

Entonces Doctor,  
¿qué es lo que tengo?

## Enfermedad por reflujo gastroesofágico



### Resumen y puntos clave



- La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una patología muy frecuente, producida por el ascenso involuntario del contenido gastrointestinal al esófago. Es responsable de síntomas como ardor o quemazón en la parte alta del abdomen y tórax (pirosis), y sensación de retorno sin esfuerzo del contenido gástrico al esófago (regurgitación).
- Los mecanismos responsables de la aparición de la ERGE son múltiples. El reflujo ocurre durante relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior y/o por descenso de la presión de reposo del mismo. Algunos alimentos, ciertos hábitos y determinados fármacos son capaces de favorecer estos mecanismos.
- La aparición de síntomas de alarma como dificultad para tragar (disfagia), dolor torácico al tragar (odinofagia), pérdida de peso, anemia, sangrado digestivo y vómitos frecuentes, orientan hacia la presencia de una complicación, y su presencia obliga a la realización de una endoscopia digestiva.
- Las complicaciones originadas por la persistencia grave y prolongada de ácido en el esófago, incluyen úlceras esofágicas, estenosis esofágica péptica (disminución de calibre del esófago), hemorragia digestiva, esófago de Barrett, y muy raramente cáncer de esófago.
- La presencia de síntomas típicos como pirosis y regurgitación se asocia fuertemente con la existencia de reflujo gastroesofágico, de forma que, cuando no concurren datos de alarma, no hay necesidad de realizar pruebas diagnósticas antes de iniciar un tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. La mejoría de los síntomas tras la toma de estos fármacos durante un periodo de ocho semanas confirma el diagnóstico.
- Los inhibidores de bomba de protones como omeprazol, lansoprazol, rabeprazol, pantoprazol y esomeprazol son opciones eficaces para la resolución de los síntomas en la mayor parte de los casos. En algunos casos es conveniente implementar algunas medidas dietéticas para evitar la aparición de episodios sintomáticos de reflujo gastroesofágico. Se recomienda que los pacientes con síntomas de reflujo acudan al médico, quien indicará la mejor opción terapéutica. No se aconseja la automedicación.

### ¿Qué es la enfermedad por reflujo gastroesofágico?



La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una patología muy frecuente a nivel mundial, afectando a entre el 5 y 30% de la población. Es producida por el ascenso involuntario del contenido gástrico al esófago, ocasionando

# Enfermedad por reflujo gastroesofágico

molestias, como acidez, sensación de quemazón, ardor y dolor torácico, y en ocasiones manifestaciones extradigestivas como tos, afonía y asma.

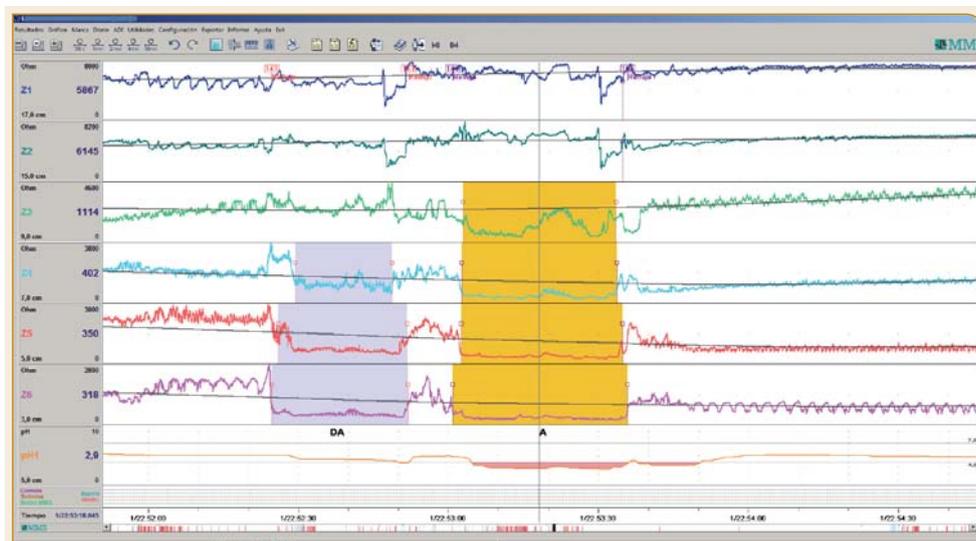
Puede afectar notablemente a la calidad de vida de los individuos que la padecen, y supone un coste muy elevado para los sistemas nacionales de salud, tanto por consumo de recursos directos (medicación, pruebas diagnósticas, visitas médicas, cirugía, etc.), como indirectos (absentismo laboral y pérdida de productividad). En EE.UU. se ha estimado el gasto total en torno a 15.000-20.000 millones de dólares anuales, mientras que en Europa se calcula que el coste individual por paciente desde seis meses antes del diagnóstico hasta un año posterior al mismo, alcanza los 9.000 euros.

