



Fernanda Gabriela Dután Ortiz ^a; Carolina Estefanía Lema Tixi ^b; Vanessa Viviana Vélez Vinueza ^c; Eduardo Patricio Padilla Manzano ^d

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Gastroesophageal reflux disease

*Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias. Vol. 3
núm., 2, abril, ISSN: 2588-0748, 2018, pp. 572-596*

DOI: [10.26820/reciamuc/3.\(2\).abril.2019.572-596](https://doi.org/10.26820/reciamuc/3.(2).abril.2019.572-596)

URL: <http://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/354>

Código UNESCO: 3205 Medicina Interna

Tipo de Investigación: Artículo de Revisión

© RECIAMUC; Editorial Saberes del Conocimiento, 2019

Recibido: 15/01/2019

Aceptado: 07/02/2019

Publicado: 01/04/2019

Correspondencia: gabbifer2308@hotmail.com

- a. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; gabbifer2308@hotmail.com
- b. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; md.carolinalema@hotmail.com
- c. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; vivivvelezv4@hotmail.com
- d. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; eduardoppm17@hotmail.com

RESUMEN

El reflujo gastroesofágico (RGE) es el paso del contenido gástrico hacia el esófago con o sin vómitos o regurgitación. Cuando este contenido retrógrado gástrico alcanza al esófago y produce síntomas molestos o complicaciones, se produce la Enfermedad por RGE o ERGE. Se ha demostrado que puede causar síntomas respiratorios significativos en los niños, con obstrucción e hiperreactividad de vías aéreas, ya que el esófago está cubierto con receptores que son activados por el ácido gástrico y que estimulan receptores no adrenérgicos-no colinérgicos en la vía aérea conduciendo a bronca constrictión. La esofagitis erosiva y el esófago de Barrett son sus formas más reconocidas. Los episodios de reflujo se producen principalmente por relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior debido a la distensión del fondo gástrico; esto debido a que al no estar correctamente cerrada esta válvula, el contenido gástrico que presenta un pH ácido, provoca ardores y regurgitación, cuando el contenido gástrico sobrepasa el esfínter esofágico inferior llegando a la garganta o la boca, se habla de pirosis, sensación de quemazón o dolor producida en el esófago como consecuencia de la regurgitación del ácido gástrico. Esta patología representa un problema que origina en los pacientes ardores estomacales o regurgitaciones tras la comida o la cena, y es causada por diversos factores: mecánicos, fisiológicos, y en algunos casos anatómicos, en los que puede estar involucrado el esfínter esofágico inferior. Si el reflujo no se diagnostica correctamente, puede llevar a serias complicaciones como el estrechamiento del esófago (estenosis), úlceras, sangrado y en algunos casos a esófago de Barrett (que es un cambio de la mucosa del esófago inferior que tiene el riesgo de convertirse, a largo plazo, en cáncer). Es una enfermedad benigna, sin embargo, existe un impacto importante sobre la calidad de vida del paciente, con potenciales complicaciones.

Palabras Claves: Enfermedad por reflujo Gastroesofágico; Estenosis; Úlceras; Síndrome de Barrett; Contenido Gástrico.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Fernanda Gabriela Dután Ortiz; Carolina Estefanía Lema Tixi; Vanessa Viviana Vélez Vinueza; Eduardo Patricio Padilla Manzano

ABSTRACT

Gastro esophageal reflux (GER) is the passage of gastric contents into the esophagus with or without vomiting or regurgitation. When this retrograde gastric content reaches the esophagus and produces annoying symptoms or complications, GERD or GERD disease occurs. It has been shown that it can cause significant respiratory symptoms in children, with airway obstruction and hyperreactivity, since the esophagus is covered with receptors that are activated by gastric acid and that stimulate non-adrenergic-non-cholinergic receptors in the airway leading to constriction bronco. Erosive esophagitis and Barrett's esophagus are its most recognized forms. Episodes of reflux are mainly caused by transient relaxations of the lower esophageal sphincter due to gastric fund distention; This is because this valve is not properly closed, the gastric content that has an acidic pH causes burning and regurgitation, when the gastric content exceeds the lower esophageal sphincter reaching the throat or mouth, there is talk of heartburn, feeling of burning or pain produced in the esophagus as a result of the regurgitation of gastric acid. This pathology represents a problem that causes heartburn or regurgitation in patients after lunch or dinner, and is caused by various factors: mechanical, physiological, and in some anatomical cases, in which the lower esophageal sphincter may be involved. If the reflux is not diagnosed correctly, it can lead to serious complications such as narrowing of the esophagus (stenosis), ulcers, bleeding and in some cases Barrett's esophagus (which is a change of the lower esophageal mucosa that is at risk of developing, in the long term, in cancer). It is a benign disease, however, there is an important impact on the patient's quality of life, with potential complications.

Key words: Gastrosophageal reflux disease; Stenosis; Ulcers; Barrett's syndrome; Gastric Content.

