



Seminario: Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Esófago de Barrett.

Autor: Dr. Cecilio Santander

Definición de Enfermedad por reflujo gastroesofágico

La enfermedad por reflujo gastroesofágico se define en el **consenso de Montreal de 2006** como la condición patológica que aparece cuando el reflujo del contenido del estómago **produce síntomas molestos y/o complicaciones.**

La ERGE se define objetivamente por la presencia de una lesión mucosa característica observada en la endoscopia y/o una exposición anormal al ácido esofágico demostrada en un estudio de pHmetría esofágica de 24h o IIM-pH ambulatoria.

Prevalencia: **15% de la población general**, más frecuente en hombres a partir de la tercera o cuarta década de la vida.

Enfermedad **crónica/recurrente** (recidivas frecuentes)

Generalmente los síntomas son leves y poco frecuentes (≤ 2 veces a la semana) en el 70% de los pacientes.

Síntomas

Los **síntomas clásicos** de la enfermedad por reflujo gastroesofágico son pirosis y regurgitación.

La pirosis se describe típicamente como una sensación de ardor en la región retroesternal, generalmente experimentada en el período posprandial; la pirosis se considera molesta cuando ocurre al menos dos veces a la semana.

La regurgitación es el retorno sin esfuerzo del contenido gástrico hacia la boca, a menudo acompañado de un sabor ácido o amargo.

El dolor torácico, indistinguible del dolor cardíaco, puede presentarse junto con pirosis y regurgitación o como el único síntoma de ERGE.

Otros síntomas de la ERGE incluyen disfagia, globo faríngeo, odinofagia, síntomas extraesofágicos (tos crónica, disfonía) y, con menos frecuencia, náuseas.



Los síntomas de la ERGE son inespecíficos y pueden superponerse o confundirse con los de otros trastornos como la rumiación, la acalasia, la esofagitis eosinofílica (EoE), la hipersensibilidad al reflujo, la enfermedad funcional, la enfermedad cardíaca o pulmonar y la hernia paraesofágica.

Fisiopatología de la ERGE

La fisiopatología de la ERGE incluye alteraciones en la barrera antirreflujo compuesta por el EEI y el crural del diafragma, junto con el deterioro del aclaramiento esofágico y alteraciones en la integridad de la mucosa esofágica. La esofagitis por reflujo se desarrolla cuando el jugo gástrico refluído desencadena la liberación de citocinas y quimiocinas que atraen células inflamatorias y que también pueden contribuir a los síntomas. Otros factores que contribuyen a los síntomas de la ERGE pueden incluir la disminución de la producción de saliva, el retraso en el vaciamiento gástrico y la hipersensibilidad esofágica.

Diagnóstico de ERGE

El diagnóstico de la ERGE es fundamentalmente clínico.

El diagnóstico de ERGE se puede realizar con síntomas típicos (pirosis y regurgitación) y su resolución con tratamiento empírico con inhibidores de la bomba de protones (IBP), sin necesidad de realizar pruebas complementarias. Si los síntomas remiten bajo tratamiento médico, no es necesaria la realización de pruebas complementarias.

Otros síntomas (dolor torácico, tos crónica, disfonía y náuseas) no son suficientes para hacer un diagnóstico clínico de ERGE en ausencia de síntomas clásicos (pirosis y/o regurgitaciones), y por tanto requieren pruebas complementarias.

Pruebas complementarias en ERGE

Las pruebas complementarias están son necesarias en los siguientes supuestos:

1. Dudas diagnósticas
2. Identificar complicaciones



3. Evaluar refractariedad a tratamiento

La **endoscopia digestiva alta** es la primera exploración que hay que realizar en la ERGE. Se recomienda realizar la endoscopia digestiva alta después de suspender los IBP durante 2-4 semanas, en pacientes con síntomas clásicos de ERGE que no responden a tratamiento con IBP 8 semanas.

INDICACIONES DE ESOFAGOGASTROSCOPIA como primera prueba diagnóstica en ERGE:

Síntomas de alarma: disfagia, sangrado, vómitos persistentes, pérdida peso y/o anemia.

