

País: Ecuador	Fecha: Agosto 2011		
Medio: Revista	Sección: Para prevenir	Positiva	Negativa
Tema: Enfermedad por reflujo gastroesofágico	Página: 4 y 5	x	

Para prevenir **Enfermedad por reflujo gastroesofágico**



INERVACION DEL APARATO DIGESTIVO

- N. vago (X)
- A. aorta
- N. laríngeo recurrente
- Arterias bronquiales del N. vago
- Tórax superior izquierdo
- N. intercostales
- Pericardio torácico de A. aorta
- Tórax superior
- Plexo esofágico anterior del N. vago
- Ganglios torácicos simpáticos
- N. esplénico mayor
- N. esplénico izquierdo
- Tórax anterior
- Diaphragma
- Arteria vagal para el conducto biliar
- Musculatura del N. vago

CAPAS DEL ESÓFAGO

- Epitelio escamoso
- Túnica propia
- Muscular submucosa
- Musculatura circular
- Musculatura longitudinal

EPITELIO ESCAMOSO DEL ESÓFAGO

Esófago inferior, Diafragma, Reflujo gastroesofágico

Normal vs **Reflujo**

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se caracteriza por un conjunto de manifestaciones clínicas y físicas debidas al ascenso del contenido gástrico e intestinal hacia el esófago que se produce cuando falla la barrera anti-reflujo cuyos síntomas más relevantes son la pirosis (sensación de dolor o quemazón retro-esternal) y la regurgitación (regreso sin esfuerzo del contenido alimentario a través del esófago a la orofaringe).

La ERGE representa el 70% de la patología esofágica y aunque no se tienen datos sobre su prevalencia a nivel local, es una causa frecuente de consulta ambulatoria. Se estima que el 44% de los adultos tiene pirosis una vez al mes, 20% una vez a la semana y 7% lo presenta una vez al día. (Leopolodo, 2004). El 27% de la población toma antiácidos más de dos veces al mes; de este grupo de población, el 95% tiene todo el cortejo sintomático del reflujo, calculándose que entre dos tercios y la mitad de los pacientes

tienen lesión endoscópica (Argüelles Arias, García Montes, & Herreras Gutiérrez, 2008).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:
Aunque el reflujo en algunas personas ocurre como un hecho fisiológico, en otras se manifiesta como un síntoma esporádico difícil de clasificarlo como enfermedad mientras que en otros pacientes la intensidad de los síntomas afecta la calidad de vida.

Los síntomas típicos son la pirosis y la regurgitación; es frecuente encontrar sintomatología respiratoria, en cuyo caso es conveniente descartar su presencia. La exploración física generalmente es negativa en los casos no complicados, en otros puede encontrarse datos de repercusión general como afecciones nutricionales o de algunos órganos que provocan alteraciones pulmonares.

SÍNTOMAS TÍPICOS	SÍNTOMAS ATÍPICOS	SÍNTOMAS DE ALARMA
Pirosis	Tos	Disfagia, odinofagia
Regurgitación	Dolor torácico	Vómito
	Asma	Anemia ferropénica
	Globo faríngeo	Hemorragia digestiva
	Disfonia	Alteración del estado general
		Pérdida de peso

Dra. Yoredy Sarmiento
Médico Cirujana del Hospital UTPL

El ascenso del contenido gástrico e intestinal hacia el esófago se produce cuando falla la barrera anti-reflujo, cuyos síntomas más relevantes son la pirosis y la regurgitación.

Ciertos alimentos (café, alcohol, comidas ricas en grasas, bebidas ácidas, etc.) suelen ser los responsables de estos síntomas; y, en algunos individuos, ciertas posiciones, agravan las molestias (inclinarse hacia adelante, acostarse).