Introducción.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una causa frecuente de consulta. Sin embargo, es muy difícil diferenciar pacientes nuevos de aquellos con enfermedad recurrente, tanto por la naturaleza de recidiva como por la frecuencia de los síntomas. Por esto, hablar de prevalencia es difícil y hablar de incidencia, aún más. Los síntomas de ERGE son de presentación habitual. De ahí, que se ha reportado una frecuencia de 30% a 35% de síntomas en la población adulta. Asimismo, los síntomas son variables pues se han reportado prevalencias de 38% para pirosis y 55% para regurgitación. (Lauco, 2016)

Del mismo modo, se estima que un 30% de los sujetos sintomáticos tiene esofagitis y un 70% requiere de tratamiento regular para el control de sus síntomas, lo que puede afectar intensamente su calidad de vida. (Rienat, 2016), generándole cambios que incluso inciden en su economía; esto debido a que, su tratamiento médico es a largo plazo y con costos elevados, estableciéndose con ello, que en muchos de los casos el paciente se vea en la necesidad de auto medicarse y a adoptar conductas terapéuticas como la cirugía.

Según informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), “no hay un estudio patrón de oro para el diagnóstico de la ERGE, y que, en general, se diagnostica principalmente en función de los síntomas comunicados por los mismos pacientes”. (p.11). Esto basado en que, la mayoría de los pacientes que consultan a su médico por síntomas de ERGE no tienen alteraciones de la mucosa esofágica y, además, la endoscopia está raramente disponible en la atención primaria, donde este proceso se diagnostica y trata con más frecuencia.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Fernanda Gabriela Dután Ortiz; Carolina Estefanía Lema Tixi; Vanessa Viviana Vélez Vinueza; Eduardo Patricio Padilla Manzano

Algunos estudios de prevalencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico ERGE en poblaciones como Ecuador han mostrado resultados de 52,8% y se ha encontrado asociación con el género femenino y el consumo de alcohol. Así mismo, estudios en otras poblaciones como el de Nueva Zelanda se encontró una prevalencia de 30% y en Bélgica una prevalencia del 28%.. Por su parte, en China, se encontraron con similares valores de prevalencia, también hallaron asociación con el sexo femenino y el consumo de alcohol, mientras que, en Chile, fueron hallados valores que oscilan entre el 38% para pirosis y 55% para regurgitación, lo que mostró una elevada prevalencia de síntomas por reflujo gastroesofágico. (Wewnt, 2016).

Entre las causas del reflujo gastroesofágico se encuentra el tipo de comidas, las cuales pasan desde la garganta hasta el estómago a través del esófago creando un anillo de fibras musculares en la parte inferior del esófago impide que el alimento deglutido vuelva a subir. Estas fibras musculares se denominan esfínter esofágico inferior (EEI). De la misma forma, se encuentran los factores de riesgo que inciden sobre esta enfermedad, entre los que se encuentra: el consumo de alcohol, la hernia de hiato, conocida como (una afección en la cual parte del estómago pasa por encima del diafragma, el músculo que separa el tórax y la cavidad abdominal), la obesidad, el embarazo y el tabaquismo. Cuando este anillo muscular no se cierra bien, los contenidos del estómago pueden devolverse hacia el esófago. Esto se denomina reflujo o reflujo gastroesofágico. El reflujo puede causar síntomas. Los ácidos gástricos fuertes también pueden dañar el revestimiento del esófago causando molestias estomacales a la persona o niño afectado.

Tipo de Investigación.

Dentro de toda práctica investigativa, se precisan acciones de carácter metodológico mediante las cuales, se logra conocer y proyectar los eventos posibles que la determinan, así como las características que hacen del acto científico un proceso interactivo ajustado a una realidad posible de ser interpretada. En este sentido, se puede decir, que la presente investigación corresponde al tipo documental, definido por (Dávila, 2012), “se ocupa del estudio de problemas planteados a nivel teórico, la información requerida para abordarlos se encuentra básicamente en materiales impresos, audiovisuales y /o electrónicos”. (p.41).

En consideración a esta definición, la orientación metodológica permitió la oportunidad de cumplir con una serie de actividades inherentes a la revisión y lectura de diversos documentos donde se encontraron ideas explícitas relacionadas con los tópicos encargados de identificar a cada característica insertada en el estudio. Por lo tanto, se realizaron continuas interpretaciones con el claro propósito de revisar aquellas apreciaciones o investigaciones propuestas por diferentes investigadores, para luego dar la respectiva argumentación a los planteamientos, en función a las necesidades encontradas en la indagación.

Fuentes Documentales.

El análisis correspondiente a las características que predomina en el tema seleccionado, llevan a incluir diferentes fuentes documentales encargadas de darle el respectivo apoyo y en ese sentido cumplir con la valoración de los hechos a fin de generar nuevos criterios que sirven de referencia a otros procesos investigativos. Para (Arias, 2010), las fuentes documentales

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Fernanda Gabriela Dután Ortiz; Carolina Estefanía Lema Tixi; Vanessa Viviana Vélez Vinueza; Eduardo Patricio Padilla Manzano

incorporadas en la investigación documental o bibliográfica, “representa la suma de materiales sistemáticos que son revisados en forma rigurosa y profunda para llegar a un análisis del fenómeno”. (p.41). Por lo tanto, se procedió a cumplir con la realización de una lectura previa determinada por encontrar aquellos aspectos estrechamente vinculados con el análisis de la “Enfermedad por reflujo Gastroesofágico” para luego explicar mediante un desarrollo las respectivas apreciaciones generales de importancia.

