



CC

Crónicas
del congreso

Enfermedad por reflujo Gastroesofágico

Enfermedad crónica, uso de IBP/ pH-metría/ cirugía

Dra. Gretel Berenice Casillas Guzmán

NÚMERO
03
-
MES
07
-
AÑO
2022

VERACRUZ

XLVIII Curso Internacional de
Medicina Interna

Patrocinado por:



Educación
Médica



Dra. Gretel Berenice Casillas Guzmán

Postgrado en gastroenterología y endoscopia por el hospital General de México.

Adscrita al departamento de endoscopia del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional siglo XXI. Miembro de la mesa directiva de la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal.

Certificada por el Consejo Mexicano de Gastroenterología y por la Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal.

La Dra. Gretel Berenice Casillas Guzmán, especialista en gastroenterología y endoscopia, fue de las ponentes que abrieron el Curso Internacional de Medicina Interna 2022, con su ponencia sobre la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

Enfermedad por reflujo Gastroesofágico

Enfermedad crónica, uso de IBP/ pH-metría/ cirugía

Dra. Gretel Berenice Casillas Guzmán

La doctora explicó que la ERGE es la enfermedad más prevalente gastrointestinal a nivel mundial. Y mostró diversas series que muestran algunas prevalencias en EE.UU. que se calculan alrededor del 20 %, en Europa se comportan de la misma manera, mientras que en las series latinoamericanas, excluyendo México, son del 16.1 %.

“

“Nosotros tenemos un estudio, el estudio Sígueme, en donde se tomó una muestra representativa de la población en la que se incluyeron 4 mil 965 pacientes y se observó una prevalencia del 24 % de la enfermedad. De estos, 12% presentaban al menos una vez a la semana síntomas de reflujo, se asoció más al género masculino y a edad avanzada. Posteriormente en un segundo estudio se juntaron a todos los pacientes con síntomas o trastornos gastrointestinales y de estos el 40% reportaba ERGE”

”

Enfermedad por reflujo Gastroesofágico

Enfermedad crónica, uso de IBP/ pH-metría/ cirugía

Dra. Gretel Berenice Casillas Guzmán

La especialista aseguró que son pacientes que acudirán con regularidad a consulta, probablemente por otra enfermedad, Diabetes, Hipertensión, etc. Pero es muy probable que vayan a cursar con reflujo y que se tenga que diagnosticar y tratar, para que no tengan repercusiones en su calidad de vida.

Definió el ERGE como una enfermedad crónica con manifestaciones clínicas y/o paraclínicas inducidas por el ascenso del contenido gástrico por arriba de la unión gastroesofágica. Que se puede diagnosticar objetivamente por lesiones propiamente de la mucosa, la liberación de citocinas y quimiocinas que van a atraer las células inflamatorias y esto va a ser lo que genere las lesiones mucosas o por exposición anormal al ácido detectado por una monitorización de pH.

“

Bueno, decimos, se subió el ácido y tiene reflujo. Pero para que esto suceda tienen que fallar varios factores. Ahora sabemos que la unión esofagogástrica no es solo la presión del esfínter esofágico inferior, sino es una serie de factores anatómicos y funcionales que van a estar alterados para que haya este ascenso de contenido gástrico. Entre ellos, la angulación de Hiss, la presión de la crura, la condición intratorácica o intraabdominal de la unión esofagogástrica, o la secreción de saliva y bicarbonato que nos van a ayudar a la depuración esofágica y la resistencia epitelial.

”

La Dra. indicó que se ha visto que las uniones intercelulares entre pacientes con reflujo son más débiles o laxas que en pacientes con una mucosa normal, y la peristalsis por una cuestión mecánica, por una alteración, también va a favorecer alteraciones de reflujo como en pacientes con esclerodermia.

En su ponencia, la gastroenteróloga señaló que los factores agresores son relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior, la presencia de hernia hiatal, que favorece el ascenso de este contenido gástrico, una dismotilidad, reflujo duodeno gástrico y un vaciamento gástrico retardado, sobre todo en pacientes diabéticos de larga evolución, es uno de los factores que va a condicionar que haya más reflujo.

Explicó que el Consejo Montreal ha hablado desde hace muchos años sobre los síntomas o los síndromes asociados al reflujo y cuáles son asociaciones bien establecidas y cuáles son asociaciones que se han propuesto pero que su fisiopatología no se ha esclarecido del todo.

