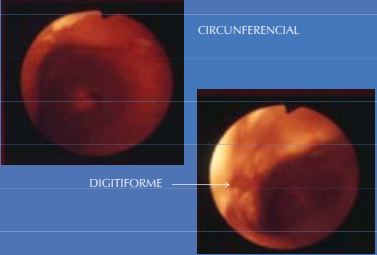
---





# NOTAS:

## ESOFAGO DE BARRETT



**CIRCUNFERENCIAL**

**DIGITIFORME**

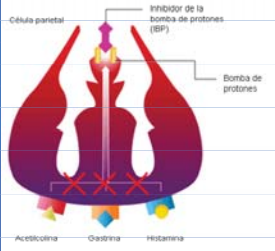
## ADENOCARCINOMA



## La carga de la ERGE

- La prevalencia de la ERGE es alta y está en aumento.
- La ERGE puede presentar síntomas típicos, tales como pirosis, o síndromes extraesofágicos atípicos, tales como asma inducida por reflujo.
- El uso de un cuestionario sobre reflujo o una 'prueba de IBP' puede ayudar en el diagnóstico de la ERGE.
- Los pacientes con ERGE persistente tienen riesgo de presentar esófago de Barrett ó adenocarcinoma esofágico.

## Célula parietal & IBPs



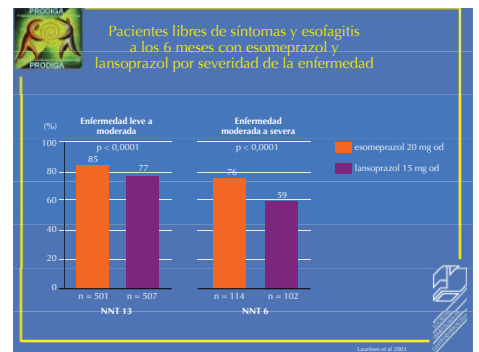
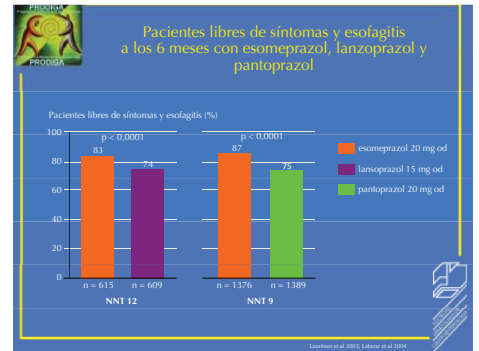
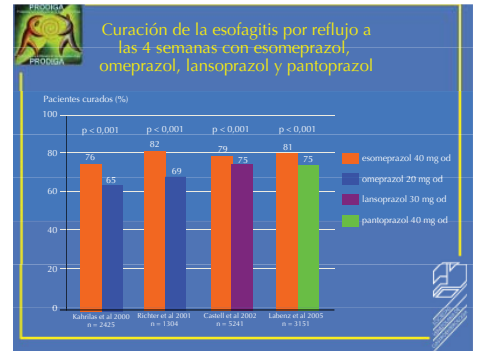
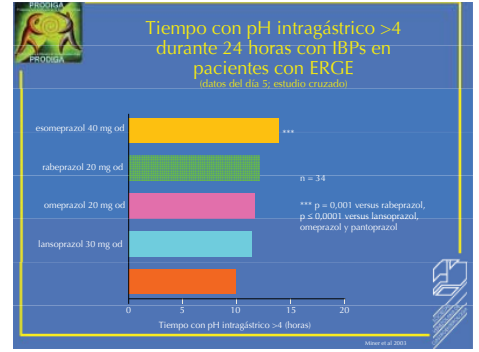
**Célula parietal**

**Intinidor de la bomba de protones (IBP)**

**Bomba de protones**

**Acetilcolina**    **Gastrina**    **Histamina**

# NOTAS:







NOTAS:

Lined area for notes with horizontal lines.



