



“Entendiendo la enfermedad por reflujo gastroesofágico”

M. en C. Gallardo Wong Irazú

Jefe de la Unidad de Investigación Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE

Lic. Nut. Cinthia Aurora Ogando Pardo

Estudiante de Maestría en Nutrición Clínica

Universidad del Valle de México

Correspondencia Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE

Teléfono: 56 06 05 32 ext. 112

Correo electrónico: irazugw@hotmail.com

Correo postal: Callejón Vía San Fernando No. 12, Col San Pedro Apóstol C.P. 14070, México D.F., México D.F.

Resumen

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un problema de salud pública que en occidente afecta al 20% de la población. Se caracteriza por el contraflujo patológico del contenido gástrico o duodenal por arriba de la unión esófago-gástrica y clínicamente se manifiesta como pirosis y regurgitación; otros posibles síntomas son: tos, dolor torácico, asma, sensación de globo faríngeo y disfonía. Su tratamiento incluye modificaciones en el estilo de vida, tratamiento nutricional, terapia farmacológica y, en algunos casos, cirugía.

La presencia de esta enfermedad, afecta considerablemente la calidad de vida de quienes lo padecen. Además, tiene un impacto adverso en la productividad, ausentismo laboral y la vida fuera del trabajo; por lo que el propósito de este artículo es describir las características de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y su relación con el estilo de vida.

Palabras clave: enfermedad por reflujo gastroesofágico, estilo de vida y México.

La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE), es un problema de salud pública que en occidente afecta al 20% de la población¹ y se presenta

como consecuencia del contraflujo patológico del contenido gástrico o duodenal (jugos gástricos, alimentos sólidos o líquidos) por arriba de la unión esófago gástrica ocasionando un conjunto de manifestaciones clínicas y físicas; así como, complicaciones.²⁻³

El reflujo puede ser ácido, alcalino o de volumen y fisiológicamente ocurre después de ingerir alimentos. Cuando el reflujo es excesivo y de manera constante está presente la enfermedad.⁴

La presencia de la ERGE, afecta considerablemente la calidad de vida de quienes lo padecen y además tiene un impacto adverso en la productividad, ausentismo laboral y la vida fuera del trabajo. Por lo que, el propósito de este artículo es describir las características de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y su relación con el estilo de vida. Para ello, se realizó una búsqueda electrónica de literatura científica y artículos publicados en español e inglés en Inbiomed y Medline, utilizando como palabras clave enfermedad por reflujo gastroesofágico, dieta, estilo de vida y México. Se incluyeron artículos originales, publicados in extenso en población adulta. Los datos de los estudios se organizaron para realizar una descripción de la información más relevante sobre su epidemiología, fisiopatología, métodos diagnósticos y tratamiento.

Epidemiología de la ERGE

La ERGE es un trastorno gastrointestinal frecuente, el cual es considerado un problema de salud pública debido a que afecta a gran parte de la población. En occidente afecta entre el 10 y el 20% de la población y en oriente su prevalencia es del 5.2 al 18.3%.⁵⁻⁶

Además, se estima que el 40% de los adultos refieren pirosis o regurgitación al menos una vez al mes, 20% al menos una vez a la semana y 7% diariamente. Sin embargo, en México no existen estudios epidemiológicos fiables que nos permitan conocer la verdadera prevalencia de la ERGE.

Cuadro Clínico

Los síntomas típicos de la ERGE son los gastrointestinales tales como la pirosis retroesternal (sensación de ardor o quemazón)⁴ y la regurgitación (retorno del contenido gástrico al esófago y/o a la hipofaringe)⁷ por lo que en ciertos casos se percibe el sabor agrio o amargo del ácido en la parte posterior de la garganta. Otros síntomas gastrointestinales son el dolor epigástrico, hipersalivación, eructos e hipo, asimismo el dolor torácico o retroesternal no cardíaco, las alteraciones del sueño, la tos crónica, la ronquera, el asma, la sinusitis, la laringitis y faringitis, las erosiones dentales, la fibrosis pulmonar idiopática y la otitis media son síntomas comúnmente referidos.⁸

Aunque, también puede presentarse la ERGE silenciosa, en la que existen daños en la mucosa esofágica (erosión o ulceración) en ausencia de síntomas típicos o atípicos.⁹

Patogenia

Existen diversas teorías sobre la patogenia de la ERGE, inicialmente solo consideraban los factores anatómicos, como la hernia hiatal, sin embargo con el avance científico han surgido otras teorías.