Inicio de síntomas en pacientes mayores de 50 años

Pacientes con múltiples factores de riesgo para esófago de Barrett (edad mayor de 50 años, género masculino, síntomas ERGE de más de 5-10 años, obesidad, reflujo nocturno, tabaquismo y antecedentes familiares de primer grado de Barrett o cáncer esofágico)

Dudas diagnósticas

Otras indicaciones incluyen: pacientes con síntomas típicos de ERGE que no responden al tratamiento con IBP, evaluar complicaciones, detectar posibles diagnósticos alternativos que puedan redirigir el tratamiento, aparición de síntomas de alarma (si no se ha realizado endoscopia en los 3 meses previos) y para tratar complicaciones.

La endoscopia es **normal en el 70 % de los pacientes** con síntomas típicos de ERGE, y se clasifica como ENFERMEDAD POR REFLUJO **NO EROSIVA (ERNE)**.

Para clasificar el grado de esofagitis se emplea la **clasificación de los Ángeles**:

Clasificación de Los Ángeles*	
Grado A	Una o varias lesiones mucosas de menos de 5 mm
Grado B	Al menos una lesión mucosa mayor de 5 mm sin continuidad entre la parte más prominente de dos pliegues mucosos
Grado C	Al menos una lesión mucosa con continuidad entre la parte más prominente de varios pliegues mucosos pero no circunferencial
Grado D	Lesión mucosa circunferencial



La **pHmetría esofágica** o la **IIM-pHmetría ambulatoria** se indicará para confirmar el diagnóstico de ERGE en aquellos con síntomas persistentes (ya sean típicos o atípicos), particularmente si ha fracasado el tratamiento con IBP doble dosis durante 8 semanas o para ajustar el tratamiento en pacientes con síntomas continuos.

La **manometría** es útil para garantizar que las sondas de pH ambulatorias se coloquen correctamente (electrodo de antimonio colocado 5 cm proximal al borde superior del EEI), pero no para diagnosticar ERGE. En pacientes con sospecha de ERGE con dolor torácico y/o disfagia y una endoscopia digestiva alta normal, la manometría esofágica se indicará para excluir un trastorno de la motilidad esofágica. La manometría esofágica es también necesaria para evaluar la función peristáltica antes de realizar la funduplicatura antirreflujo, para excluir trastornos motores primarios.

El **diagnóstico diferencial de la ERGE** incluye la Esofagitis eosinofílica, esofagitis por fármacos, esofagitis infecciosas, trastornos funcionales y trastornos motores.

Basado en los consensos de Oporto, Lyon y criterios Roma IV podemos distinguir:

- **Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) erosiva**, con esofagitis en endoscopia.
- **Enfermedad por reflujo no erosiva (ERNE)** definida como endoscopia negativa y Tiempo de exposición al ácido (TEA) >6%.
- **Esófago hipersensible** con endoscopia negativa, TEA fisiológico (< 4%), e IS y PAS positivos.
- **Pirosis funcional** con endoscopia negativa, TEA fisiológico (< 4%), e IS y PAS negativos

Tratamiento de ERGE

Los objetivos control de los síntomas, curación de las lesiones esofágicas y evitar recidivas y complicaciones.

Las medidas higiénico-dietéticas con mayor beneficio sobre la ERGE son: Corregir sobrepeso en individuos obesos o con sobrepeso, y los pacientes con síntomas



nocturnos evitarán la ingesta de alimentos en las 3 h previas a acostarse y elevarán el cabecero de la cama con tacos de 15-20 cm.

Los **IBP** bloquean la producción de ácido mediante la inhibición, de forma irreversible, de la bomba H⁺/K⁺ /ATPasa (bomba de protones) de las células parietales, **se recomiendan como tratamiento de primera línea en pacientes con ERGE**. Los IBP se deben administrar en ayunas, al menos 30-60 min antes del desayuno para una mayor eficacia en la supresión de secreción ácida gástrica. Generalmente se recomienda dosis simple (omeprazol 20mg) antes del desayuno durante 8 semanas. Si no mejora con dosis estándar de IBP **8 semanas, se puede doblar la dosis** o cambiar a un IBP con mayor potencia antisecretora, como esomeprazol, antes de desayuno y antes de cena, durante 8 semanas.

