

MANEJO DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Resumen de Portada

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es frecuente en nuestro país. En este artículo revisaremos la evidencia disponible sobre el tratamiento no farmacológico y farmacológico, los efectos adversos asociados al uso de inhibidores de bomba de protones y los efectos de la erradicación de *Helicobacter Pylori* en pacientes con la enfermedad.

MANEJO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Autor: Dra. Carolina Huerta E., Residente Medicina Familiar PUC

Editor: Dr. Alfredo Rodríguez N., Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Fecha de la revisión: septiembre 2016

Introducción

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se define como la “condición que se desarrolla cuando el reflujo de contenido gástrico provoca síntomas molestos o complicaciones”.¹

La prevalencia en Norte América es alrededor de 27% y en Sudamérica un 23%². En Chile la prevalencia alcanza hasta un 30% aproximadamente.³

LA ERGE es una enfermedad multifactorial producida por el contacto frecuente y prolongado de contenido gastroduodenal con la mucosa esofágica. Dentro de los factores que participan está la alteración de la peristalsis esofágica (dismotilidad), relajaciones frecuentes y prolongadas o hipotonía del esfínter esofágico inferior, alteraciones a nivel diafragmático (hernia hiatal) y aumento de la gradiente de presión toracoabdominal dado por un vaciamiento gástrico anormal. No hay correlación entre la percepción de síntomas y severidad del reflujo, lo que refleja diferencias en la sensibilidad esofágica entre los pacientes.^{4,5}

El diagnóstico es clínico, basado en la presencia de síntomas típicos (pirosis y regurgitación). Frente a síntomas atípicos, duda diagnóstica, refractariedad al tratamiento o sospecha de complicaciones, se requieren exámenes complementarios (EDA, pHmetría en 24 horas c/s impedanciometría, manometría esofágica).⁶

Las metas terapéuticas son aliviar los síntomas, curar la esofagitis, evitar recurrencias/mantener remisión y prevenir complicaciones.

Manejo de ERGE

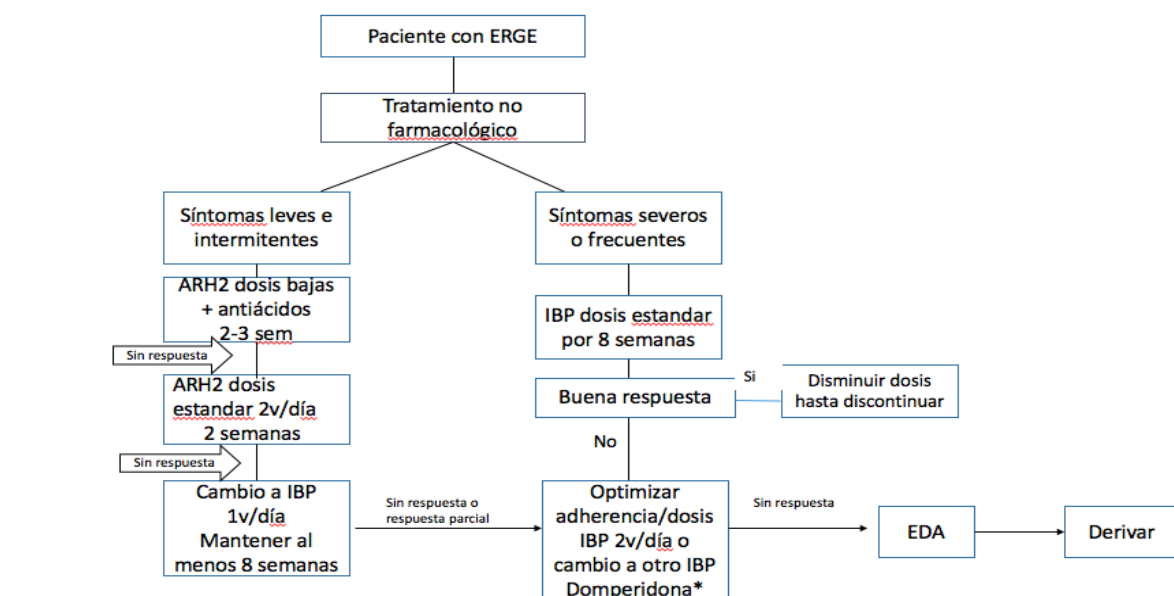
Existen distintas medidas descritas dentro del tratamiento no farmacológico. En una revisión que evalúa la efectividad de medidas no farmacológicas, se concluyó a través de los resultados de un estudio observacional, que la baja de peso disminuye los síntomas de RGE (OR 0.64 CI 95% 0.42-0.97), al igual que la suspensión de tabaco en pacientes normopeso (OR 5.67 CI 95% 1.35-23.64).⁷ Además se recomienda en la guía de práctica clínica de American College of Gastroenterology, elevar la cabecera de la cama y evitar comidas 2-3 horas antes de acostarse. La eliminación rutinaria de alimentos que pueden gatillar reflujo no está recomendado (bajo nivel de evidencia).⁶

