

GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Diagnóstico

Coordinador: Dr. Raúl Bernal-Reyes

Participantes:

Dr. Antonio de la Torre-Bravo

Dr. Juan Carlos Ahumada-Tarín

Dr. Francisco Javier Prado-Fregoso

Dr. Sammy Tepperman-Greenspan

Dr. Guillermo Gallardo-Chavarría

¿EL CUADRO CLÍNICO ES SUFICIENTE PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DE ERGE?

No es suficiente, pero tiene una elevada probabilidad diagnóstica por lo que debe ser el método inicial en la mayoría de los casos.

Esto fue confirmado en México por el grupo de Valdovinos,¹ cuando evaluaron la utilidad del Cuestionario de Síntomas de Carlsson-Dent y lo compararon con endoscopia y pHmetría de 24 h; ellos observaron que este instrumento comparado con la pHmetría ofrece una sensibilidad (S) de 89%, especificidad (E) 23%, valor predictivo positivo (VPP) 55% y valor predictivo negativo (VPN) 62%; y comparado con endoscopia las cifras fueron S 94%, E 19%, VPP 90% y VPN 35.

Existen varios cuestionarios de síntomas que han demostrado en múltiples estudios rangos amplios de variación en las cifras de S, E, VPP, VPN y verosimilitud, lo cual puede atribuirse a que se trata de diseños, instrumentos y poblaciones diferentes; sin embargo, la mayoría de ellos son consistentes en mostrar una elevada S.

La conclusión de la mesa acerca de la utilidad diagnóstica de la intensidad y la frecuencia de los síntomas inducidos por el ERGE es que estos son pobres predictores de la presencia o intensidad de la esofagitis.

(Nivel de Evidencia 3, Grado de recomendación C)

¿QUÉ TAN ÚTIL ES LA PRUEBA TERAPÉUTICA CON IBP?

Es útil, particularmente en pacientes con síntomas típicos sin signos de alarma (pérdida de peso, disfagia, hemorragia o anemia).

Se recomienda el uso de un inhibidor de bomba de protones a doble dosis durante dos semanas.

La prueba debe considerarse positiva cuando al final se observa una mejoría sintomática de 50% o más.³

La sensibilidad de esta prueba puede variar de 69 a 92% y su especificidad de 67 a 95%, VPP 58 a 90% y VPN de 43 a 93%;⁴ esta amplitud de rango puede atribuirse a la heterogeneidad de los grupos estudiados, a los fármacos empleados y a su tiempo de uso, los cuales difieren entre un estudio y otro.

La conclusión acerca de los ensayos terapéuticos con inhibidores de la bomba de protones es que éstos son muy sensibles para auxiliar en el diagnóstico de ERGE cuando se usan a dosis altas (por ejemplo: omeprazol 20 o 40 mg dos veces por día).

(Nivel de Evidencia 2, Grado de Recomendación C)

¿EN QUÉ MOMENTO SE REQUIERE DE UN ESTUDIO ENDOSCÓPICO?

La endoscopia no se recomienda de manera inicial en todos los pacientes con síntomas típicos de ERGE por-

que hasta en 50-70% de los casos no muestra erosiones, lo cual no excluye la enfermedad.²

Debe ser usada en aquellos pacientes con signos de alarma (disfagia, odinofagia, pérdida de peso, datos de hemorragia de tubo digestivo o anemia). También en los enfermos con síntomas prolongados (más de dos años), los que fallan al tratamiento, presentan síntomas recurrentes o cambiantes, en aquellos con síntomas extraesofágicos, en quienes se planea un tratamiento quirúrgico o en quienes se requiera la confirmación o vigilancia del Esófago de Barrett.

La endoscopia nos permite identificar esofagitis en aproximadamente 50-70% de los casos de ERGE, pero la ausencia de lesiones no excluye la enfermedad y en tal caso deberá considerarse la posibilidad de la variedad no erosiva.

El grupo concluyó que el estudio endoscópico se debe realizar de inmediato en los pacientes con presencia de signos de alarma y en los pacientes sin datos de alarma, pero con historia de ERGE prolongada (mas de dos años), la realización de una endoscopia sería la mejor estrategia clínica.

(Nivel de Evidencia 2, Grado de recomendación C).

¿CUÁNDO REALIZAR UNA MONITORIZACIÓN DE PH INTRAESOFÁGICO Y CON QUÉ MÉTODO?

En pacientes con síntomas típicos y endoscopia negativa, sujetos con síntomas refractarios al tratamiento médico, con manifestaciones extraesofágicas; recurrencia de síntomas posteriores al tratamiento quirúrgico.^{5,6}

No se concluyó respecto a la indicación preoperatoria en pacientes con ERNE.

Los métodos disponibles son pHmetría de 24 horas con catéter nasal (S-74%, E-90%), sistema BRAVO de 48 horas (S-100% y E-85%).⁷

La impedancia eléctrica permite distinguir entre reflujo líquido y gaseoso, sin embargo, su utilidad real aún está por definirse.⁸

El grupo consideró que auxiliarse en un estudio de pHmetría de 24 horas para el diagnóstico de ERGE, debe ser precedido por una endoscopia que resulte negativo y de un ensayo terapéutico con inhibidores de la bomba de protones, con síntomas refractarios.

(Nivel de Evidencia 3, Grado de Recomendación C).

¿DEBERÍAMOS OLVIDARNOS DE LOS MÉTODOS RADIOLÓGICOS Y GAMAGRÁFICOS CONVENCIONALES?

Sí, porque han sido superados ampliamente por otros métodos.

El grupo concluyó que tanto la demostración fluoroscópica de episodios de ERGE cuando se realiza una seriada gastroduodenal o bien en un estudio de tipo gama-gráfico no tiene valor para el diagnóstico de RGE.

(Nivel de Evidencia 2, Grado de recomendación C).

REFERENCIAS

- Gómez-Escudero O, Remes-Troche JM, Ruiz JC, Peláez-Luna M, Schmulson MJ, Valdovinos-Díaz MA. Utilidad diagnóstica del cuestionario de Carlsson-Dent en enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). *Rev Gastroenterol Mex* 2004; 69: 1623.
- Consenso Latinoamericano de ERGE. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2006; 18: 349-68.
- Fass R, Hoffman HH, Granlnek IM, et al. Clinical and Economic assessment of omeprazol test in patient with symptoms suggestive of gastroesophageal reflux disease. *Arch Intern Med* 1999; 159: 2161-8.
- Wang HW, Huang QJ, Zheng FG, Wong MW, et al. Is Proton Pump Inhibitor Testing an Effective Approach to Diagnose Gastroesophageal Reflux Disease in Patients With Noncardiac Chest Pain?: A Meta-analysis. *Arch Intern Med* 2005; 165: 1222-8.
- Kahrilas P, Quigley EM. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: guidelines on the use of esophageal pH recording. *Gastroenterology* 1996; 110: 1982.
- Carmona R, Facha MT, Valdovinos MA. ¿Por qué se solicita la pHmetría esofágica? Comparación con las recomendaciones de la Asociación Americana de Gastroenterología para su uso correcto. *Rev Gastroenterol Mex* 1998; 63: 93.
- Pandolfino, Richter JE, Ours T, Guedino JM, et al. Ambulatory esophageal pH monitoring using a wireless system. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 740-9.