Una de ellas considera que la causa fundamental del reflujo patológico es la disfunción del esfínter esofágico inferior (EEI), otra indica que su patogenia es multifactorial, aceptándose que la ERGE es el resultado del desequilibrio entre factores defensivos (barrera antirreflujo, aclaramiento esofágico y resistencia de la mucosa) y agresivos (volumen y naturaleza del contenido refluído) al nivel de la mucosa esofágica y más

recientemente, diversos estudios han demostrado que esta enfermedad puede desarrollarse como respuesta a factores psicosociales (somatización, ansiedad o estrés prolongado) así como por factores anatómicos.⁹⁻¹¹

Complicaciones

Las principales complicaciones de la ERGE son la esofagitis, la cual se presenta hasta en el 30% de los individuos que acuden a consulta de los cuales 70% requieren tratamiento para el control de su sintomatología. Además, los pacientes sintomáticos llegan a desarrollar estenosis y metaplasia de Barrett con una frecuencia de 10% y de 4.5% a 20% respectivamente, generando costos elevados en la atención médica y en hospitalización así como un efecto negativo en la calidad de vida de quienes la padecen.¹²⁻¹⁴

Diagnóstico

El diagnóstico puede realizarse a partir de la anamnesis y la historia clínica completa en pacientes que presentan la sintomatología típica (pirosis y regurgitación).⁹

También puede diagnosticarse de manera indirecta a través de cuestionarios validados que evalúan la presencia o ausencia de esofagitis, como el cuestionario de Johnson cuya respuesta positiva en las cuatro preguntas indica una probabilidad de 85% de esofagitis erosiva o una medición alterada de pHmetría en 24 horas y el de Carlsson-Dent, que requiere un mínimo de 4 puntos para establecer el diagnóstico con una sensibilidad y especificidad de 70% y 46% respectivamente.¹⁵⁻¹⁶

Otra forma de diagnosticar la ERGE es a través de la prueba de supresión ácida, la serie esofagogastro-duodenal, la gammagrafía, panendoscopia con biopsia, pHmetría de 24 horas y manometría, Cuadro 1.¹⁷⁻¹⁹

Cuadro 1. Estudios para el diagnóstico de la ERGE

Prueba	¿Qué determina?
Prueba de supresión ácida o terapéutica empírica	<p>Detecta reflujo ácido, Recomendada para pacientes sintomáticos en quienes no existe sospecha de complicaciones por lo que no es necesario recurrir a otros estudios al desaparecer los síntomas. Se utilizan inhibidores de la bomba de protones a dosis doble (omeprazol 40 mg) observando la mejoría de síntomas.</p>
Serie esofagogastroduodenal	<p>Util para el estudio de disfagia por estenosis esofágica, esófago corto, hernia hiatal y parahiatal, más no es un estudio adecuado para el diagnóstico de esofagitis.</p>
Gammagrafía	<p>Se mide el reflujo después de la ingestión de un líquido que contiene sulfuro coloidal o tecnecio 99. Limitante: corta duración de la imagen y exposición radiactiva. Sensibilidad en la detección de reflujo gastroesofágico: 14 a 90 %. En la actualidad se usa sólo cuando no existen otros recursos.</p>
Endoscopia	<p>Procedimiento de elección para estudiar el estado anatómico y de la mucosa gastrointestinal permite obtener biopsia. Sensibilidad en el diagnóstico de ERGE: 40-60%. No tiene una buena correlación entre la intensidad o frecuencia de los síntomas de ERGE y la gravedad de las lesiones endoscópicas.</p>
Biopsia	<p>Es indispensable para el diagnóstico histopatológico. Limitante: tamaño inadecuado de la biopsia o localización de la toma de la biopsia.</p>
pHmetría de 24 horas	<p>Estándar de referencia para medir la exposición ácida. Ideal para el diagnóstico del reflujo. Mide el número de episodios de reflujo, cuántos de ellos duran más de 5 minutos, el episodio de reflujo más largo, el porcentaje de tiempo con pH menor en posición supina y de pie. Sensibilidad: 96% y especificidad del >90100%. Limitante: disponibilidad, costo, errores de determinación o registro.</p>
Manometría esofágica	<p>Mide la presión del esfínter esofágico inferior, es el método más preciso para cuantificar la resistencia del esfínter al reflujo. Sensibilidad el 58% y especificidad del 84%. Util en la evaluación pre y postoperatoria.</p>