DIAGNÓSTICO

Es fundamental establecer el diagnóstico para identificar posibles complicaciones, seleccionar la mejor terapéutica y ofrecer el mejor pronóstico a largo plazo. En pacientes jóvenes con síntomas típicos no es necesario realizar estudios complementarios a menos que se asocie con signos de alarma o cuando el tratamiento habitual no elimine los síntomas. Dentro de estos estudios se encuentran:

1. Endoscopia: evalúa la presencia de esofagitis, sin embargo, no justifica realizarla de forma sistemática; por ello, la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal recomienda realizar endoscopia en las siguientes situaciones:
 - Presencia de disfagia u odinofagia.
 - Síntomas que persisten o progresan a pesar del tratamiento.
 - Síntomas extra-esofágicos.
 - Síntomas esofágicos en pacientes inmunodeprimidos.
 - Presencia de masa, estenosis o úlceras en esofagograma previo, o síntomas de alarma.
2. Medición de pH esofágico en 24 horas: tiene alta sensibilidad y especificidad, se utiliza para confirmar la sospecha de RGE en pacientes que no responden al tratamiento empírico y presentan endoscopia normal.
3. Manometría: mide la presión del EEI y permite diferenciar entre ERGE y otros trastornos motores del esófago; ha sido considerada como una exploración imprescindible en la evaluación pre-quirúrgica de la cirugía anti-reflujo con el fin de evitar problemas de disfagia.
4. Serie gastroduodenal: Su sensibilidad y especificidad son muy bajas y en la actualidad no tiene ningún valor en el diagnóstico de la ERGE.

5. Biopsia: es útil para establecer la existencia de displasia o cáncer (esófago de Barrett).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Esofagitis por causas diferentes al reflujo	Trastornos del vaciamiento gástrico
Acalasia.	Otras enfermedades del tubo digestivo (SII).
Cáncer esofágico.	Síntomas extra-esofágicos
Estenosis del esófago.	Esófago hipersensible.
Uso de antiinflamatorios no esteroides.	

COMPLICACIONES ESOFÁGICAS COMPLICACIONES EXTRAESOFÁGICAS

Estenosis esofágica.	Asma
Esófago de Barrett.	Laringitis
Hemorragia digestiva.	Tos crónica.
Perforación esofágica	

TRATAMIENTO CLÍNICO

Aunque la evidencia científica sobre la eficacia terapéutica de medidas higiénico-dietéticas es muy limitada, se recomienda su aplicabilidad evitando los alimentos estimulantes de la secreción como picantes, alcohol, café, especias y alimentos con alto contenido de grasa, evitar gaseosas y tabaco, cenar temprano y en poca cantidad; acostarse 2-3 horas después de comer, reducir el grado de obesidad, no usar ropa apretada y levantar la cabecera de la cama 20cm.

Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) constituyen la base del tratamiento médico actual tanto a corto como a largo plazo y consigue una mayor tasa de remisión de los síntomas entre los 5-10 días de tratamiento y de la cicatrización de la esofagitis en 60% a las 4 semanas y 80% a las 8 semanas (Arce, 2008).

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La cirugía laparoscópica anti-reflujo es el procedimiento de elección (funduplicatura de Nissen) que tiene como objetivo evitar el reflujo y prevenir la progresión de la enfermedad a largo plazo, lograr una mínima morbilidad y una restitución anatómica. Consiste en reubicar el esófago distal en su posición intra-abdominal con el cierre del hiato esofágico y un mecanismo anti-reflujo. Los resultados son buenos a 5 años en un 96%, sólo el 3,5% no queda satisfecho y el 14% continúa tomando medicamentos anti secretores a largo plazo (Marzo, 2007).

Las indicaciones de cirugía en la ERGE son:

1. Falta de respuesta al tratamiento médico o requerimiento de dosis progresivas de medicamentos.
2. Regurgitación nocturna como sintoma predominante o mal controlado.
3. Menores de 50 años de edad que requieran de tratamiento ininterrumpido.
4. Falta de aceptación del tratamiento a largo plazo por costo elevado.
5. Esofagitis grado C o D.
6. Hernia hiatal grande o hernia paraesofágica concomitante.
7. Desarrollo de complicaciones a pesar del tratamiento médico bien llevado, con o sin remisión sintomática.
8. Síntomas respiratorios con o sin remisión sintomática.
9. Esófago de Barrett. †