## ¿Por qué ocurre el reflujo gastroesofágico?



Los mecanismos que conducen a la aparición de una enfermedad por reflujo gastroesofágico son múltiples, complejos y aún no conocidos por completo. Se han descrito numerosos factores que la favorecen, tanto de índole digestiva, como respiratoria, neuroendocrina y psicológica.

El reflujo gastroesofágico puede ocurrir durante relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior (EEI) o por verdadera incompetencia del mismo. A lo largo del día, todas las personas presentan relajaciones del EEI, un fenómeno que debe ser considerado como fisiológico y que ordinariamente no produce síntomas ni lesiones. El volumen y el contenido ácido del material refluido, así como el tiempo en que el material refluido permanece en contacto con la mucosa del esófago, son factores que influyen en la aparición de los síntomas y en el daño de la mucosa (esofagitis). No obstante, hoy también sabemos que ambos, reflujo ácido y no ácido, pueden desencadenar síntomas, y que las situaciones de estrés favorecen su percepción, incluso en algunos casos en los que la medición del reflujo se considera no patológica (Figura 1).



**Figura 1.** Diferenciación de reflujos en una pH-impedanciometría esofágica de 24 horas. Se observa un primer episodio de descenso de las líneas de impedancia con forma piramidal que identifica un reflujo líquido débilmente ácido (DA), comprobándose en la línea naranja situada en la parte inferior que el pH no desciende por debajo del límite de 4. En el segundo episodio, coloreado en amarillo (A), se observa una similar caída de las líneas de impedancia, pero en este caso acompañadas con un descenso de la línea de pH, hasta alcanzar 2,9 puntos y, por tanto, definiendo un reflujo con contenido de predominio líquido y ácido

La obesidad se ha asociado a una mayor frecuencia e intensidad de los síntomas relacionados con el reflujo, así como al desarrollo de esófago de Barrett y al adenocarcinoma esofágico. Algunos alimentos, ciertos hábitos y determinados fármacos favorecen la relajación del esfínter esofágico inferior (Tabla 1).

Alimentos	Hábitos	Fármacos
Grasas	Tabáquico	Benzodiacepinas
Dulces	Ingestas voluminosas	Anticolinérgicos
Chocolate	Comer deprisa	Agonistas beta
Cebolla	Ejercicio físico intenso	Antagonistas alfa
Especias	Acostarse después de las comidas	Calcioantagonistas
Menta	Acostarse sobre el lado derecho	Dopamina
Bebidas carbonatadas	Anteflexión del tronco	Teofilina (aminofilinas)
Cítricos	Hiperpresión abdominal	Nitratos
Cafeína		Serotonina
Alcohol		Morfina
		Prostaglandinas E2 e I2
		Alendronato
		Progesterona
		Secretina

**Tabla 1.** Alimentos, hábitos y fármacos que pueden favorecer el reflujo gastroesofágico

## ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas del reflujo gastroesofágico?



Los síntomas típicos que presenta un paciente con ERGE son la sensación de ardor o quemazón en la parte alta del abdomen hacia el cuello (pirosis) y la sensación de retorno sin esfuerzo del contenido gástrico al esófago (regurgitación).

Se estima que cuando ambos síntomas típicos están presentes, la probabilidad de que el paciente presente un reflujo ácido patológico es del 70%. Otros síntomas menos frecuentes son el dolor torácico de causa no cardíaca, náuseas, hipo, salivación excesiva y la sensación de torozón u ocupación en la garganta (globo).

En algunos pacientes, el reflujo puede afectar a órganos diferentes al esófago, por mecanismos variados, y causar síntomas como tos crónica, ronquera, asma y erosiones dentales. De forma menos clara se le ha relacionado con la presencia de faringitis, sinusitis crónica, otitis media y fibrosis pulmonar. Los síntomas de ERGE también pueden deteriorar la calidad del sueño, afectando el rendimiento laboral y académico.

## ¿Cuáles son los síntomas de alarma en la enfermedad por reflujo gastroesofágico?



La aparición de síntomas de alarma puede orientar de manera fiable la presencia de una complicación y obliga a la realización de una endoscopia digestiva. Se han definido los siguientes:

- Dificultad para tragar (disfagia).
- Dolor torácico al tragar (odinofagia).
- Pérdida de peso.
- Anemia.
- Hemorragia digestiva exteriorizada en forma de vómitos con sangre roja, o sangre digerida "en posos o borra de café", o por evacuaciones negras y pastosas (como el alquitrán) denominadas melenas.
- Vómitos recurrentes.