Técnicas para la Recolección de la Información.

La conducción de la investigación para ser realizada en función a las particularidades que determinan a los estudios documentales, tiene como fin el desarrollo de un conjunto de acciones encargadas de llevar a la selección de técnicas estrechamente vinculadas con las características del estudio. En tal sentido, (Arias Ob cit) refiere, que es “una técnica particular para aportar ayuda a los procedimientos de selección de las ideas primarias y secundarias”. (p. 71).

Por ello, se procedió a la utilización del subrayado, resúmenes, fichaje, como parte básica para la revisión y selección de los documentos que presentan el contenido teórico. Es decir, que mediante su aplicación de estas técnicas se pudo llegar a recoger informaciones en cuanto a la revisión bibliográfica de los diversos elementos encargados de orientar el proceso de investigación. Tal como lo expresa, (Arias Ob cit) “las técnicas documentales proporcionan las herramientas esenciales y determinantes para responder a los objetivos formulados y llegar a resultados efectivos” (p. 58). Es decir, para responder con eficiencia a las necesidades investigativas, se introdujeron como técnica de recolección el método inductivo, que hizo posible llevar a cabo una valoración de los hechos de forma particular para llegar a la explicación desde una visión general.

Asimismo, se emplearon las técnicas de análisis de información para la realización de la investigación que fue ejecutada bajo la dinámica de aplicar diversos elementos encargados de determinar el camino a recorrer por el estudio, según, (Arias, Ob cit) las técnicas de procesamiento de datos en los estudios documentales “son las encargadas de ofrecer al investigador la visión o pasos que debe cumplir durante su ejercicio, cada una de ellas debe estar en correspondencia con el nivel a emplear” (p. 123). Esto indica, que, para llevar a cabo el procesamiento de los datos obtenidos, es necesario establecer las técnicas que serán seleccionadas, destacándose en este caso, de manera particular: fichas de resumen, textual, registros descriptivos entre otros, los mismos se deben ajustar al nivel que ha sido seleccionado.

Resultados.

Enfermedad de reflujo gastroesofágico

La Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es la condición que se desarrolla cuando el contenido del estómago refluye al esófago y causa síntomas molestos y complicaciones. Esta patología representa la enfermedad esofágica más frecuente y la condición clínica más común del aparato digestivo. Sus síntomas son comunes en un estimado entre 10-40% de los adultos en los Estados Unidos, con un detrimento importante en su calidad de vida. (Renttz, 2015).

La prevalencia anual de esta enfermedad oscila según estadísticas de países latinoamericanos entre 25-60 %, mientras que la presencia de síntomas fluctúa entre 5 y 20 %, al menos una vez por semana. Se calcula que 50 % de los pacientes con síntomas típicos, atendidos en hospitales, presentan lesiones en la mucosa esofágica, denominada esofagitis erosiva, mientras

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Fernanda Gabriela Dután Ortiz; Carolina Estefanía Lema Tixi; Vanessa Viviana Vélez Vinueza; Eduardo Patricio Padilla Manzano

que, de los pacientes atendidos en centros ambulatorios, 70% presentan reflujo sin lesiones visibles, conocida como esofagitis no erosiva. (Renttz 2015).

La elevada incidencia de la ERGE ha generado un gran interés para la comunidad científica del mundo entero, considerándose el hecho de que el Esófago de Barrett, es reconocido como la complicación más común de esta enfermedad, la cual es considerada como una lesión severa del esófago, representando así, un factor de riesgo independiente para el desarrollo de adenocarcinoma esofágico, que presenta un rápido aumento en su incidencia en el mundo occidental y un pobre pronóstico, a menos que se diagnostique en etapas precoces de la enfermedad.

Como medio diagnóstico de esta enfermedad, se utiliza la Manometría Esofágica (ME), la cual permite identificar tres elementos que regulan la funcionabilidad del esófago: el Esfínter Esofágico Inferior (EEI), el cuerpo esofágico y el Esfínter Esofágico Superior (EES); cada uno tiene características anatómicas y funcionales, que se conocen como factores de motilidad, y su integridad o deterioro, determinan la motilidad normal del órgano y por ende, su función. Los valores que se miden en la Manometría Esofágica y que se conocen como factores de motilidad del esófago aparecen en la siguiente tabla.

Tabla N° 1. Factores de motilidad registrados en la Manometría Esofágica

Esfínter Esofágico Inferior	Cuerpo Esofágico	Esfínter Esofágico Superior
-Bordes distal y proximal.	-Amplitud de las ondas peristálticas	-Borde proximal y distal
-Punto de inversión respiratoria	-Tipo de onda según su morfología	-Presión de reposo
-Longitud abdominal y total	-Tipo de onda según su progresión	-Porcentaje de relajación
-Morfología	-Tipo de onda según su amplitud	-Presión residual
-Presión de reposo	-Porcentaje de ondas no propulsivas	-Coordinación de la contracción faríngea y la relajación del EES.
-Porcentaje de relajación	-Velocidad de progresión de las contracciones peristálticas	
-Presión residual		
-Duración de la relajación		
-Coordinación de la relajación del EEI y la onda peristáltica		

Fuente: (Renttz 2015).