Mostró una tabla con los síndromes esofágicos: síndrome de reflujo típico, que se caracteriza por pirosis y regurgitación; síndrome de dolor torácico por reflujo. También señaló los síndromes donde ya hay lesión en la mucosa: esofagitis por reflujo, estenosis por reflujo, esófago de Barret y adenocarcinoma gástrico. E indicó las asociaciones que se han establecido y que generalmente son las más difíciles de diagnosticar cuando llega el paciente al consultorio: tos por reflujo, laringitis por reflujo, asma, erosiones dentales y aquellas asociaciones que se han propuesto pero que la evidencia no nos ha permitido diagnosticar o darle un peso específico a estas asociaciones como son: faringitis, sinusitis, fibrosis pulmonar idiopática y otitis media recurrente.

“Antes pensábamos que una persona con enfermedad por reflujo de una mucosa normal iba a pasar a una mucosa erosionada y que si dejábamos avanzar esta enfermedad iba a tener erosiones y Barret y cáncer. Ahora sabemos que no es así, ahora sabemos que los pacientes se conforman con la misma enfermedad en diferentes fenotipos: quien es no erosivo generalmente va a ser no erosivo todo el curso de la enfermedad, y quien desarrolla Barret lo va a desarrollar desde el principio de la enfermedad y así igual las complicaciones. Entonces tenemos todo un espectro de pacientes que van desde una exposición normal al ácido, hasta síntomas de reflujo, datos de erosiones o algunos que se comportan con esofagitis y aquellos que ya tienen complicaciones”

La doctora explicó que el reflujo sintomático sin lesiones en la mucosa son los que se catalogan como enfermedad de reflujo no erosiva y aquellos que ya cursan con esofagitis a los erosivos.

Indicó que las complicaciones pueden ser: úlceras, hemorragia, estenosis y Barret; y en cuanto a las manifestaciones el síndrome típico van a ser pirosis y regurgitación.

Sin embargo, muchos pacientes se van a presentar con dolor torácico, con disfagia, con tos o aclaramiento de la garganta, asma y laringitis, y es ahí donde el médico tiene que ser muy sensible para no confundir o no omitir algún diagnóstico importante.

Explicó que los síntomas típicos van a arrojar el diagnóstico con una alta especificidad: “Si yo tengo un paciente con síntomas típicos y le doy una prueba terapéutica con IBP 8 semanas, si este paciente responde y no tiene datos de alarma, pues ya, es el diagnóstico de reflujo y esto está muy bien, y ojalá así fueran todos nuestros pacientes. Sin embargo, no todos los pacientes son así y es ahí donde viene el reto diagnóstico. Esta estrategia no es recomendada para síntomas extraesofágicos por la pobre especificidad y la pobre respuesta al tratamiento, y no se recomienda ahora ya realizar series esófago gastroduodenales para el diagnóstico de reflujo”

¿Cuándo hacer un estudio endoscópico?

La Dra. Gretel indicó que cuando se tenga un dato de alarma, ya sea pérdida de peso, disfagia, hemorragia, antecedentes familiares de cáncer, vómito o anemia, más de 5 años con la sintomatología, pacientes que tienen alto riesgo de padecer Barret, por ejemplo, aquellos que tienen obesidad o tabaquismo o que son del género masculino. Aquellos a los que ya les dio tratamiento empírico con inhibidores de bomba de protones y no responden al tratamiento y aquellos que recurren a suspender el tratamiento.

Explicó que, para realizar el estudio endoscópico, lo ideal es que se suspenda el tratamiento con IBP al menos 2 semanas, idealmente 4, porque los inhibidores con bomba de protones tienen una muy buena respuesta a la curación de las lesiones mucosas, y si hay tratamiento y hay una mucosa normal no se puede saber si fue por el inhibidor de bomba de protones o porque efectivamente es un no erosivo. Entonces a los pacientes que se requiera suspender el tratamiento se les puede indicar que tomen antiácidos en ese lapso.

“Entonces se realiza el estudio endoscópico y podemos tener desde una mucosa normal, a una erosión aislada que es una esofagitis grado A de los Ángeles, esofagitis B, que es cuando hay una erosión larga, más de 5 mm, esofagitis C, cuando hay 2 pliegues afectados, menos del 75 % de la luz, esofagitis D es cuando toda la luz esofágica está erosionada, o podemos encontrar esófago de Barret, o también estenosis, úlceras, etc.”

