

# Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Resultados del consenso del Grupo Mexicano para el Estudio de la ERGE. Asociación Mexicana de Gastroenterología

Dr. Luis Uscanga, Dr. José Ramón Nogueira-de-Rojas, Dr. Efrén Gallardo, Dr. Raúl Bernal-Reyes, Dra. Marina González, Dr. Arturo Ballesteros-Amozurrutia y el Grupo Mexicano para el Estudio de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico \*

\* Participantes por mesa de trabajo. Mesa 1. Definición, importancia clínica y epidemiología: Dr. José Ramón Nogueira-de Rojas, Dr. Raúl Bernal Reyes, Dr. Alberto Casillas-Romo, Dr. Juan Manuel Blancas, Dr. Federico Roesch-Dietlen, Dr. Francisco Esquivel-Rodríguez, Dr. Jorge Pérez-Manauta, Dr. Tomás Gómez-Maganda. Mesa 2. Métodos de diagnóstico: Dr. Efrén Gallardo-Angulo, Dr. Ramón Carmona-Sánchez, Dr. Alfredo Güitrón-Cantú, Dr. Jorge Hernández-Ortiz, Dra. Marina González-Martínez, Dr. Aurelio López-Colombo, Dr. Arturo Ángeles-Ángeles, Dr. Ricardo Santoyo-Valenzuela, Dr. Carlos Arnaud-Carreño, Dr. Miguel Herrera-Hernández, Dr. Juan Bobadilla Díaz, Dr. Arnoldo Barrera Maldonado, Dr. Óscar Teramoto, Dr. Javier Vinageras. Mesa 3. Tratamiento: Dr. Luis Uscanga, Dr. Arturo Ballesteros-Amozurrutia, Dr. Fernando Bernal-Sahagún, Dr. Francisco Huerta-Iga, Dr. Sergio Rojas-Ortega, Dr. Hugo Barrera-Torres, Dr. Max Schmulson-Wasserman, Dra. Florencia Vargas-Vorácková, Santiago Gallo Reynoso, Gerardo Fernández Guerrero.

Correspondencia: Dr. Luis Uscanga. Asociación Mexicana de Gastroenterología, Nicolás San Juan 233, Col. Del Valle. México, D.F.

Recibido para publicación: 3 de julio de 2002.

Aceptado para publicación: 15 de agosto de 2002.

## INTRODUCCIÓN

El reflujo del contenido gástrico al esófago se presenta en todos los individuos, pero gracias al efecto neutralizante de la saliva y a los mecanismos de depuración esofágica los síntomas atribuibles a éste se observan en relativamente pocas personas. A pesar de ello, la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es uno de los padecimientos más frecuentes en la práctica médica. Encuestas realizadas en población abierta han demostrado que al menos 4 a 7% de individuos aparentemente sanos sufren pirosis de manera cotidiana y que hasta 44% la padecen al menos una vez por mes.<sup>1-3</sup> Se ha calculado que 2% de la población adulta tiene manifestaciones clínicas debidas a ERGE.<sup>4</sup> No tenemos estadísticas nacionales que nos permitan apreciar el impacto de la ERGE. Es muy probable que sea un padecimiento frecuente, subdiagnosticado y sujeto a la automedicación. En un intento por crear conciencia sobre la importancia de la ERGE en la comunidad médica, la Asociación Mexicana de Gastroenterología convocó a un grupo de especialistas interesados en los padecimientos esofágicos para integrar el grupo mexicano para el estudio de la ERGE. El primer acercamiento, una sesión de consenso celebrada durante una reunión regional de Gastroenterología en la ciudad de Zacatecas, permitió sentar las bases para trabajos futuros. En esta publicación presentamos el resultado de esta primera convocatoria.

## ¿POR QUÉ UN CONSENSO MEXICANO?

El proyecto se origina por la necesidad de adecuar las recomendaciones que otras asociaciones y grupos de expertos han hecho en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la ERGE.<sup>5-7</sup> Las condiciones de trabajo del médico mexicano son distintas. Por otro lado, la disponibilidad de recursos limita la práctica de estudios y tratamientos que plenamente justificados, pueden ser inalcanzables. La reflexión, sobre el costo-beneficio y costo-efectividad, son particularmente importantes en un entorno lleno de contrastes y carencias como el nuestro.

