

# GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

## Generalidades y definición

Coordinador: Dr. Jorge Pérez-Manauta

Participantes:

Dr. Miguel Ángel Serdio-Santillana

Dr. Martín Antonio-Manrique

Dr. José Miguel Valdéz-López

Dr. Eduardo Pérez-Torres

## DEFINICIÓN

Comprende las manifestaciones clínicas y/o paraclínicas inducidas por el ascenso del contenido gástrico por arriba de la unión gastroesofágica, que afectan adversamente la calidad de vida de las personas que la sufren.<sup>1-3</sup>

## GENERALIDADES

Nuestro grupo reconoce que los síntomas característicos de la ERGE son pirosis y regurgitaciones.

La falta de definición de pirosis y regurgitación ha hecho que se dificulte la identificación de la enfermedad por el paciente,<sup>3</sup> según varios estudios entre seis y ocho de cada diez personas con síntomas de ERGE nunca consultan a su médico.<sup>4,5</sup>

Se entiende como pirosis una sensación de ardor por detrás del esternón y regurgitación como la percepción del flujo del contenido gástrico hacia la cavidad oral.

No necesariamente el síntoma pirosis traduce ERGE, en un estudio en el Reino Unido con monitoreo de pH esofágico en 24 horas, sólo un poco más de 50% de los pacientes tuvieron probabilidad de presentar ERGE.<sup>5</sup>

Los métodos actuales de diagnóstico y tratamiento, así como los estudios basados en evidencia han hecho que haya un mejor conocimiento de esta enfermedad y sus complicaciones.

Los estudios poblacionales sugieren que la ERGE es una condición común con una prevalencia de entre 10 y 20% en Europa Occidental y Norteamérica, 10% en Sudamérica y 6% en Asia. En México se desconoce su frecuencia.<sup>1-3</sup>

Diecisiete estudios basados en población revelaron un incremento significativo en la prevalencia de ERGE en un periodo que abarcó de 1982 a 2005 y parece que esta tendencia se está incrementando en forma gradual.

Los estudios en Asia y Norteamérica en la misma población muestran que el ERGE se ha incrementado en estas dos partes del mundo, en cambio en dos estudios longitudinales en Suecia no encontraron un incremento de la prevalencia de ERGE.

Una evidencia indirecta sobre el incremento de la prevalencia de ERGE puede ser obtenida por la tendencia temporal de sus complicaciones conocidas (Barrett y adenocarcinoma esofágico), existe una evidencia sustancial obtenida de los estudios de registros de cáncer, que apoya la idea de que la incidencia de adenocarcinoma de esófago se ha incrementado con el tiempo. Un estudio del Instituto Nacional del Cáncer que cubre aproximadamente 26% de la población de los Estados Unidos en su base de datos encontró que de 1975 a 2001 la incidencia de adenocarcinoma esofágico se incrementó aproximadamente seis veces en la Unión Americana, de cuatro a 26 casos por millón.<sup>6</sup>

El estudio de Olmsted County, en Minnesota,<sup>7,8</sup> encontró un incremento en la incidencia de esófago de Barrett de 28 veces en un periodo de 30 años. Los estudios europeos han encontrado un incremento de 1.6 a 1.8 durante periodos de cinco años y en el Reino Unido un incremento de 1977 a 1996 de 0.2 a 1.6 en reportes endoscópico-histológicos.<sup>9</sup>

**Cuadro 1.** Clasificación de ERGE según consenso de Montreal (modificada).

Síndromes esofágicos		Síndromes extraesofágicos	
Sintomáticos	Con lesión esofágica	Asociación establecida	Asociación probable
1. Síndrome de reflujo típico.	1. Esofagitis por reflujo.	1. Tos por reflujo.	1. Faringitis.
2. Síndrome de dolor torácico.	2. Estenosis por reflujo.	2. Laringitis por reflujo.	2. Sinusitis.
	3. Barrett.	3. Asma por reflujo.	3. Fibrosis pulmonar idiopática.
	4. Adenocarcinoma esofágico.	4. Erosiones dentales por reflujo.	4. Otitis media recurrente.