Dentro de las alternativas de manejo farmacológico, los fármacos más usados son los inhibidores de bomba de protones (IBP) y los antagonistas de receptor H2 (ARH2). En una revisión sistemática se realizó la comparación de estos fármacos en pacientes en tratamiento empírico o con endoscopia negativa. En el outcome remisión de pirosis, los IBP fueron más efectivos que placebo (RR 0.37 IC 95% 0.32-0.44) y que ARH2 (RR 0.66 IC 95% 0.6-0.73) en pacientes en tratamiento empírico. En pacientes con endoscopia negativa también IBP fueron más efectivos que placebo (RR 0.71 IC 95% 0.65- 0.78) y más efectivos que ARH2 (RR 0.78 IC 95% 0.62-0.97).⁸

Para evaluar las diferencias entre distintos IBP, una revisión comparó el uso de esomeprazol v/s omeprazol y mostró que el esomeprazol fue marginalmente superior en disminuir la pirosis (OR 1.18 IC 95% 1.01-1.38) y en mantener el pH >4 en 24 horas (OR 1.57 IC 95% 1.04-2.38).⁹

Se recomienda el uso de IBP al menos por 8 semanas, administrado 30-60 minutos antes de las comidas, iniciando una dosis diaria antes de la primera comida del día. Si la respuesta es parcial se debe ajustar horario o, si existen síntomas nocturnos o trastorno del sueño, considerar el uso dos veces al día o cambio de IBP. En pacientes que requieren IBP a largo plazo se debe administrar la dosis más baja posible. En pacientes sin enfermedad erosiva se pueden utilizar ARH2 como terapia de mantención.⁶

Figura 1 : Algoritmo propuesto de manejo de pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico.



EDA: endoscopia digestiva alta. IBP: Inhibidores de bomba de protones ARH2: Antagonistas receptor H2.

* recomendación de experto.

Tabla 1: Dosis habituales de IBP y ARH2

Fármaco	Dosis baja	Dosis estándar
Famotidina	10 mg 2v/día	20 mg 2v/día
Ranitidina	75 mg 2v/día	150 mg 2v/día

Fármaco	Dosis Baja	Dosis estándar
Omeprazol	20 mg /día	40 mg/día
Lansoprazol	15 mg/día	30 mg/día
Esomeprazol	20 mg/día	40 mg/día
Pantoprazol	20 mg/día	40 mg/día

Dado lo frecuente y prolongado del tratamiento con IBP, es necesario tener presentes los posibles efectos adversos descritos en la literatura actual.

En una revisión publicada el 2011, que evalúa el uso de IBP y el riesgo de fractura en 10 estudios observacionales, se concluye que existe una potencial asociación entre el uso de IBP y fractura de cadera (OR 1.25 IC 95% 1.15-1.37) y vertebral (OR 1.50 IC 95% 1.31-1.72), pero la evidencia es conflictiva, inconsistente y de muy baja calidad metodológica.¹⁰

Otra revisión evaluó la asociación entre uso de IBP y aparición o progresión de lesiones premalignas gástricas y concluye que el uso de terapia de mantención con IBP puede tener mayor posibilidad de presentar hiperplasia celular tipo enterocromafin, considerada como pre carcinóide gástrico (OR 5.01 IC 95% 1.54-16.26), sin embargo la calidad de la evidencia es baja.¹¹

También se evaluó la asociación entre uso de IBP y neumonía adquirida en la comunidad. Una revisión sistemática concluyó que el uso de IBP aumentaría el riesgo de NAC (OR 1.49 IC 95% 1.16-1.92) y se asociaría a aumento de riesgo de hospitalización por NAC (OR 1.61 IC 95% 1.12-2.31), pero existe gran heterogeneidad entre los estudios, por lo que no se puede concluir respecto al riesgo de NAC asociado a IBP.¹²