## ORGANIZACIÓN GENERAL

El grupo, constituido por gastroenterólogos, endoscopistas, cirujanos, anatomopatólogos y radiólogos, se dividió en tres mesas que trabajaron simultáneamente distintas áreas de la ERGE. En la uno, se discutieron la definición y los aspectos epidemiológicos. En la dos, los métodos de diagnóstico y la tres las propuestas terapéuticas. Cada uno de los grupos se organizó de tal manera que un presidente dirigiera la sesión y un secretario levantara un acta donde se harían las propuestas que al final serían discutidas y votadas por todos los participantes en una sesión plenaria.

En una primera sesión cada grupo de trabajo revisó el estado actual del conocimiento. Posteriormente se pro-

pusieron y discutieron enunciados para que finalmente, en una votación abierta, se decidiera los que debían presentarse al resto de participantes quienes en una sesión plenaria y con votación "secreta" (utilizando un sistema electrónico) aceptaban o rechazaban la moción que para efectos de consenso se consideró aceptada si al menos 80% de los participantes la apoyaban (A) y rechazada cuando al menos 80% votaba en contra (R). Los casos en los que no se alcanzó 80% se consideraron como "sin decisión" (¿). Al final de cada votación se abrió un espacio para comentarios. Algunos de éstos, que apoyan o rechazan una noción, se incluyen en esta publicación.

### ACLARACIONES IMPORTANTES

El consenso no pretendió ser una revisión exhaustiva y final de la ERGE. Intenta, en cambio, proporcionar al médico mexicano una guía práctica para el diagnóstico y tratamiento del enfermo con síntomas sugerentes de enfermedad por reflujo. Algunos puntos en los que no existió acuerdo y que requieren mayor investigación y discusión, serán objeto de nuevas reuniones y futuras publicaciones. Por último, las recomendaciones se hacen atendiendo a las posibilidades que se supone existen en nuestro medio. Es responsabilidad de cada médico elegir la que más se adapte a su entorno laboral y a las condiciones socioeconómicas de su enfermo.

### GRUPO UNO. CONCEPTO, DEFINICIÓN Y FORMAS CLÍNICAS

1. Definición. (A) Manifestaciones clínicas y/o paraclínicas inducidas por el ascenso del contenido gástrico por arriba de la unión gastroesofágica.

No ha sido fácil encontrar una definición universalmente aceptada. Se admite que el reflujo gastroesofágico es el ascenso de material gástrico a través del esfínter esofágico inferior al resto del esófago y estructuras supraesofágicas y que la ERGE son las manifestaciones clínicas y las alteraciones físicas inducidas por la presencia del material refluido. En algunos grupos agregan como componente esencial la afección a la calidad de la vida. La ERGE es una enfermedad que afecta adversamente la calidad de la vida de las personas que la sufren si bien no es una causa reconocida de letalidad.<sup>8</sup>

2. Epidemiología: (A). Es frecuente a nivel mundial en todas sus manifestaciones. En adultos se incrementa con la edad.

La mayoría de los estudios que analizan la prevalencia y la incidencia de la ERGE tienen sesgos de referencia. Las personas acuden a consulta por síntomas presumiblemente debidas al reflujo y son, por lo tanto, "enfermos". Los estudios en población "abierta" utilizando cuestionarios han demostrado que la ERGE es un padecimiento frecuente y han encontrado cifras muy congruentes entre distintos países y poblaciones. Al menos la tercera parte de la población estudiada ha presentado pirosis una vez por mes (35-44%). Estas cifras no toman en cuenta las manifestaciones extraesofágicas y desconocen la presencia real de la esofagitis, manifestación anatómica del padecimiento que sólo puede diagnosticarse mediante endoscopia.

3. Epidemiología: (A). En México se desconoce su frecuencia. Aparentemente está subdiagnosticada y la automedicación es común.

Una recomendación del grupo fue la realización de estudios en población mexicana que permitan conocer el impacto real del padecimiento.

4. Formas clínicas: (A): No es posible la clasificación en enfermedad erosiva, no-erosiva o esófago hipersensible con base en las manifestaciones clínicas.