Cada uno de estos componentes, que se expresan o se miden en la ME, en su conjunto se denominan espectro o patrón manométrico del esófago; no todos estos factores tienen un papel en la ERGE. El patrón manométrico más aceptado para la enfermedad describe un fallo de los siguientes factores:

- La presión del esfínter, su longitud.
- Su inestabilidad, dada por la presencia de relajaciones transitorias.
- La presencia de hernia hiatal, determinada por la distancia medida entre el punto de inversión respiratoria y el borde distal del EEI y los trastornos de la peristalsis esofágica.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Fernanda Gabriela Dután Ortiz; Carolina Estefanía Lema Tixi; Vanessa Viviana Vélez Vinueza; Eduardo Patricio Padilla Manzano

Estos fallos, unidos a la disminución de la resistencia de la mucosa esofágica y el retraso en el vaciamiento gástrico, favorecen el reflujo del contenido gástrico hacia la luz esofágica (ácido clorhídrico, pepsina, ácidos biliares y tripsina, entre otros), originando síntomas que se desarrollan y convierten en lesiones en la mucosa esofágica, estableciéndose que, uno de los elementos de mayor importancia en el desarrollo de la enfermedad es el aclaramiento esofágico. De allí, la importancia de conocer que, la enfermedad por reflujo gastroesofágico ERGE se encuentra dada por dos aspectos: uno relacionado con la actividad peristáltica esofágica y el otro, con la salivación.

El primero, llamado “mecánico”, tiene un importante papel como mecanismo de defensa, mientras que el segundo, con su efecto protector, parece mantenerse sin grandes variaciones, excepto en enfermedades específicas que comprometan esta función e inclusive existen evidencias a favor de la existencia de un reflejo esófago-salival, que incrementa la salivación ante la presencia de ácido clorhídrico en el esófago. De allí, que es más frecuente que estos pacientes tengan algún grado de trastorno de la motilidad esofágica, en muchos, secundario a la propia esofagitis, y en otros, un trastorno primario de la motilidad, aunque también se presentan secundarios a enfermedades sistémicas como la Diabetes mellitus, las enfermedades del colágeno, el alcoholismo, etc.

Es claro entonces que, si el trastorno motor registrado es severo, es secundario a la esofagitis, la cual debería ir en aumento según sea incrementada la severidad de la enfermedad, no obstante, existe una comparación entre manometrías de pacientes con cualquier grado de esofagitis erosiva y no erosiva cuyas evidencias han demostrado que la diferencia estaba en la disminución de la amplitud de las contracciones en el tercio distal del esófago, igual o menores a 30 mmHg.

Historia natural de la enfermedad Reflujo Gastroesofágico

Durante décadas se ha considerado a la enfermedad de Reflujo Gastroesofágico ERGE como un todo continuo que comienza con síntomas muy leves de RGE y con el tiempo origina lesiones esofágicas de diversa intensidad. Bajo este enfoque, se debe interpretar que la enfermedad va empeorando con el paso del tiempo, evidenciándose a través de sus síntomas, los cuales son más frecuentes y más intensos, generando diversas complicaciones que han llevado a que el paciente requiera cada vez tratamientos más complejos y de consultas especializadas.

Esta visión de la enfermedad se expresa en el Iceberg de Castell donde se observa cómo en una primera fase los pacientes se auto medican, en una fase posterior son atendidos por el médico de atención primaria y en una última fase la asistencia debe ser especializada. Las diversas formas clínicas, de esta patología han llevado a que la intensidad de los síntomas y las complicaciones, sean clásicamente interpretadas como debidas al momento evolutivo en el que se diagnosticaba al paciente, por lo que el tiempo de evolución se correspondía con el agravamiento de la enfermedad.

Este nuevo enfoque ha llevado a conformar un nuevo concepto, el cual se encuentra basado en tres diferentes formas de la enfermedad, dadas a través de expresiones fenotípicas, basadas en determinados factores genéticos y ambientales. Estas tres formas independientes de la enfermedad estarían representadas por la forma no erosiva, una forma erosiva (esofagitis erosiva) y el EB. En este concepto se incluye el Iceberg de Quigle. Entre las formas erosivas, no erosivas y el Barrett, la base de este nuevo concepto radica en que es raro que la forma no erosiva evolucione a esofagitis erosiva, como tampoco es frecuente que la forma erosiva de esofagitis progrese a EB, aunque

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Fernanda Gabriela Dután Ortiz; Carolina Estefanía Lema Tixi; Vanessa Viviana Vélez Vinueza; Eduardo Patricio Padilla Manzano

algunos estudios reportan alguna progresión objetiva de la enfermedad, un Iceberg despiezado donde los pacientes consultan fundamentalmente por sus síntomas y a cualquier médico.