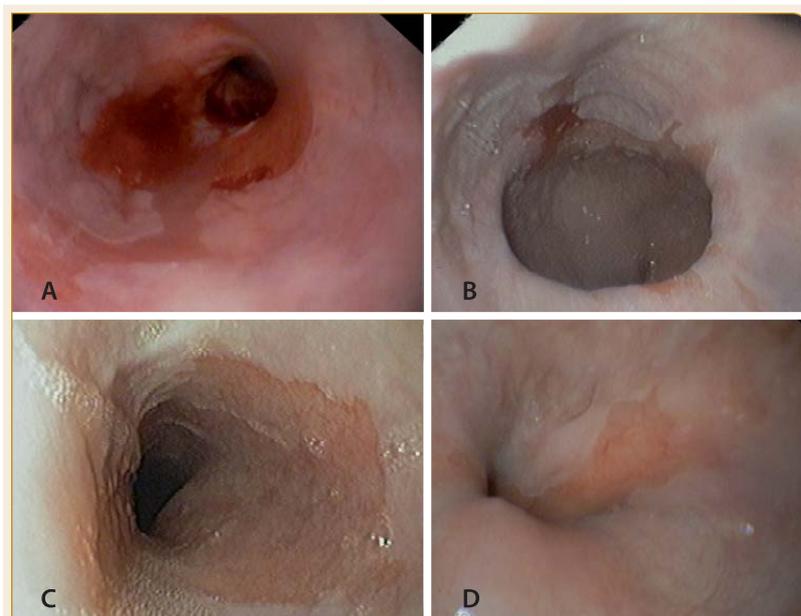
# Historia natural y complicaciones de la enfermedad por reflujo gastroesofágico



La enfermedad por reflujo gastroesofágico es una enfermedad crónica y habitualmente benigna. La mayor parte de los casos son leves, y siguen un curso intermitente y favorable. Sin embargo, hasta en un 25% de los pacientes aparecen complicaciones.

- **Úlceras esofágicas:** se caracterizan por ser profundas y estar localizadas en el tercio inferior. Pueden dar lugar a hemorragias digestivas, que por otra parte suelen ser leves.
- **Estenosis esofágica péptica:** se origina principalmente cuando la exposición al contenido ácido es prolongado y frecuente. Esta complicación se produce por un proceso de cicatrización aberrante que origina una disminución del calibre del esófago, impidiendo el paso del bolo alimenticio. Se manifiesta clínicamente como dificultad para tragar (disfagia).
- **Esófago de Barrett (EB):** la ERGE puede asociarse en el 10-15% de los casos con el desarrollo de un EB. Consiste en un cambio de epitelio escamoso normal por epitelio modificado tipo metaplasia (similar al intestinal) en las células que recubren el esófago distal. La mayor importancia de la presencia de EB es la capacidad que tienen estas células modificadas de transformarse en cáncer de esófago en un bajo porcentaje de los casos, entre un 0,1 y un 0,3% anual. Los factores de riesgo asociados al desarrollo de EB y adenocarcinoma de esófago (ACE) incluyen: ERGE de larga evolución (mayor de 5 años), género masculino, raza caucásica, hábito tabáquico, obesidad central, edad mayor de 50 años y antecedente familiar directo de EB o ACE. Debido a que el riesgo de malignización para el sexo femenino es muy bajo, no se recomienda realizar cribado de EB en mujeres con síntomas de ERGE, salvo en casos individuales en los que concurren múltiples factores de riesgo.

El EB puede ser identificado mediante endoscopia digestiva alta, al evidenciar mucosa ectópica mayor de 1 cm en el tercio inferior del esófago (Figura 2), y debe ser confirmado mediante toma de biopsia que describa la presencia de metaplasia en el estudio por anatomía patológica. Los pacientes deben ser tratados con dosis diarias de inhibidor de bomba de protones. La endoscopia de seguimiento puede ser repetida a los 3-5 años en pacientes sin cambios premalignos, y en aquellos en los que se confirmen lesiones premalignas (displasia) o malignas (cáncer *in situ*) debe acortarse el intervalo de revisión y/o indicarse una solución quirúrgica o un tratamiento endoscópico.