La pirosis, como manifestación "típica" de la ERGE, se presenta en cualquiera de las variedades clínicas. La clasificación entre ERGE erosiva y ERGE no-erosiva, requiere la confirmación de alteraciones macroscópicas (erosiones) que sólo pueden apreciarse con un estudio endoscópico. La distinción tiene importancia pronóstica. La mayoría de los enfermos con ERGE no erosiva no desarrolla formas graves de esofagitis.<sup>9</sup>

5. Formas clínicas (A). Asintomática. Manifestaciones esofágicas. Manifestaciones extraesofágicas.

Se reconocen como manifestaciones típicas de origen esofágico a la pirosis y la regurgitación. La mayoría de los enfermos con manifestaciones "atípicas", extraesofágicas, refieren síntomas laringotraqueales (laringitis crónica, ronquera, tos), bronquiales (espasmo bronquial, asma), en cavidad bucal (pérdida del esmalte dentario). En algunos casos es posible encontrar complicaciones debidas al reflujo (esófago de Barrett) en personas que nunca han presentado síntomas.

6. Formas clínicas (A). Se reconocen como complicaciones esofágicas a la enfermedad de Barrett, estenosis, úlcera o hemorragia.

La frecuencia con la que estas complicaciones se presentan es variable: < 2% sangran, alrededor de 5% se presentan con úlceras y entre 1 y 20% desarrolla estenosis.<sup>10-12</sup> Los enfermos con estenosis suelen ser más viejos y cursar con hernia hiatal. Entre 10-20% de enfermos con ERGE, en quienes se practica estudio endoscópico, presentan esófago de Barrett.<sup>12</sup>

7. Formas clínicas: (A). Erosiva: evidencia macroscópica de pérdida de la continuidad de la mucosa esofágica. No-erosiva: síntomas inducidos por reflujo patológico sin evidencia de pérdida de la continuidad de la mucosa esofágica. Esófago hipersensible: índice de síntomas positivo con pHmetría y endoscopia normales.

Dos estudios son esenciales para utilizar esta clasificación de presentación clínica: a. Endoscopia para investigar la existencia de erosiones y b. pHmetría, justificada en los casos de ERGE con endoscopia normal para establecer el diagnóstico de ERGE no-erosiva (reflujo patológico) o esófago hipersensible (reflujo fisiológico con índice de síntomas positivo definido como la correlación de al menos 50% de las veces entre un episodio de reflujo ácido y la presencia de regurgitación o pirosis).<sup>13</sup>

## GRUPO 2. DIAGNÓSTICO

8. (A). La pirosis y la regurgitación son los síntomas típicos de la ERGE y están presentes en 75% de los enfermos.

La mayoría de los enfermos que se queja de pirosis y regurgitación tiene ERGE. La sensibilidad y especificidad de la pirosis, como síntoma clave en el diagnóstico de la ERGE, se ha analizado en pocos estudios. La ausencia de un método ideal de diagnóstico limita la interpretación de estos ensayos. Cuando se ha utilizado la

pHmetría como “estándar de oro” la sensibilidad y especificidad de los síntomas para establecer el diagnóstico de ERGE ha sido de 72 y 63%, respectivamente.<sup>14</sup>

9. (A). La presencia de pirosis y regurgitaciones dos o más veces por semana tiene una certeza diagnóstica del 90%.

El valor de predicción positiva o negativa de los síntomas típicos para establecer diagnóstico de ERGE varía dependiendo del método ideal de diagnóstico y no se ha determinado con absoluta certeza. Uno de los problemas clave ha sido la definición de pirosis y de regurgitación que difiere entre los estudios. El concepto es distinto entre los médicos y aún más entre los enfermos que pueden expresar como pirosis síntomas distintos. Carlsson y colaboradores han propuesto un cuestionario descriptivo para identificar personas con ERGE. En éste se define pirosis como una sensación “quemante” (ardor) que asciende desde el estómago o región inferior del tórax hacia el cuello. Utilizando como método ideal de diagnóstico la pHmetría y la endoscopia, estos autores informan para la pirosis, sensibilidad de 92%. La especificidad, sin embargo, fue de apenas 19%.<sup>15</sup>

10. (A). El uso de cuestionarios con interrogatorio directo permite identificar el mayor número de pacientes con ERGE.

Se han propuesto varios cuestionarios para mejorar la capacidad diagnóstica de la historia clínica. El diseñado por Johnson es simple y fácil de aplicar (*Cuadro 1*). En éste se requiere que los enfermos contesten de manera afirmativa las cuatro preguntas para alcanzar una probabilidad de 85% de tener esofagitis erosiva o una pHmetría anormal.<sup>16</sup> El propuesto por Carlsson y colaboradores ha sido ampliamente validado (*Cuadro 2*).<sup>15</sup> Utilizando un nivel de corte de 4 puntos (calificación máxima posi-

**CUADRO 1**  
CUESTIONARIO DE JONHSSON

---

¿Frecuentemente experimenta sensación desagradable que sube y se expande detrás del esternón?