Generalidades de la enfermedad

La ERGE está dada por el reflujo de contenido gástrico al esófago, con desarrollo de síntomas y daño a nivel de la mucosa esofágica. Esta enfermedad, suele afectar por largos períodos de tiempos, con síntomas frecuentes que afectan la vida del paciente, quien va desde la automedicación hasta el desarrollo de complicaciones; de allí, que se puede decir que es una patología enfermedad con una fuerte evidencia de evolución al cáncer.

Debido a sus características, se carece de datos exactos sobre su incidencia en la población general, ya que sólo los pacientes más sintomáticos buscan ayuda médica, lo que ha generado, que su prevalencia sea determinada, sólo a través de métodos de encuestas, las cuales han sido dirigidas a grandes masas de población, lo que ha llevado a que sea considerada como una enfermedad “de consenso”.

Cuadro Clínico

La enfermedad por reflujo gastroesofágico, ERGE es una enfermedad muy sintomática y resulta raro su diagnóstico sin la presencia de síntomas, que pueden ser por otra parte tremendamente variados. El interrogatorio aplicado por el médico especialista al paciente es detallado, pues le ayuda al profesional de la medicina a considerar si se trata de un reflujo banal, si existen complicaciones o síntomas de alarma, así como si se objetivan manifestaciones atípicas.

Es, por lo tanto, este interrogatorio el que permite decidir un tratamiento higiénico-dietético y farmacológico en primera instancia, sin necesidad de ninguna otra prueba. Como síntomas típicos, el Consenso de Montreal definió la presencia de pirosis o regurgitación. La pirosis en la ERGE aparece aproximadamente a los 30-60 minutos de la ingesta, cede con rapidez a los antiácidos y es facilitada por alimentos que el paciente puede definir muy bien, se acentúa en decúbito, así como al agacharse.

Un grupo de pacientes (8-10%) sólo presenta pirosis durante el día, lo cual tiene su correlación con el estudio por pHmetría de 24 horas, que demuestra que los episodios de reflujo sólo se originan cuando el paciente está en bipedestación (reflujo en bipedestación), otros estando acostados (reflujo en decúbito) y otros en ambas situaciones (reflujo mixto). (Llanos, 2016). En estos casos, la regurgitación aparece espontáneamente o tras cambios posturales o durante la noche y el contenido gástrico puede llegar a pasar hasta la faringe.

La presencia de disfagia sugiere una alteración de la motilidad, pero debe descartarse una estenosis. El carácter orgánico de ésta, se manifiesta en su progreso desde los alimentos sólidos a los líquidos. La odinofagia aparece en presencia de esofagitis y se acompaña no rara vez, de dolor torácico. También, se pueden recoger síntomas como sialorrea, náuseas, eructos, hipo, vómito, epigastralgia y pesadez posprandial.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Fernanda Gabriela Dután Ortiz; Carolina Estefanía Lema Tixi; Vanessa Viviana Vélez Vinuesa; Eduardo Patricio Padilla Manzano

Tabla N° 2. Distribución de individuos con y sin Enfermedad por reflujo Gastroesofágico clasificados por Sexo, Edad y Síntomas. Ecuador (2017)

	Con ERGE		Sin ERGE	
	n	%	n	%
Sexo				
Femenino	59	64,13	143	56,08
Masculino	33	35,87	112	43,92
Total	92	26,51	255	73,49
Edad	37,77 ± 12,26		35,69 ± 13,20	
Grupo etario				
18 - 19	6	6,52	13	5,10
20 - 29	17	18,48	90	35,29
30 - 39	34	36,96	74	29,02
40 - 49	21	22,83	38	14,90
50 - 59	7	7,61	22	8,63
60 - 69	6	6,52	13	5,10
70 a más	1	1,09	5	1,96
Síntomas				
Pirosis	53	14,02	4	3,05
Regurgitación	73	19,31	40	30,53
Disfagia	38	10,05	7	5,34
Dolor torácico	77	20,37	24	18,32
Tos nocturna	68	17,99	34	25,95
Disfonía	38	10,05	11	8,40

Fuente: (Llanos 2016).

La prevalencia de los síntomas atípicos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico es extremadamente alta y a veces existe asociación entre ellos y los síntomas típicos. De las manifestaciones atípicas, las de carácter extra esofágico pueden ser numerosas y predominar en el cuadro clínico y a veces los pacientes acuden a consulta por estos síntomas y no por los típicos, lo que hace en ocasiones el diagnóstico más complejo.

Dentro de las manifestaciones extra esofágicas deben tenerse en cuenta la laringitis, tos crónica irritativa, ronquera matinal, faringitis, globo faríngeo, sinusitis crónica, erosiones dentales, empeoramiento de asma, disnea nocturna, neumonías recidivantes, apnea del sueño y “síndrome

de boca ardiente”. Sin embargo, todas estas asociaciones no se han comprobado aún de forma definitiva, a la luz de los métodos diagnósticos actuales.

Síntomas de la Enfermedad por reflujo Gastroesofágico

Los síntomas típicos de la ERGE (pirosis y regurgitación) son muy frecuentes en la población general, pudiendo aparecer en más de un 20% de la misma. En una revisión de estudios publicados que analizan la presencia de síntomas del tracto digestivo superior en la población general, se encontró que la prevalencia variaba entre un 10 y un 48% para la pirosis, entre un 9 y un 45% para la regurgitación ácida y entre un 21 y un 59% para ambos. (Castell, 2017).