**Figura 2.** Imagen endoscópica de esófago de Barrett con diferentes formas y longitudes. **A:** esófago de Barrett largo (longitud máxima superior a 3 cm), con un ascenso inicial prácticamente circunferencial y con forma de lengüeta mucosa sonrosada en su parte más alta. **B:** Varias lengüetas espiculadas sonrosadas de corta extensión en la mucosa del esófago distal, correspondientes a un esófago de Barrett corto (menor de 3 cm). **C:** esófago de Barrett largo con crecimiento circunferencial. **D:** esófago de Barrett corto en forma de lengüeta ascendente

- **Adenocarcinoma de esófago:** diversos estudios confirman que el cáncer de esófago ha aumentado en las últimas décadas. Se ha demostrado que es necesaria la secuencia de eventos como reflujo gastroesofágico → esofagitis → esófago de Barrett → displasia (lesión premaligna) → Adenocarcinoma (cáncer). Diversas investigaciones han demostrado que la clínica de reflujo frecuente, grave y de larga evolución es un factor de riesgo para el desarrollo de esta complicación.

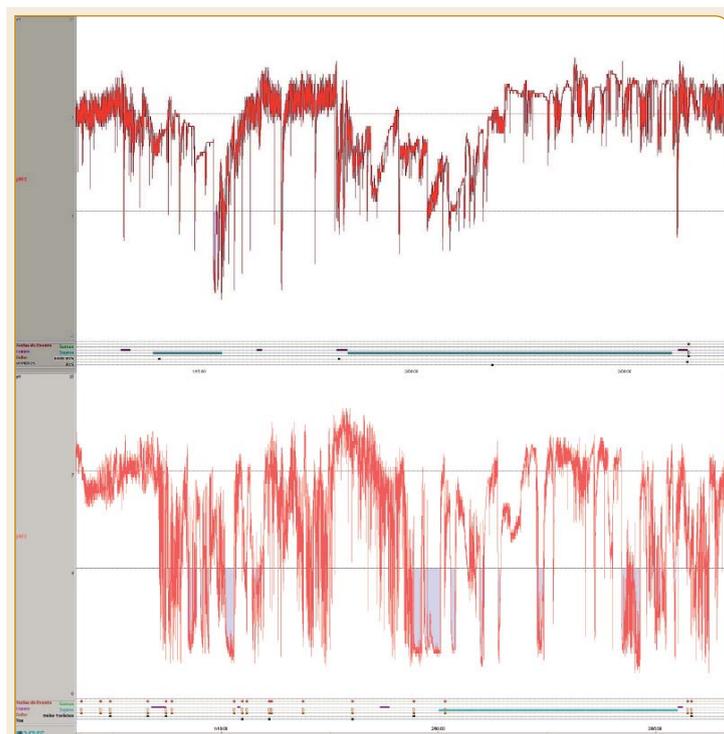
## ¿Cómo se diagnostica la enfermedad por reflujo gastroesofágico?



El diagnóstico se establece principalmente por la presencia de síntomas típicos como pirosis y regurgitación. Por lo general, no es preciso realizar exploraciones complementarias antes de iniciar el tratamiento. Sin embargo, cuando el paciente presenta síntomas de alarma o múltiples factores de riesgo (véase el apartado anterior), es recomendable recurrir a un examen endoscópico para excluir la presencia de una complicación.

El tratamiento de prueba con inhibidores de la bomba de protones (IBP) consiste en la administración de una dosis de 20 a 40 mg diarios de omeprazol (en una sola vez o repartido en dos tomas si la dosis es doble), o dosis equivalentes de otros IBP, durante 8 a 12 semanas, para valorar la respuesta y la mejoría de los síntomas (prueba confirmatoria).

Otras pruebas como pHmetría, pH-Impedanciometría y manometría esofágica son utilizadas con indicaciones precisas en casos de refractariedad al tratamiento (**Figura 3**). La radiología por contraste está indicada en caso de estenosis esofágica péptica, pero tiene escaso valor para el diagnóstico del reflujo.



**Figura 3.** Trazados de pHmetría esofágica de 24 horas. El trazado superior corresponde a una pHmetría en rango de normalidad, en la que el número de eventos en los que el pH esofágico desciende por debajo de 4 y el tiempo en el que el pH detectado por el sensor es inferior a 4, se sitúa dentro de los límites considerados normales, en ausencia de tratamiento antisecretor asociado. El trazado inferior corresponde a una prueba patológica, en la que se observa un número muy elevado de descensos del pH por debajo de 4 y un tiempo de permanencia del pH por debajo de esta cifra prolongado

## Enfermedad por reflujo gastroesofágico

# ¿Cuándo está indicado realizar una endoscopia digestiva superior en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico?