¿Esta molestia frecuentemente se combina con sensación de quemadura o ardor en su pecho?

¿Los antiácidos mejoran estas molestias?

¿Ha tenido estos síntomas durante cuatro o más días en la última semana?

---

**CUADRO 2**  
**CUESTIONARIO DE CARLSSON PARA PERSONAS CON ERGE (> 4 PUNTOS)**

- 1.- ¿Cuál de los siguientes enunciados describe mejor el malestar principal que siente en su estómago o en medio de su pecho?  
 (5)\_\_\_ Sensación de quemadura o ardor que inicia en el estómago, o en la parte baja del pecho y que sube hacia su cuello.  
 (0)\_\_\_ Mareo o náusea.  
 (1)\_\_\_ Dolor en medio del pecho cuando traga.  
 (0)\_\_\_ Ninguna de las anteriores. Por favor describa su molestia

- 2.- De acuerdo con su respuesta anterior, escoja usted lo que mejor describe el momento en el que ocurre la molestia principal  
 (-2)\_\_\_ En cualquier momento, no mejora ni empeora con alimentos.  
 (2)\_\_\_ La mayoría de las veces, en las siguientes dos horas de haber ingerido alimentos.  
 (0)\_\_\_ Siempre a una hora específica del día o de la noche sin relación alguna con los alimentos.

- 3.- ¿Qué le sucede a la molestia principal con lo siguiente?:

	Empeora	Mejora	Sin efecto
Comida más abundante de lo normal	_____(1)	_____(1)	_____(0)
Comida muy grasosa	_____(1)	_____(1)	_____(0)
Comida picante o condimentada	_____(1)	_____(1)	_____(0)

- 4.- ¿Qué efecto tienen los medicamentos para la indigestión sobre la molestia principal?

- (0) No mejora  
 (3) Alivio en los primeros 15 minutos  
 (0) Alivio después de 15 minutos  
 (0) No aplica (no toma medicamentos para la indigestión)

- 5.- ¿Qué efecto tiene acostarse bocaarriba, agacharse o doblarse sobre su molestia principal? Marque la que mejor describa su caso.

- (0) Ninguno  
 (1) La desencadena o empeora  
 (-1) La alivia  
 (0) No sabe

- 6.- De las siguientes opciones, ¿cuál describe mejor el efecto de cargar o realizar esfuerzos sobre la molestia principal?

- (0) Ninguno  
 (1) La desencadena o empeora  
 (-1) La alivia  
 (0) No sabe

- 7.- Si algún alimento o líquido de sabor ácido se regresa a su garganta o boca ¿qué efecto tiene sobre su molestia principal?

- (0) Ninguno  
 (1) La desencadena o empeora  
 (-1) La alivia  
 (0) No sabe o no aplica (no se le regresan los alimentos o líquidos ácidos)

ble de 18) informan sensibilidad de 70% con especificidad de 46% para esofagitis.

11. (A). La endoscopia es el mejor método para evaluar daño en la mucosa.

La panendoscopia es el medio más confiable para evaluar el aspecto de la mucosa esofágica. La presencia de esofagitis confirma el diagnóstico, sin embargo, más

de la mitad de las personas con ERGE presenta endoscopias normales (forma no erosiva).

12. (A). La endoscopia está plenamente justificada en personas mayores de 50 años de edad con síntomas crónicos, enfermos con síntomas residuales o refractarios al tratamiento médico o cuando existen datos de alarma (pérdida de peso, disfagia o hemorragia de tubo digestivo).

**CUADRO 3**  
CLASIFICACIÓN DE LOS ÁNGELES

- 
- |   |   |
|---|---|
| A | Una o más lesiones de la mucosa menores de 5 mm de longitud sin afectar la cresta de dos pliegues gástricos   |
| B | Una o más lesiones de la mucosa mayores de 5 mm de longitud que afectan cuando mucho dos crestas de la mucosa gástrica                                    |
| C | Lesiones de la mucosa que afectan más de dos crestas de pliegues de la mucosa gástrica, pero que interesan menos del 75% de la circunferencia del esófago |
| D | Lesiones de la mucosa que afectan al menos 75 % de la circunferencia del esófago  |
- 

En la mayoría de los casos es posible iniciar un tratamiento médico sin estudio endoscópico. Sin embargo, ante los datos previamente señalados es indispensable realizar una panendoscopia. Se discutió, si en países con una elevada prevalencia de cáncer gástrico era pertinente indicar endoscopia antes de los 50 años de edad. No hubo consenso al respecto, dejando al juicio clínico la necesidad de dicho estudio.