Recomendó utilizar la clasificación de Los Ángeles para comunicarse con el endoscopista, porque es la que tiene una menor variación interobservador.

Señaló que hasta el 70% de los pacientes con enfermedad con reflujo puede tener una endoscopia con una mucosa normal, sin erosiones y entonces es ahí donde se necesita saber si el paciente no cursa con otra enfermedad.

“En todos los pacientes que tengamos una endoscopia normal, nuestro endoscopista tiene que tomar biopsias para descartar esofagitis eosinofílica (...) y si tiene esofagitis grado A, tampoco se ha

visto que sea un sinónimo de reflujo porque es un diagnóstico que los endoscopistas pueden sobrevalorar mucho, entonces puede ser una sobreestimación, o simplemente puede ser anecdótico, entonces aquí lo que debemos hacer es valorar la respuesta clínica de nuestro paciente: tiene esofagitis A, respondió IBP, tiene reflujo, sigo con el tratamiento. Pero si tiene esofagitis A y no está respondiendo bien al tratamiento, entonces tengo que corroborar que efectivamente tiene una exposición anormal al ácido y tendríamos que realizarle una monitorización de pH”

¿Cuándo debo solicitar una pH-metría?

Cuando necesito un diagnóstico definitivo, corroborar o descartar la enfermedad por reflujo. Tiene una endoscopia normal, esofagitis A y no me está respondiendo al tratamiento, o tiene una respuesta incompleta a IBP, o estoy pensando en enviarlo a cirugía, o tiene síntomas atípicos así como eructos frecuentes.

Los síntomas atípicos, sobre todo la tos, es uno de los diagnósticos que más tenemos que discernir entre enfermedad por reflujo o no. Explicó que el estudio de pH-metría nos va a ayudar a discernir y, con la pH-metría impedancia, en donde el catéter no solo tiene un sensor de PH, si no tiene varios sensores de impedancia, es la resistencia que hay al flujo de contenido intraluminal y nos va a detectar si lo que está refluendo es líquido, gas o es combinado. Nos va a decir las características del material refluído, si es un PH ácido o débilmente ácido, y nos va a permitir identificar la dirección del bolo, si es anterógrado y retrógrado, y si tiene o no alcance proximal, sobre todo para hacer la asociación con los síntomas.

“Dentro de esta gama de resultados podemos decir que tenemos una enfermedad por reflujo gastroesofágico erosiva o no erosiva diagnosticada por pH-metría, o un trastorno funcional, cuando tenemos hipersensibilidad al ácido o pirosis funcional”

En cuanto a la manometría, indicó que siempre va a ser necesaria antes de un procedimiento quirúrgico.

Abordaje terapéutico

La Dra. Casillas recordó que es común que se recomiende no comer irritantes, bajar de peso y hacer ejercicio. Y señaló el por qué:

“El control de peso mejora los síntomas de enfermedad por reflujo y eso sí está muy bien demostrado, incluso pacientes que incrementan de peso desde un índice de masa corporal normal, por ejemplo, pueden notar la exacerbación de reflujo asociado al incremento de peso.

Entonces eso se ha asociado al incremento la masa intraadominal y la presión intraadominal por la grasa. Se ha visto en estudios que una reducción del índice de masa corporal de 3.5 puntos, disminuye los síntomas hasta en el 40% de los pacientes. Entonces esta es una recomendación fuerte, sí hay que tener a los pacientes en un adecuado control de peso”

Explicó que evitar la ingesta de alimentos 2 o 3 horas antes de acostarse sí ayuda a controlar los síntomas de reflujo. Señaló que en cuanto a la dieta se deben evitar los alimentos que desencadenan los síntomas, porque se ha visto que la dieta no es un factor determinante en la curación de los síntomas, o curación de las lesiones; sin embargo, como la mucosa está lesionada, lastimada por esta reacción inflamatoria, las terminaciones mucosas intravenosas están más expuestas, hay una hipersensibilidad a los factores intraluminales que van a evocar una sensación desagradable asociada al reflujo, entonces por eso hay que evitarlos

“Lo que sí debemos evitar es la ingesta de tabaco o alcohol, sobre todo de tabaco, se ha demostrado que hay una mejoría del 44% de los síntomas en quienes suspenden el hábito de fumar contra el 18% que no lo suspenden”

También recomendó la administración 30 minutos antes del desayuno, por la eficacia para el tratamiento de los síntomas.