En pacientes con síntomas recurrentes transcurridos ≥ 3 meses después de suspender el IBP, recomendaremos ciclos de 8 semanas de IBP a la misma dosis.

En pacientes con síntomas recurrentes transcurridos < 3 meses después de suspender el IBP, que no se han sometido previamente a una endoscopia digestiva alta, realizaremos una endoscopia digestiva alta para descartar otras etiologías y/o complicaciones de ERGE. Estos pacientes con recurrencia precoz (inferior a 3 meses de suspender tratamiento) requieren una terapia de mantenimiento a largo plazo con IBP a la menor dosis efectiva para controlar los síntomas de ERGE.

Los pacientes con **manifestaciones típicas y atípicas de ERGE** requieren tratamiento con **doble dosis de IBP durante 8-12 semanas**, ya que los síntomas extraesofágicos tardan más en mejorar que los síntomas típicos, antes de realizar pruebas complementarias. En los pacientes con síntomas extraesofágicos sin síntomas típicos de ERGE, la mayoría de los autores recomiendan realizar pruebas de confirmación de reflujo antes de iniciar tratamiento IBP.

Los pacientes con esofagitis erosiva intensa (Grados C y D de la clasificación de Los Ángeles) en la endoscopia inicial deben someterse a una endoscopia de seguimiento después de dos meses de terapia con IBP para comprobar la curación y descartar el esófago de Barrett.



Pacientes con esofagitis erosiva grado C y D o con esófago de Barrett requieren supresión de ácido de mantenimiento con un IBP en dosis estándar.

Baclofeno (agonista GABA): disminuye relajaciones transitorias RTEEI, el reflujo nocturno y los episodios de eructos; es por tanto un tratamiento alternativo (5-20 mg 3 veces al día) tanto para reflujo ácido como no ácido, pero solo se recomienda utilizar cuando existe evidencia objetiva de reflujo patológico. Es mal tolerado por la mayoría de los pacientes, por aparición de mareo, somnolencia y estreñimiento.

La evidencia actual sobre el **enfoque invasivo** (quirúrgico y endoscópico) comparado con el tratamiento médico para la ERGE no es lo suficientemente demostrativa sobre cuál es la mejor elección, tanto a nivel de control de síntomas como de exposición al ácido.

Las funduplicatura 360° o técnica de Nissen por vía laparoscópica es la técnica de elección. Otras variantes son: funduplicatura posterior parcial de 270° o técnica de Toupet y la funduplicatura anterior de 180° o técnica de Dor. Sus objetivos son conseguir al menos 3 cm de esófago intraabdominal, reparar el hiato diafragmático y realizar un mecanismo valvular. Previo al tratamiento quirúrgico de ERGE es necesaria la evidencia objetiva de ERGE (esofagitis C, D, Barrett o pH/IIM-pH ambulatoria) y manometría esofágica para descartar acalasia y ausencia de contractilidad, y en caso de identificar una motilidad esofágica ineficaz se evaluará la reserva peristáltica mediante prueba de provocación o test de degluciones múltiples rápidas.

Existen **tratamientos endoscópicos** alternativos a las terapias convencionales, pero **ninguno de ellos ha demostrado una eficacia suficiente** que permita equipararlo a las opciones médico-quirúrgicas establecidas.

El **esófago de Barrett** es la sustitución del epitelio escamoso del esófago por epitelio cilíndrico con metaplasia intestinal. Requiere vigilancia endoscópica con biopsias y tratamiento de mantenimiento con IBP dosis convencional.

El esófago de Barrett de segmento largo (≥ 3 cm) es factor de riesgo de adenocarcinoma esofágico.



