

GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Tratamiento médico II

Coordinador: Dr. Francisco Huerta-Iga

Participantes:

Dr. Jorge Arturo Vázquez-Reta

Dr. Guillermo Villarreal-García

Dr. Clovis Maroun-Marún

Dr. Felipe Zamarripa-Dorsey

¿POR CUÁNTO TIEMPO DEBEN RECIBIR LOS ENFERMOS UN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO?

Enfermedad erosiva

Para el manejo de las erosiones esofágicas se debe de tomar en cuenta el grado de la lesión encontrada durante la endoscopia.^{1,2} Para el grado A de Los Ángeles³ se sugieren cuatro semanas de IBP a dosis estándar, Omeprazol 20 mg al día o su equivalente. Para los grados B, C y D de Los Ángeles se sugieren ocho semanas de Omeprazol 20 mg al día o su equivalente.⁴

Al terminar el periodo de tratamiento se deberá vigilar al paciente con esofagitis grado A en espera de la recurrencia de los síntomas. En quienes ocurra, se deberá reiniciar el esquema de tratamiento inicial por cuatro a ocho semanas.

En los casos de los grados B, C y D y dada la alta frecuencia de recaída se sugiere continuar con el IBP a dosis estándar y vigilar al paciente con este esquema durante seis meses.⁵

El uso de medicamentos como antiácidos, procinéticos o antagonistas de los receptores H₂ no mejora la respuesta en ninguno de los grados de esofagitis y no se recomienda utilizarlos en forma individual o asociados al IBP.⁶

Enfermedad no erosiva

Para el control de los síntomas en los pacientes con enfermedad por reflujo no erosiva se recomienda el uso

de IBP a dosis estándar, Omeprazol 20 mg al día o sus equivalentes durante cuatro semanas.⁷ Los IBP son los fármacos más efectivos en el tratamiento de la ERGE tanto en el control de los síntomas a corto plazo, como en la curación de la esofagitis cualquiera que sea la gravedad, así como en el tratamiento de mantenimiento y la prevención de la recurrencia.^{6,8}

Se reconoció que la mayoría de los pacientes requieren manejo a largo plazo y que por lo tanto en la terapéutica de mantenimiento, los inhibidores de la bomba de protones deberían utilizarse con la estrategia de escalera hacia abajo, es decir, iniciar con una dosis alta y encontrar la dosis más baja, que logre los mejores resultados al más bajo costo.

(Nivel de Evidencia 2, Grado de Recomendación B).

¿CUÁL ES LA MEJOR ESTRATEGIA DE MANEJO PARA LOS ENFERMOS QUE SINTOMÁTICAMENTE RECIDIVAN?

Enfermedad erosiva

En el caso de recurrencia de los síntomas se debe reiniciar el tratamiento con IBP a dosis estándar, Omeprazol 20 mg por día o sus equivalentes, por un periodo mínimo de ocho semanas seguidas de una reducción de la dosis de IBP hasta encontrar la dosis mínima eficaz con un esquema de administración continua, intermitente o a libre demanda.

Si el paciente presenta mejoría de sus síntomas debe ser considerada la posibilidad del manejo quirúrgico.

Enfermedad no erosiva

En el caso de recurrencia de los síntomas se debe reiniciar el tratamiento con IBP a dosis estándar, Omeprazol 20 mg por día o sus equivalentes, por un período mínimo de cuatro semanas.

Si el paciente responde, debe continuar con la dosis de IBP mínima eficaz para el control de sus síntomas con un esquema de administración continua, intermitente o a libre demanda.⁹

Si el paciente no responde, se debe considerar la realización de un registro de pH esofágico ambulatorio durante 24 horas.

El grupo concluyó en este apartado que ante la recurrencia, la terapéutica con inhibidores de la bomba de protones fue considerado el tratamiento médico inicial de elección en esta circunstancia debido a su eficacia, redundando en los mejores resultados al más bajo costo.

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

¿QUÉ ESTRATEGIA DE DIAGNÓSTICO DEBO SEGUIR CUANDO HAY RECURRENCIA DE LOS SÍNTOMAS Y CÓMO DEBO TRATARLOS?

Enfermedad erosiva

En los casos de pacientes con esofagitis grados A y B en el estudio endoscópico inicial, no es necesario realizar un nuevo estudio endoscópico. Se recomienda reiniciar el tratamiento con IBP con Omeprazol 20 mg al día o su equivalente por un periodo de ocho semanas.^{10,11}

Si el paciente responde debe continuar con la dosis de IBP mínima eficaz para el control de sus síntomas con un esquema de administración continua, intermitente o a libre demanda.⁹

Si el paciente no responde, se debe considerar la realización de un nuevo estudio endoscópico para documentar el estado actual de la lesión esofágica y determinar la estrategia a seguir.

En el caso de recurrencia de los síntomas en los pacientes que presentaron grados C y D de Los Ángeles, se debe realizar una nueva endoscopia para categorizar al paciente. Si el paciente presenta erosiones se debe reiniciar el tratamiento con IBP a dosis estándar, Omeprazol 20 mg por día o sus equivalentes durante ocho semanas.¹²

Si el paciente responde, debe continuar con la dosis de IBP mínima eficaz para el control de sus síntomas con un esquema de administración continua, intermitente o a libre demanda.

Si el paciente presenta mejoría de sus síntomas debe ser considerada la posibilidad del manejo quirúrgico en acuerdo con su médico tratante.

El monitoreo endoscópico de rutina a largo plazo para la mayoría de los pacientes fue considerado inapropiado, ya que el control sintomático es un indicador aceptable de la cicatrización de la esofagitis.

(Nivel de Evidencia 2, Grado de Recomendación B).