En otra revisión sistemática, aunque de baja calidad metodológica, se evaluó la asociación entre uso de IBP e infección por *Clostridium Difficile* (CDI), concluyendo que existe una débil asociación (OR 1.65 IC 95% 1.47-1.85), por lo que los IBP en la población general no representa un riesgo significativo CDI, pero los resultados justifican el uso juicioso y basado en la evidencia de IBP en pacientes con alto riesgo de CDI.¹³

Por otra parte, una revisión sistemática evaluó el efecto de la erradicación de *Helicobacter Pylori* en pacientes con ERGE, concluyendo que no hay efecto del tratamiento de la infección por *Helicobacter Pylori* en los síntomas de reflujo o esofagitis. Aunque al analizar por subgrupo, en los pacientes con erradicación documentada de HP, existía una disminución estadísticamente significativa de la incidencia de síntomas de ERGE con alta calidad de evidencia (OR 0.55 IC 95% 0.35-0.87).¹⁴

Conclusiones:

La ERGE es una enfermedad frecuente en nuestro país, su diagnóstico es clínico, pero frente a duda diagnóstica se recomiendan realizar exámenes complementarios. Bajar de peso y suspender el tabaco son medidas no farmacológicas útiles. El pilar del tratamiento farmacológico son los IBP y

la evidencia demuestra que son más efectivos que los antagonistas del receptor H2 en el manejo de la pirosis. Se recomienda tratamiento al menos por 8 semanas. No hay grandes diferencias entre los distintos IBP. Existen descritos diversos efectos adversos secundarios a la terapia con IBP, pero la evidencia en general es de baja calidad, aunque se debe tener en cuenta potenciales efectos adversos frente a terapias prolongadas.

Bibliografía:

1. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence- based consensus. *Am J Gastroenterol* 2006;101:1900-20.
2. El-Serag HB, Sweet S, Winchester CC, et al. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review.. *Gut* 2014;63: 871–880.
3. Encuesta Nacional de Salud Chile 2003
4. Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico. Dra María Teresa Vergara. Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedads Digestivas 2013. Sociedad Chilena de Gastroenterología
5. Manual de Gastroenterología Clínica. Segunda Edición, Diciembre 2015. PUC
6. Katz et cols. Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol* 2013; 108:308 – 328.
7. Ness-Jensen E1, Hveem K2, El-Serag H3, Lagergren J4. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2016 Feb;14(2):175-82.e1-3.Lifestyle Intervention in Gastroesophageal Reflux Disease.
8. Sigterman KE, van Pinxteren B, Bonis PA, Lau J, Numans ME. Short-term treatment with proton pump inhibitors, H2-receptor antagonists and prokinetics for gastro-oesophageal reflux disease-like symptoms and endoscopy negative reflux disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 5. Art. No.: CD002095.
9. Asghar W1, Pittman E1, Jamali F2 Comparative efficacy of esomeprazole and omeprazole: Racemate to single enantiomer switch. *Daru*. 2015 Nov 14;23:50. doi: 10.1186/s40199-015-0133-6
10. Ngamruengphong S1.Proton pump inhibitors and risk of fracture: a systematic review and meta-analysis of observational studies.. *Am J Gastroenterol*. 2011 Jul;106(7):1209-18
11. Song H, Zhu J, Lu D. Long-term proton pump inhibitor (PPI) use and the development of gastric pre-malignant lesions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 12. Art. No.: CD010623
12. Lambert AA, Lam JO, Paik JJ, Ugarte-Gil C, Drummond MB, Crowell TA (2015) Risk of Community-Acquired Pneumonia with Outpatient Proton-Pump Inhibitor Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 10(6): e0128004. doi:10.1371/journal.pone.0128004
13. Tleyjeh IM, Bin Abdulhak AA, Riaz M, Alasmari FA, Garbati MA, et al. (2012) Association between Proton Pump Inhibitor Therapy and Clostridium difficile Infection: A Contemporary Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 7(12): e50836. doi:10.1371/journal.pone.0050836
14. Abdo M. Saad, Abhishek Choudhary & Matthew L. Bechtold (2012) Effect of Helicobacter pylori treatment on gastroesophageal reflux disease (GERD): meta-analysis of randomized controlled trials, *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 47:2, 129-135, DOI: 10.3109/00365521.2011.648955