Tratamiento del esófago de Barrett

1. Tratamiento de la ERGE asociada: Estudios observacionales han encontrado asociación entre el tratamiento médico de ERGE y reducción de la progresión a adenocarcinoma. El tratamiento de ERGE posee un efecto protector frente a la degeneración neoplásica, aunque sin llegar a eliminar totalmente el riesgo. La funduplicatura no es más efectiva que los IBPs en la prevención del adenocarcinoma esofágico.
2. **Vigilancia endoscópica** para detectar la presencia de **displasia**
3. **Tratamiento de la displasia de alto grado o carcinoma intramucoso:**
 1. De lesiones localizadas: RME (Resección Mucosa Endoscópica) y DSE (Dissección Submucosa Endoscópica) para estadificación (T).
 2. De todo el epitelio metaplásico: Técnicas ablativas: Radiofrecuencia (HALO)
4. **Esofagectomía si carcinoma infiltrativo** e intramucoso no resecable endoscópicamente.

Bibliografía

1. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R; Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol.* 2006 Aug;101(8):1900-20.
2. Ruiz de León San Juan A, Pérez de la Serna Bueno J, Sevilla Mantilla MC, Esteban López-Jamar JM, Sánchez Pernaute A. Gastro-esophageal reflux disease: limits of medical treatment and surgical indications. *Rev Esp Enferm Dig.* 2021 May;113(5):356-363.
3. PJ Kahrilas. GERD pathogenesis, pathophysiology, and clinical manifestations. *Cleveland clinic Journal of Medicine.* 2003: vol 70, supl. 5
4. Kahrilas PJ, Shaheen NJ, Vaezi MF; American Gastroenterological Association Institute; Clinical Practice and Quality Management Committee. American



- Gastroenterological Association Institute technical review on the management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology*. 2008 Oct;135(4):1392-1413,
5. Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, Greer KB, Yadlapati R, Spechler SJ. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol*. 2022 Jan 1;117(1):27-56.
 6. Lundell LR, Dent J, Bennett JR, Blum AL, Armstrong D, Galimiche JP, Johnson F, Hongo M, Richter JE, Spechler SJ, Tytgat GN, Wallin L. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. *Gut*. 1999 Aug;45(2):172-80.
 7. Roman S, Gyawali CP, Savarino E, Yadlapati R, Zerbib F, Wu J, Vela M, Tutuian R, Tatum R, Sifrim D, Keller J, Fox M, Pandolfino JE, Bredenoord AJ; GERD consensus group. Ambulatory reflux monitoring for diagnosis of gastro-esophageal reflux disease: Update of the Porto consensus and recommendations from an international consensus group. *Neurogastroenterol Motil*. 2017 Oct;29(10):1-15
 8. Hirano I, Richter JE; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. ACG practice guidelines: esophageal reflux testing. *Am J Gastroenterol*. 2007 Mar;102(3):668-85.
 9. Gyawali CP, Kahrilas PJ, Savarino E, Zerbib F, Mion F, Smout AJPM, Vaezi M, Sifrim D, Fox MR, Vela MF, Tutuian R, Tack J, Bredenoord AJ, Pandolfino J, Roman S. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. *Gut*. 2018 Feb 3. pii:gutjnl-2017-314722. doi: 10.1136/gutjnl-2017-314722.
 10. Savarino E. Advances in the physiological assessment and diagnosis of GERD. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2018 May;15(5):323.
 11. Katzka DA, Kahrilas PJ. Advances in the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *BMJ*. 2020 Nov 23;371:m3786. doi: 10.1136/bmj.m3786. PMID: 33229333.



PROGRAMA DOCENTE ACADÉMICO
**GASTROENTEROLOGÍA
Y HEPATOLOGÍA**

12. DeVault KR, Castell DO; American College of Gastroenterology. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. Am J Gastroenterol. 2005 Jan;100(1):190-200.
13. Vaezi MF, Katzka D, Zerbib F. Extraesophageal Symptoms and Diseases Attributed to GERD: Where is the Pendulum Swinging Now? Clin Gastroenterol Hepatol. 2018 Jul;16(7):1018-1029

Paginas web

ASENEM, Asociación Española de Neurogastroenterología y Motilidad

<https://asenem.org>

<https://asenem.org/wp-content/uploads/2020/03/Libro-pHmetria-completo.pdf>

<https://asenem.org/index.php/2016/04/19/nuevo-tratado-de-neurogastroenterologia-y-motilidad-digestiva/>

European Society of Neurogastroenterology and Motility

<https://www.esnm.eu/>

European Society for Swallowing Disorders

<http://www.myessd.org>