Esta gran variabilidad en las prevalencias reportadas tiene su origen en la forma cómo se realiza la pregunta, cómo ésta es comprendida por el paciente y por el investigador y cómo se definen estos términos. A pesar de estas consideraciones, en la gran mayoría de los estudios predomina la pirosis sobre la regurgitación en términos de frecuencia de presentación de síntomas

El dolor torácico no es una manifestación rara y en algunas ocasiones es incluso la única manifestación de la ERGE. Por ello, es fácil confundirlo con el dolor de origen coronario. En pacientes con dolor torácico recurrente en los que se ha descartado patología coronaria, existe una alta prevalencia de desórdenes esofágicos (80,5%) y la prevalencia de ERGE oscila entre el 30 y el 70%. (Castell 2017).

Otros síntomas como la disfagia y la odinofagia se pueden interpretar como signos de alarma, en el sentido que pueden ser la manifestación de una esofagitis complicada o de patología neoplásica. Sin embargo, la interpretación literal de la disfagia como síntoma de alarma en

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Fernanda Gabriela Dután Ortiz; Carolina Estefanía Lema Tixi; Vanessa Viviana Vélez Vinueza; Eduardo Patricio Padilla Manzano

incorrecta. Cerca de un 30% de los pacientes con ERGE pueden llegar a tener disfagia, de los cuales, alrededor de un 80% responden rápidamente al tratamiento conservador.

Estudios Diagnósticos

El diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico ERGE se apoya, por una parte, en los datos clínicos y por otra, en las pruebas diagnósticas. El acercamiento a un paciente con ERGE, que por primera vez consulta por la enfermedad, en ausencia de síntomas o signos de alarma y que nunca ha llevado tratamiento farmacológico para la ERGE, no suele necesitar estudios diagnósticos complementarios.

No obstante, la historia de años de evolución de la enfermedad, tratamientos anteriores, exitosos o no, y síntomas que pueden corresponder a complicaciones de la enfermedad, ameritan la realización de estudios complementarios. De los estudios aceptados internacionalmente para el estudio de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, sólo se referirá esta investigación a los que tienen relación con su objeto y dinámica de estudio; entre ellos se encuentran:

A.- Endoscopia

Es, sin duda, una de las técnicas de mayor consideración en el diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico ERGE. Su utilización no debe ser masiva, ya que no está indicada en la mayoría de los casos. Aunque uno de los problemas prácticos más importante es poder diferenciar los pacientes con ERGE con lesiones esofágicas, de aquellos que no las tienen, no debe solucionarse sistemáticamente con una endoscopia.

Las indicaciones de una endoscopia estarán basadas en la existencia de determinados síntomas de alarma (pérdida de peso, hemorragia, disfagia, etc.), presunción de la existencia de esofagitis (antecedentes de ella u odinofagia), control y seguimiento del tratamiento en algunos casos y la existencia o sospecha de EB. La endoscopia permite valorar el grado de lesión de la mucosa. La clasificación endoscópica más aceptada en estos momentos para la esofagitis erosiva es la clasificación de Los Ángeles. (Cett, 2016).

Asimismo, se ha propuesto una clasificación endoscópica para los pacientes con esofagitis no erosiva. Las indicaciones de la American Gastroenterology Association (AGA) consideran que la endoscopia se recomienda “con buen grado de evidencia”, de la misma forma, este tipo de estudio permite además la toma de biopsias, las cuales serán siempre múltiples y se realizarán cuando existan dudas diagnósticas o se sospeche alguna complicación, siendo las mismas:

- Endoscopia con biopsia, en pacientes con ERGE, con disfagia. Las biopsias deben ser tomadas en cualquier área en que se sospecha metaplasia, displasia o mucosa esofágica de aspecto normal (por lo menos 5 muestras para biopsia).
- Endoscopia para evaluar pacientes con clínica de ERGE que no responden al tratamiento empírico con Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP). Las biopsias deben tomarse en cualquier área de sospecha de metaplasia, displasia o malignidad. (Cett 2016).

B.- Manometría esofágica

Clínicamente, los pacientes con segmento largo de EB, suelen tener síntomas de reflujo más severos, que aquellos con segmento corto. La Manometría Esofágica es la prueba diagnóstica

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Fernanda Gabriela Dután Ortiz; Carolina Estefanía Lema Tixi; Vanessa Viviana Vélez Vinueza; Eduardo Patricio Padilla Manzano

que mide las presiones intra lumbales en el esófago y la coordinación de la actividad en la musculatura del mismo. La prueba se basa en la introducción de un catéter, con orificios laterales abiertos que corresponden a canales de registros, con una perfusión continua de agua destilada a bajo flujo hasta un transductor localizado en el extremo proximal del catéter, de donde parte la señal eléctrica hacia el aparato inscriptor.