Adaptado: Villalobos-Pérez JJ 2003, Armstrong D, Can J Gastroenterol 2005 y Secretaría de Salud 2008.

Tratamiento

El manejo de la ERGE incluye modificaciones en el estilo de vida (cambio de hábitos y dieta), terapia farmacológica y, en algunos casos, cirugía.²⁰

Las modificaciones del estilo de vida son el primer paso para tratar la ERGE en pacientes con síntomas intermitentes y medianos los cuales se pueden beneficiar de este tratamiento. Se dan recomendaciones generales para fomentar un cambio de hábitos, ver Cuadro 2 y se prescribe un tratamiento nutricio personalizado.

Cuadro 2. Modificaciones en el Estilo de vida para el control de la ERGE

Recomendaciones para el control de la ERGE
<p>Modificaciones del estilo de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir el peso (en caso de sobre peso u obesidad). • Evitar el uso de ropas que aprieten el abdomen para disminuir la presión intra-abdominal • Recostarse en posición de decúbito lateral izquierdo 2-3 horas después de las comidas para evitar la exposición ácida del estómago en el esófago. • Elevar la cabecera de la cama por lo menos 20 cm para favorecer el aclaramiento esofágico. • Evitar fumar debido a que la nicotina aumenta el reflujo. • Evitar el ejercicio extremo como el trote de largas distancias puede causar reflujo. • Evitar las bebidas alcohólicas. • Evitar medicamentos que disminuyen la presión de EEI.

Los cambios dietéticos incluyen evitar

- El paciente debe identificar los alimentos que le producen malestar eliminándolos de manera gradual de la dieta habitual.
- Agentes irritantes (cítricos, tomate rojo, picante, productos con cafeína chocolate, menta, pimienta, cebolla, cerveza, café, jugos cítricos reducen la presión del esfínter esofágico inferior.
- Alimentos que disminuyen la presión de EEI y retrasan el vaciamiento gástrico (grasas, chocolate, carminativos y alcohol)
- Evitar comidas abundantes que incrementen el volumen gástrico y por lo tanto faciliten el reflujo.
- Dieta blanda en los periodos de mayor intensidad.

Adaptado: Euler Ar 993, Feldman M 1993, Cohen S 1980, Casanueva E, 2008 y Mahan K, 2008.

El tratamiento nutricional inicia con la identificación, por parte del paciente, de los alimentos y productos (alcohol o tabaco) que le produzcan malestar y debe eliminarlos o reducir el consumo de su dieta habitual. Sin embargo; es indispensable que reciba una prescripción nutricional personalizada que le permita:

- Mejorar su calidad de vida
- Evitar el reflujo gastroesofágico y la pirosis
- Evitar el dolor y la irritación de la mucosa esofágica inflamada y
- Disminuir la erosión del esófago y la acidez de las secreciones gástricas.

La prescripción nutricional debe estar fundamentada en las necesidades de energía y nutrientes del paciente, así como también se debe considerar la calidad de los alimentos, la sensibilidad a los mismos y los gustos del paciente. Las recomendaciones nutricionales para la ERGE son las siguientes:

Energía: las necesidades energéticas de los pacientes con ERGE son variables dependiendo de su estado nutricional. El requerimiento energético es similar al de un adulto sano por lo que las necesidades energéticas pueden calcularse con la fórmula de Mifflin-St Jeor para estimar el gasto energético basal:

Hombres GER = $(10 \times \text{peso kg}) + (6.25 \times \text{talla cm}) - (5 \times \text{edad años}) + 5$

Mujeres GER = $(10 \times \text{peso kg}) + (6.25 \times \text{talla cm}) - (5 \times \text{edad años}) - 161$