En los pacientes que tienen lesiones endoscópicas más graves se debe realizar una nueva endoscopia para categorizar al paciente.

(Nivel de Evidencia 2, Grado de Recomendación B).

¿CUÁNDO DEBO CONSIDERAR A UN ENFERMO COMO REFRACTARIO AL TRATAMIENTO MÉDICO?

Se debe entender como refractario al tratamiento a aquel paciente que no ha tenido control de la pirosis después de un periodo de tratamiento con IBP a dosis estándar, Omeprazol 20 mg al día o su equivalente, durante cuatro semanas.^{13,14}

En esta situación se recomienda elevar la dosis del IBP con Omeprazol a 40 mg al día o su equivalente, hasta completar cuatro semanas más.

Si no se logra el control de los síntomas después de este periodo de ocho semanas de tratamiento con IBP, se deben considerar otras posibilidades de la falla como la falta del cumplimiento del paciente en la toma del medicamento, el metabolismo incompleto del medicamento, problemas de vaciamiento gástrico, reflujo no ácido, entre otros.

Se recomienda considerar la realización de estudios diagnósticos complementarios como la endoscopia, pH-metría e impedancia eléctrica intraluminal de acuerdo a la indicación en caso particular.

El grupo concluyó que el paciente refractario al tratamiento con IBP representa una entidad afortunadamente poco frecuente en el que se justifica una investigación más profunda (pHmetría, manometría) para descartar otras entidades.

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

¿CÓMO DEBO MANEJAR LAS MANIFESTACIONES EXTRAESOFÁGICAS?

Para el manejo de las manifestaciones extraesofágicas de la ERGE relacionadas efectivamente al ácido (laringitis posterior, tos crónica, asma por reflujo y erosiones

dentales) se debe utilizar IBP a dosis doble, Omeprazol 40 mg al día o su equivalente, durante 12 semanas.^{15,16}

Si el paciente mejora de sus síntomas se debe continuar con el tratamiento con la dosis de IBP mínima eficaz para el control de sus síntomas con un esquema de administración continua.

Si el paciente no mejora, se debe realizar endoscopia y de ser necesario, una pHmetría de 24 horas. Si no se logra demostrar relación de los síntomas con la presencia de reflujo ácido se sugiere estudiar otras posibilidades etiológicas.

El grupo concluyó que las opciones tanto médicas como quirúrgicas dirigidas a mejorar los síndromes extraesofágicos asociados al reflujo como la tos, laringitis, y el asma tienen un efecto incierto y sus resultados son inconsistentes.

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

REFERENCIAS

- Vakil N, Van Zanten SV, Kahrilas P, Dent, Jones R, et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: A global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 1900-20.
- Dent J, Brun J, Fendrick AM, et al. An evidence-based appraisal of reflux disease management. The Genval workshop report. *Gut* 1999; 44(Suppl2): S1-S16.
- Lundell LR, Dent J, Bennett JR, et al. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. *Gut* 1999; 45: 172-80.
- Kahrilas PJ, Falk G, Johnson D, Schmitt C, Collins D, Whipple J, et al. Esomeprazole improves healing and symptom resolution as compared with omeprazole in reflux oesophagitis patients: a randomized controlled trial. *Aliment Pharmacol Ther* 2000.
- Dent J, El-Serag HB, Wallander MA, et al. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: A systematic review. *Gut* 2005; 54: 710-7.
- Uscanga L, Nogueira JR, Gallardo E, et al. 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): 215-22.
- Lind T, Havelund T, Carlsson R, et al. Heartburn without oesophagitis: efficacy of omeprazole therapy and features determining therapeutic response. *Scand J Gastroenterol* 1997; 32: 974-9.
- Richter JE, Kahrilas PJ, Hwang C, Marino V, Hamelin B. Esomeprazole is superior to omeprazole for the healing of erosive esophagitis (EE) in GERD patients. *Gastroenterology* 2000; 118: A20.
- Talley NJ, Venables TL, Green JRB, Armstrong D, O'Kane KPJ, Gaffner M, et al. Esomeprazole 40 mg and 20 mg is efficacious in the long-term management of patients with endoscopy-negative GERD: a placebo-controlled trial of on-demand therapy for 6 months. *Gastroenterology* 2000; 118: A658.
- Fass R, Ofman JJ, Gralnek IM, et al. Clinical and economic assessment of the omeprazole test in patients with symptoms suggestive of gastroesophageal reflux disease. *Arch Intern Med* 1999; 159: 2161-8.
- Schenk BE, Kuipers EJ, Klinkenberg-Knol EC, et al. Omeprazole as a diagnostic tool in gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 1997; 92: 1997-2000.
- Vigneri S, Termini R, Leandro G, Badalamenti S, Pantalena M, Savarino V, et al. A comparison of five maintenance therapies for reflux esophagitis. *N Engl J Med* 1995; 333: 1106-10.
- Talley NJ, Armstrong D, Junghard O, et al. Predictors of treatment response in patients with non-erosive reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 24: 371-6.
- Gardner JD, Gallo-Torres H, Sloan S, et al. The basis for the decreased response to proton pump inhibitors in gastro-oesophageal reflux disease patients without erosive oesophagitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18: 891-905.
- Fass R, Achem SR, Harding S, Mittals RK, Quigley E. Review article. Supra-oesophageal manifestations of gastro-oesophageal reflux disease and the role of night-time gastro-oesophageal reflux. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20(Suppl 9): 26-38.
- Williams RB, Szczesniak MM, Maclean JC, Brake HM, Cole IE, Cook IJ. Predictors of outcome in an open label, therapeutic trial of high-dose omeprazole in laryngitis. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 777-85.