Los orificios de A través de ella se diagnostican elementos conocidos en la fisiopatología de la ERGE como son la presencia de Hernia Hiatal, la hipotonía del EEI y la presencia de RTEEI, entre otros, que se conocen como “factores de motilidad”. La prueba se basa en la introducción de un catéter, con orificios laterales abiertos que corresponden a canales de registros, con una perfusión continua de agua destilada a bajo flujo hasta un transductor localizado en el extremo proximal del catéter, de donde parte la señal eléctrica hacia el aparato inscriptor.

Los orificios de registro están separados entre sí a una distancia conocida y tienen una orientación radial. El fundamento de la técnica se basa en un sistema de infusión hidro neumo capilar, ideado por Andorfer, que permite un flujo de agua constante y modificable según las características del catéter. Comportamiento manométrico del esófago Los catéteres se conectan por el extremo proximal a los transductores, que se encargan de transformar las variaciones de la presión en señales eléctricas. Estas señales se transmiten al polígrafo, que es un equipo destinado al procesamiento y a la transformación de las señales eléctricas en registros numéricos.

Esta información pasa a una computadora, donde un programa la interpreta y la convierte en gráficos, basados en cifras. La información visual es interpretada por el analista en tiempo real y permite intervenir con maniobras, ser almacenada y luego procesada, hasta ofrecer los datos

previstos en tablas y gráficos en el informe final, que necesita la interpretación clínica de personal entrenado. El sistema es muy estable y versátil. Para el paciente la prueba es fácil de tolerar, sin reacciones secundarias, sólo no se realiza en aquellos que no soportan el decúbito por graves trastornos respiratorios o cardiovasculares, falta de cooperación y grave deterioro del nivel de conciencia.

C.- Comportamiento manométrico del esófago

Los catéteres se conectan por el extremo proximal a los transductores, que se encargan de transformar las variaciones de la presión en señales eléctricas. Estas señales se transmiten al polígrafo, que es un equipo destinado al procesamiento y a la transformación de las señales eléctricas en registros numéricos. Esta información pasa a una computadora, donde un programa la interpreta y la convierte en gráficos, basados en cifras.

La información visual es interpretada por el analista en tiempo real y permite intervenir con maniobras, ser almacenada y luego procesada, hasta ofrecer los datos previstos en tablas y gráficos en el informe final, que necesita la interpretación clínica de personal entrenado. El sistema es muy estable y versátil. Para el paciente la prueba es fácil de tolerar, sin reacciones secundarias, sólo no se realiza en aquellos que no soportan el decúbito por graves trastornos respiratorios o cardiovasculares, falta de cooperación y grave deterioro del nivel de conciencia.

En el estudio de la actividad motora del esófago se consideran tres tramos claramente diferenciados: la faringe y el Esfínter Esofágico Superior, el cuerpo del esófago y el Esfínter Esofágico Inferior. Cada uno de estos segmentos tiene unas características manométricas

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Fernanda Gabriela Dután Ortiz; Carolina Estefanía Lema Tixi; Vanessa Viviana Vélez Vinueza; Eduardo Patricio Padilla Manzano

específicas que han de ser valoradas tanto en condiciones basales, o sea de reposo, como tras la deglución de un volumen conocido de agua. Estas características o factores de motilidad, su nombre técnico, que se registran en cada ME, por ser las que tienen relación con la presente. Investigación.

Lesiones Asociadas a la enfermedad por reflujo Gastroesofágico

Esofagitis

La esofagitis por reflujo se define desde el punto de vista endoscópico como una lesión inflamatoria de la mucosa esofágica inmediatamente por encima o en la unión esófago gástrica. Puede tener distintos grados que se clasifican basados en la extensión y la gravedad de las lesiones. Existen distintas clasificaciones; la de Savary –Miller, la cual fue la primera ampliamente aceptada y utilizada, después se han propuesto otras, pero la que ha logrado mayor consenso es la clasificación de Los Ángeles, tanto en la práctica clínica como en los estudios de investigación. (Cett 2016).

Tabla N° 3. Clasificación endoscópica de Savary-Miller para esofagitis

I	Erosiones aisladas que afectan un solo pliegue.
II	Erosiones múltiples, no circunferenciales, que afectan 2 o más pliegues, con o sin confluencia.
III	Erosiones o ulceraciones circunferenciales.
IV	Lesiones crónicas: úlceras, estenosis.
V	Comprobación histológica de epitelio de Barrett.

Fuente: (Cett 2016).

Hemorragia Digestiva

La presencia de hematemesis y melena, secundaria a esofagitis por reflujo, es muy poco frecuente. Sin embargo, las pérdidas ocultas detectables por los medios habituales son más frecuentes y como causa de las mismas se ha invocado varios mecanismos; por una parte, estaría la exposición repetida del epitelio esofágico al ácido, con la consiguiente progresión de la esofagitis simple a la erosiva y el desarrollo de ulceraciones; y por otra, también se ha propuesto como causa de hemorragia los cambios producidos en la unión intercelular epitelial por la exposición química ácida repetida. (Cett 2016).