## NOMENCLATURA

La mesa de trabajo considera que la nomenclatura elaborada por el grupo de consenso global de Montreal<sup>3</sup> es la que agrupa mejor la ERGE y los síndromes que la constituyen, de tal manera que inicialmente deben considerarse dos grandes apartados:

1. Síndromes esofágicos
2. Síndromes extraesofágicos (*Cuadro 1*).

Dentro de los síndromes esofágicos se deben distinguir a aquellos que cursan con sintomatología:

1. Síndrome de reflujo típico: ERGE erosiva y no erosiva.
2. Dolor torácico por reflujo.

Así como aquellos con lesión esofágica:

1. Esofagitis por reflujo.
2. Estenosis por reflujo.
3. Esófago de Barrett.
4. Adenocarcinoma esofágico.

Dentro de los síndromes extraesofágicos, deben distinguirse aquellos con asociaciones ya establecidas:

1. Síndrome de tos por reflujo.
2. Síndrome de laringitis por reflujo.
3. Síndrome de asma por reflujo.
4. Síndrome de erosiones dentales por reflujo.

Así como aquellos con asociación probable:

1. Faringitis.
2. Sinusitis.

3. Fibrosis pulmonar idiopática.
4. Otitis media recurrente.

Considera la mesa que los síntomas de reflujo que no son calificados como molestos por el paciente, no deben diagnosticarse como ERGE.

## UTILIDAD DE LAS CLASIFICACIONES CLÍNICAS: ¿DEBERÍAMOS ADOPTAR LA CLASIFICACIÓN DE MONTREAL?

Después de revisar las guías del American College of Gastroenterology 2005,<sup>10</sup> Práctica Clínica de la Asociación Española de Gastroenterología 2001,<sup>2</sup> Consenso del Grupo Mexicano para el estudio de la ERGE 2002,<sup>1</sup>

Consenso Latinoamericano de Gastroenterología 2006,<sup>11</sup> el reporte del grupo Genval 1999,<sup>12</sup> y el Consenso Canadiense sobre el manejo de la ERGE en adultos 2004,<sup>13</sup> consideramos que el consenso global basado en evidencia de Montreal 2006,<sup>3</sup> provee la mejor clasificación además de ser la más clara y mejor sustentada, por lo cual la mesa de trabajo considera que ésta debe ser aceptada.

## REFERENCIAS

1. Uscanga L, Nogueira de Rojas JR, Gallardo E, Bernal-Reyes R, González M, Ballesteros AA. Grupo Mexicano para el estudio de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Resultados del consenso del Grupo Mexicano para el Estudio de la ERGE. Asociación Mexicana de Gastroenterología. *Rev Gastroenterol Mex* 2002; 67(3): 216-23.
2. Guía Práctica Clínica: Manejo del Paciente con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología; 2001.
3. Vakil N, Van Zanten VS, Kahrilas P. Definición y Clasificación de Montreal de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico: Consenso Global Basado en Evidencia. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 1900-20.
4. Heading PC. Prevalence of gastrointestinal symptoms in the General Population: a Systematic Review. *Scand J Gastroenterol* 1999; 231(Suppl.): 3-8.

5. Moayyedi P, Axon ATR. The usefulness of the likelihood ratio in the diagnosis of dyspepsia and gastro-esophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 312-25.
6. El-Serag HB. Time trends of Gastroesophageal Reflux Disease: a systematic review. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5: 17-26.
7. Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD. Dyspepsia and dyspepsia subgroups: a population-based study. *Gastroenterol* 1992; 102: 1259-68.
8. Locke GR III, Talley NJ, Fett SL. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: population-based study in Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterol* 1997; 112: 1448-56.
9. McCormick A, Fleming DM, Charlton J. Morbidity statistics from general practice: fourth national study 1991-1992. Vol. 2005. London: Office of Population Censuses and Surveys; 1995.
10. De Vault KR, Castell DO. Update guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 190-200.
11. Cohen H, Moraes-Filho JP, Cafferata ML, et al. Consenso latinoamericano basado en evidencia sobre la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2006; 18: 349-68.
12. Dent J, Brun J, Fendrick AM, et al. An evidence-based appraisal of reflux disease management- the Genval Workshop Report. *Gut* 1999; 44(Suppl. 2): S1-S16.
13. Armstrong D, Marshall JK, Chiba N, et al. Canadian Consensus Conference on the management of gastroesophageal reflux disease in adults Update 2004. *Can J Gastroenterol* 2005; 19(1): 15-35.