Hidratos de carbono: los requerimientos de hidratos de carbono en pacientes con ERGE no se modifican, excepto cuando existen enfermedades concomitantes que requieran un aumento o reducción de los mismos como en el caso de diabetes mellitus, insuficiencia respiratoria o fibrosis quística. En pacientes con la ERGE se recomienda un aporte de 50 a 60% de hidratos de carbono del gasto energético total, predominantemente complejos y de contenido moderado de fibra en pacientes con retardo en el vaciamiento gástrico.²⁴⁻²⁵

Proteínas: no se incrementan los requerimientos de proteína, por lo que pueden consumir de 0.8-1.2 g/kg de peso por día. En algunos casos, el incremento de proteína fomenta un aumento en la presión del esfínter esofágico inferior.²⁵

Lípidos: se recomienda un aporte normal de lípidos entre el 20-30% del valor energético total, o una dieta restringida en lípidos en los periodos de mayor intensidad.²⁴

Vitaminas y nutrientes inorgánicos: generalmente estos pacientes no modifican su requerimiento de vitaminas y nutrientes inorgánicos a menos que se encuentren en un periodo posoperatorio. Por lo que en condiciones normales se recomienda cubrir el 100% de la ingestión diaria recomendada (IDR) de todos los micronutrientes.²⁴

Fibra: Los pacientes con ERGE deben consumir una dieta con un contenido adecuado de fibra dietética (soluble e insoluble) (25-30/día) de acuerdo a su tolerancia.

En los casos en que los pacientes con ERGE disminuyen su hábito tabáquico disminuyen o suprimen el consumo de alcohol, manejan el estrés, reducen y/o mantienen su peso y llevan una dieta blanda en los periodos de mayor intensidad, es posible controlar los síntomas debido a que mejora la presión del EEI, el vaciamiento gástrico y la aclaración del esófago.⁶ Sin embargo, también se ha demostrado que las modificaciones en el estilo de vida no son efectivas en todos los pacientes, se estima que solo el 30% de pacientes

responden adecuadamente.²¹

Cuando el paciente con la ERGE presenta síntomas severos o cuando no responde al tratamiento anterior; el médico debe prescribir fármacos como los inhibidores de la bomba de protones (IBP p.ej. omeprazol, lansoprazol, pantoprazol y la ranitidina) que inhiben la secreción de jugos gástricos, los antagonistas de receptor de H₂ (p. ej. cimetidina) o geles que protegen la mucosa a base de hidróxido de aluminio y/o magnesio o los procinéticos (p. ej. metoclopramida y cisaprida) que aumentan la presión del EEI.⁵

La cirugía es otra forma de tratamiento en la que el médico puede corregir el reflujo fortaleciendo la función de barrera gastroesofágica, logrando una posición intraabdominal normal del esófago o fijando el EEI.

Esta debe considerarse cuando el reflujo es de origen anatómico (hernia hiatal), cuando los síntomas no seden al tratamiento nutricional y farmacológico e interfieren con la vida del paciente y debe contraindicarse en pacientes de edad avanzada, cuando hay enfermedades concomitantes que elevan el riesgo quirúrgico, en presencia de perístasis deteriorada o ausente y cuando hay trastornos funcionales digestivos.⁸

Conclusiones

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), es un trastorno que afecta la calidad de vida de quienes la padecen por lo que es indispensable, crear conciencia a los pacientes de la importancia de no seguir una dieta, sino de cambiar estilos de vida y hacerle ver que sólo así evitará una recaída y la aparición de las complicaciones. La mejoría en los síntomas hará que se motive y continúe haciendo un esfuerzo por modificar la alimentación, cuando este cambio no mejora su condición se debe recurrir al uso de fármacos y en caso necesario a una cirugía.