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Fernanda Gabriela Dután Ortiz; Carolina Estefanía Lema Tixi; Vanessa Viviana Vélez Vinueza; Eduardo Patricio Padilla Manzano

Tabla N° 4. Clasificación endoscópica de Los Ángeles para esofagitis

A	Una o más lesiones mucosas no mayores de 5 mm, que no comparten más de dos pliegues mucosos.
B	Al menos una lesión mucosa mayor de 5 mm, que no comparten más de dos pliegues mucosos.
C	Al menos una lesión mucosa que comparte dos o más pliegues mucosos, pero que afecta a menos del 75% de la circunferencia esofágica.
D	Una o más lesiones mucosas que afectan como mínimo al 75% de la circunferencia esofágica.

Fuente: (Cett 2016)

Estenosis

La estenosis es el resultado de la progresión de la esofagitis y expresión de su cronicidad. Es una de las complicaciones más graves y se puede presentar hasta en un 10% de los pacientes con esofagitis erosiva no tratada, si bien la patogenia no está clara, se presenta en pacientes de edad avanzada, con hipotonía del esfínter esofágico inferior (EEI), hernia hiatal, disfunción motora del esófago y reflujo biliar. La teoría más aceptada es que la exposición crónica al ácido produce erosiones y úlceras en el esófago distal, que más tarde evolucionarán a fibrosis con la consiguiente disminución de la luz esofágica.

Conclusiones.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico ERGE representa una de las enfermedades más frecuentes en las personas, la misma posee un riesgo significativo de generar morbilidad asociada, lo que implica costos sustanciales en hospitalizaciones y terapéuticas especializadas. La

prevalencia de la ERGE en la población general, representa una cuestión poco estudiada y difundida entre los profesionales de la salud.

Esta enfermedad se manifiesta cuando el contenido del estómago refluye al esófago y causa síntomas molestos o complicaciones. La esofagitis erosiva y el esófago de Barrett son sus formas más reconocidas. La evidencia disponible de la misma, concluye que las presencias de síntomas típicos no aseguran el diagnóstico de ERGE, pero también dice que no hay un estudio patrón oro para el diagnóstico de esta enfermedad hasta ahora (Consenso Latinoamericano basado en la evidencia sobre la ERGE).

Entre sus síntomas más comunes se encuentra la regurgitación, la cual se presenta en un 40-50% de los pacientes con ERGE, y es considerada un síntoma típico de ella. Otra de sus sintomatologías menos frecuentes son la disfagia, el ardor epigástrico y los llamados síntomas atípicos (dolor torácico, asma, tos nocturna) que se pueden presentar solos o asociados a los dos primeros, en frecuencias muy variables dependiendo de los estudios que hayan sido realizados.

Esta enfermedad es considerada una patología benigna. Es descrita como una patología crónica, con síntomas episódicos de variable intensidad y periodos intermitentes de remisiones. El tratamiento de los pacientes con ERGE puede dividirse en tres fases: la primera, realizar el diagnóstico y valorar la gravedad de la enfermedad; la segunda, el control precoz de los síntomas; y la tercera, elegir una conducta largo plazo, que debe tener en cuenta la patología y preferencias individuales de cada paciente.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Vol. 3, núm. 2., (2019)

Fernanda Gabriela Dután Ortiz; Carolina Estefanía Lema Tixi; Vanessa Viviana Vélez Vinueza; Eduardo Patricio Padilla Manzano

Bibliografía.

Arias, F. (2010). Paradigmas, diseño y enfoque de la Investigación Científica. España: Editorial: Luces.

Castell, R. (2017). Sintomatología y Factores que inciden en la enfermedad por reflujo Gastroesofágico. Revista Salud Integral de la Universidad de la Rioja en Colombia, 23., 10.

Cett, R. (2016). La Endoscopia como estudio Diagnóstico. Revista Médica y de Gastroenterología de IMBIOMED, 15.

Dávila, N. (2012). Paradigmas de la Investigación Científica. Pereire, Colombia: Editorial: Las Brisas.

Lauco, G. (2016). Enfermedad por reflujo Gastroesofágico. Revista Gastroenterol Hepatol, 22.

Llanos, M. (2016). Síntomas de la enfermedad por reflujo Gastroesofágico. Revista Mexicana "Cirujano General, 13.

OMS, O. M. (2017). Enfermedad por reflujo Gastroesofágico. Revista de Atención Primaria de la Habana Cuba, 12.

Renttz, C. (2015). Enfermedad por reflujo Gastroesofágico. Revista Chilena de Cirugía Gástrica, 18.

Rienat, A. (2016). La Esofagitis en la enfermedad por reflujo Gastroesofágico. Revista Salud y Gastroenterología de Buenos Aires, Argentina., 18.

Wewnt, P. (2016). Prevalencia de la enfermedad por reflujo Gastroesofágico. Salud Integral de la Universidad Autónoma de México, 15.



RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL

CC BY-NC-SA

ESTA LICENCIA PERMITE A OTROS ENTREMEXCLAR, AJUSTAR Y CONSTRUIR A PARTIR DE SU OBRA CON FINES NO COMERCIALES, SIEMPRE Y CUANDO LE RECONOZCAN LA AUTORÍA Y SUS NUEVAS CREACIONES ESTÉN BAJO UNA LICENCIA CON LOS MISMOS TÉRMINOS.