Aseguró que en la enfermedad no erosiva el tratamiento debe dejarse a libre demanda o intermitente, cada vez que haya síntomas o un periodo de tiempo y volver a suspender, porque ya sabemos que este paciente no está teniendo erosiones mucosas, no está teniendo una erosión en la mucosa como tal, no se recomienda sucralfato excepto en los casos de embarazo.

Se ha demostrado que la suspensión abrupta del IBPO podría desencadenar síntomas y algunos sugieren entonces que la suspensión sea gradual, y aunque la evidencia es débil.

¿Cuál es el mejor IBP para mi paciente?

“Bueno, aquí en este estudio o en esta gráfica no están Ilaprazol y Dexlansoprazol, que son un poco más nuevos que cuando se hizo este estudio, pero en realidad lo que observamos es que el porcentaje de PH intragástrico arriba de 4 que es lo que buscamos con el IBP es bastante similar en cada uno de los IBPs, aquí tenemos omeprazol, rabeprazol, lansoprazol y pantoprazol y observamos que en realidad la diferencia no es tanta entre el IBP que le demos a nuestro paciente”

Mostró estudios donde hacen algunas comparaciones entre los diferentes IBPs, en donde se observa una eficacia a las 8 semanas en la curación de las lesiones en aproximadamente el 90% de los casos.

La curación de los síntomas a las 4 semanas del tratamiento es algo que tenemos que explicarle al paciente, los síntomas van a tardar en llevar un control, más o menos con los diferentes IBPs, el mejor más o menos el 60/70 % de curación de los síntomas a las 4 semanas del tratamiento, idealmente 8 semanas y cuando existen manifestaciones extraesofágicas se esperan hasta 12 semanas de tratamiento antes de considerar suspenderlo. Entonces es importante que hagamos consciencia y se sensibilice al paciente.

Recomendó que en el caso de suspensión del tratamiento, se busque apoyo en los antiácidos: “Porque el paciente lo que quiere es que se le quite la pirosis, lo que quiere es que se le quite la regurgitación, y eso no lo va a lograr el IBP, el alivio de los síntomas solo con IBP va a ser hasta las 4 o más semanas, entonces tenemos que apoyarnos con antiácidos para el alivio sintomático, sobre todo las primeras 2 semanas, una vez que pasemos estas dos semanas podemos suspenderlos”

Mi paciente respondió al IBP ¿Se lo voy a dejar toda la vida?

La ponente recordó las recomendaciones de las guías: si tenemos una esofagitis erosiva, ya sea grado A o B, al término de las 8 semanas debemos intentar suspender el tratamiento, si hubiera una recaída, entonces necesito considerar una terapia de mantenimiento con una mínima dosis necesaria para que no haya recaída de síntomas; sin embargo, si tengo esofagitis erosiva grado C y D, el tratamiento a las 8 semanas fue satisfactorio, entonces ahí si necesito ver si hubo curación de las lesiones con una nueva endoscopia y si voy a darle terapia de mantenimiento o cirugía en el caso de gente joven.

“La recaída es cercana al 100% al suspender el IBP, por eso es que algunos sugieren suspenderlo de forma gradual, pero en esofagitis C o D, si lo suspendo puedo evolucionar a una estenosis, entonces ahí es donde tenemos que ponerlo en una balanza”

Por último, explicó que en el Centro Médico se realiza un tratamiento endoscópico para aquellos pacientes con enfermedad por reflujo sin hernia hiatal que se llama Arat. Que es un tratamiento de abrasión por frecuencia con algún plasma, y lo que se hace es una quemadura que va a producir una estenosis cicatricial, pero que esto al final va a reducir los eventos de reflujo.

VERACRUZ

XLVIII Curso Internacional
de Medicina Interna

Enfermedad por reflujo Gastroesofágico
Enfermedad crónica, uso de IBP/ pH-metría/ cirugía

Dra. Gretel Berenice Casillas Guzmán



NÚMERO

03

-

MES

07

-

AÑO

2022