Referencias

1. Locke GR 3rd, Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population-based study in Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterol* 1997; 112:1448-1456.
2. Guía Clínica de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, Academia Mexicana de Cirugía. Primera edición, México. 2004. p 7.
3. 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; 101:1900-20; quiz 1943 PubMed PMID: 16928254
4. Chang A, Lasserson T, Gaffney J, Connor F, Garske L. Tratamiento del reflujo gastroesofágico para la tos inespecífica prolongada en niños y adultos. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011 Issue 1. Art. No.: CD004823. DOI: 10.1002/14651858.CD004823.
5. Remes-Troche JM, Rodríguez-González B, Valdovinos-Díaz M. La enfermedad por reflujo gastroesofágico en México. Revisión sistemática. *Rev Gastroenterol Mex*, 2006;(71)2:151-159.
6. Hye-Kyung Jung. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease in Asia: a systematic review. *J Neurogastroenterol Motil*; 2011; 1(17):14-27.
7. Guyton A y Hall J. Tratado de Fisiología Médica. Décima edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México 2001.
8. Gómez-Escudero O, Uscanga-Domínguez L. Gastroenterología. Manual para estudio, consulta rápida y examen de la especialidad. Intersistemas editores México. 2007.
9. Chiang-Liang Lu. Silent Gastroesophageal reflux disease. *J Neurogastroenterol Motil* 2012; 18(3):236-238.
10. Kahrilas PJ. Anatomy and physiology of the gastroesophageal junction. *Gastroenterol Clin North Am* 1997; 26: 467-486.
11. Sang Pyo Lee, Kang Nyeong Lee, Oh Young Lee, Ho Soon Choi, Byung Chul Yoon, Dae Won Jun, Won Sohn and Seung Chul Cho. The Relationship between existence of typical symptoms and psychological factors in patients with erosive esophagitis. *J Neurogastroenterol Motil*, 2012; 18(3):284-290.
12. Jeffrey H, Peters JH, DeMeester TR. Esófago y hernia diafragmática. En: Scharwitz SI, Shires GT, Spencer FC, eds. Principios de cirugía, vol. I. McGraw-Hill, Interamericana editores, S.A. de C.V., 2000: p. 1157-1199.

13. Liker H, Hungin P, Wiklund I. Managing gastroesophageal reflux disease in primary care: the patient perspective. *J Am Board Fam Pract* 2005; 18:393-400.
14. Friedenberf F. GERD in Minority Populations. *Gastroenterol Hepatol* 2011;7(6):411-413.
15. Johnson F, Roth Y, Damgaard-Pedersen NE et al. Cimetidine improves GERD symptoms in patients selected by a validated GERD questionnaire. *Aliment Pharmacol Ther* 1993, 7:81-86.
16. Carlson R, Dent J, Bolling-Sternvald E, Johnsson F et al. The usefulness of a structured questionnaire in the assessment of symptomatic gastroesophageal reflux disease. *Scand J Gastroenterol* 1998; 33:1023-1029.
17. Villalobos-Pérez JJ. *Gastroenterología*. Méndez Editores. Vol. 1. Cuarta edición. México 2003.
18. Armstrong D, Marshall JK, Chiba N, Enns R, Fallone CA, Fass R, et al. Canadian Consensus Conference on the management of gastroesophageal reflux disease in adults - update 2004. *Can J Gastroenterol* 2005; 19:15-35.
19. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en el adulto; México: Secretaría de Salud; 2008.
20. Euler Ar, Murdock Rh, Wilson TH, et al: ranitidine is effective therapy for erosive esophagitis. *Am J Gastroenterol* 88:520-524,1993
21. Feldman M, Harford WV, Fisher RS, et al. Treatment of reflux esophagitis resistant to H₂- receptor antagonists with lansoprazole, a new H/K- ATPase inhibitor: a controlled, double blind study. *Am J Gastroenterol* 88:1212-1217,1993
22. Cohen S, Pathogenesis of coffee-induced gastrointestinal symptoms. *N Engl Med* 303:122-124,1980
23. Casanueva E, Kaufer-Horwitz M, Pérez-Lizaur AB y Arroyo P. *Nutriología Médica*. Ed. Médica Panamericana-FUNSALUD. México 2008. 822 p.
24. Mahan K, Escott-Stump S, Krause's Food & Nutrition Therapy. Canada, Saunders Elsevier. 2008. 1352 p. Doceava edición.
25. Pérez-Lizaur AB y Marvan-Laborde L. *Manual de Dietas normales y terapéuticas. Los alimentos en la salud y la enfermedad*. La prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V. México 2005.281