- Presencia de signos o síntomas de alarma.
- Persistencia de síntomas típicos a pesar de tratamiento con dosis dobles de inhibidor de bomba de protones durante 4 a 8 semanas.
- Revisión endoscópica en casos de esofagitis grave, tras ocho semanas de tratamiento con inhibidor de bomba de protones, para confirmar la curación y descartar esófago de Barrett. En caso de ausencia de este último, no se precisan nuevas revisiones.
- Paciente con historia previa de estenosis péptica en el que reaparece clínica de disfagia.
- Seguimiento del esófago de Barrett.
- Se recomienda el despistaje de EB y ACE en varones con síntomas típicos de enfermedad por reflujo gastroesofágico de más de cinco años de evolución, que posean al menos dos factores de riesgo adicionales: edad superior a 50 años, raza blanca, obesidad central, tabaquismo y antecedente familiar de primer grado de EB o ACE. En caso de ausencia de ambas lesiones, no es preciso realizar vigilancia endoscópica posterior.

# ¿Cuál es tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico?



En general, para el abordaje inicial se emplea una combinación de fármacos y recomendaciones sobre el estilo de vida y la dieta, que buscan evitar la aparición de síntomas y la progresión hacia las complicaciones.

- **Recomendaciones higiénico-dietéticas para evitar el reflujo gastroesofágico:**
  - Evitar consumo de comidas copiosas.
  - La eliminación rutinaria de grasas, cacao, chocolate, café, cítricos, alcohol, bebidas gaseosas, cebolla y especias NO está recomendada, salvo en aquellos casos en los que alguno de ellos pueda identificarse claramente como desencadenante de los síntomas.
  - Controlar el sobrepeso.
  - Evitar el consumo de tabaco y reducir el de alcohol de alto grado.
  - Considerar el efecto negativo de ciertos fármacos en pacientes con reflujo gastroesofágico (véase la **Tabla 1**).
  - Evitar el ejercicio físico intenso.
  - Si se padecen síntomas nocturnos es conveniente evitar el decúbito en las 2-3 horas postingesta, y puede resultar útil dormir sobre el lado izquierdo y con la cabecera elevada.
- **¿Cuáles son los fármacos ideales?**

Existen múltiples medicamentos que mejoran los síntomas típicos de reflujo gastroesofágico. Los IBP como el omeprazol, lansoprazol, rabeprazol, pantoprazol y esomeprazol son opciones eficaces para la resolución de los síntomas. Se aconseja que se administren en dosis matutina, unos 30-60 minutos antes de la primera ingesta del día. En caso de respuesta parcial puede doblarse la dosis, y si hay síntomas nocturnos ésta puede repartirse y ser administrada también antes de la cena. Los *antagonistas de los receptores tipo 2 de la histamina* (antiH<sub>2</sub>), como la ranitidina, famotidina, cimetidina, nizatidina y roxatidina son menos eficaces que los IBP en el control de los síntomas y en la resolución de la esofagitis, así como en la prevención de recidivas y complicaciones. Los *antiácidos* y *alginatos* pueden ser útiles para el alivio sintomático en casos leves, o como complemento a los anteriores.

En situaciones de reflujo no ácido sintomático, o cuando predomina la regurgitación, se han ensayado fármacos como el *baclofeno*, que disminuyen las relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior. Sin embargo, su eficacia clínica es limitada y sus efectos adversos frecuentes.
- **¿Cuándo está indicado realizar cirugía?** Las indicaciones quirúrgicas con mayor consenso son:
  - Pacientes jóvenes con buena respuesta sintomática a fármacos pero que, bien prefieren la cirugía a la opción de tratamiento médico crónico, o bien son intolerantes a éste.

- Síntomas persistentes o con respuesta parcial a los IBP, especialmente los debidos a regurgitación, y más si aparecen complicaciones respiratorias. En este caso es importante que pueda establecerse asociación entre síntomas y reflujo gastroesofágico mediante examen por pHmetría o pH-impedanciometría esofágica.
  - Esofagitis graves refractarias a fármacos o estenosis pépticas esofágicas recurrentes en individuos jóvenes.
  - Presencia de una hernia hiatal de gran tamaño.
- **Papel del tratamiento endoscópico:** los tratamientos endoscópicos antirreflujo no han demostrado eficacia suficiente para su incorporación a la práctica clínica habitual. El tratamiento endoscópico del esófago de Barrett incluye técnicas de resección mucosa y técnicas ablativas que pueden utilizarse de forma combinada. Está recomendado en caso de confirmarse la existencia de displasia.

**Dr. Edgardo Mengual Moreno**

*Especialista en Gastroenterología. Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela  
Profesor e investigador de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Venezuela*

**Dr. Javier Alcedo González**

*Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, España*