13. (A). Se propone la clasificación de Los Ángeles para evaluar el daño en la mucosa esofágica.

Se consideró prudente usar la clasificación endoscópica que se está utilizando en la mayoría de los estudios clínicos controlados y que divide a la esofagitis erosiva en cuatro estadios (*Cuadro 3*).<sup>17</sup> Con esto se pretende estandarizar el lenguaje para agrupar a enfermos con características similares.

14. (¿). La radiología es útil en la evaluación del enfermo con ERGE y disfagia, en el preoperatorio y para el diagnóstico de las complicaciones postoperatorias.

No se llegó a un consenso. Se aceptó que en el enfermo con disfagia sin antecedentes de ERGE el primer estudio diagnóstico debe ser una serie esófago-gastro-duodenal; sin embargo, en los casos con historia inequívoca de reflujo, la disfagia sugiere estenosis péptica. En estos casos la endoscopia permite, además de establecer el diagnóstico, iniciar un procedimiento terapéutico. Por otro lado, la mayoría de los cirujanos consideraron innecesario el estudio radiológico para diseñar un procedimiento quirúrgico o bien para evaluar las posibles complicaciones postoperatorias.

15. (A). La pHmetría es el mejor método para evaluar reflujo gastroesofágico patológico.

La aceptación de la moción fue prácticamente unánime. Sin embargo, es necesario señalar que hasta una

cuarta parte de los enfermos con esofagitis erosiva cursa con registros de pH esofágico en límites normales. Por otro lado, los registros de pH pueden cambiar en el mismo sujeto de un estudio a otro.<sup>18</sup>

16. (A). La monitorización continua de pH esofágico (pHmetría de 24 horas) es útil para establecer el diagnóstico de ERGE no erosiva, en los casos de síntomas refractarios al tratamiento médico, en la evaluación postoperatoria de los enfermos con síntomas persistentes y en las personas con manifestaciones extraesofágicas.

El uso indiscriminado de la pHmetría en la evaluación de los enfermos con pirosis y regurgitaciones ha llevado a diversas asociaciones a racionalizar su uso. La Asociación Americana de Gastroenterología y el Colegio Americano de Gastroenterología han dictado sus propios lineamientos.<sup>19,20</sup>

17. (R). La pHmetría está indicada para evaluar reflujo biliar y para diagnosticar esofagitis.

La propuesta fue RECHAZADA. El diagnóstico de esofagitis se establece mediante endoscopia. La pHmetría convencional detecta cambios en el pH esofágico, pero sólo es útil para evaluar la exposición del esófago al ácido. La detección de reflujo biliar requiere de un equipo especial.

18. (¿). La manometría estacionaria está indicada para identificar el esfínter esofágico inferior en los enfermos en quienes se practica una pHmetría o en aquellos que serán intervenidos quirúrgicamente para descartar trastornos motores.

No se llegó a un acuerdo. La práctica correcta de una pHmetría implica la detección del esfínter esofágico inferior para colocar de manera adecuada el sensor de pH, por lo que varios de los participantes consideraron que más que un estudio adicional, la localización del esfínter esofágico inferior es parte de la monitorización del

pH. Los trastornos motores que suelen acompañar a la ERGE son mínimos y en general reversibles. Rara vez contraindican una funduplicación.

19. (A). La biopsia de la mucosa esofágica debe practicarse en los casos de ERGE complicada, para establecer el diagnóstico y seguimiento del esófago de Barrett y en los raros casos en los que se plantea un diagnóstico diferencial.

La biopsia de mucosa esofágica es de utilidad limitada en la ERGE en cualquiera de sus variedades (erosiva o no-erosiva). La correlación entre la imagen endoscópica y la histológica suele ser mala; sin embargo, debe realizarse en los casos de úlcera esofágica, estenosis o esófago de Barrett. No debe aceptarse el diagnóstico macroscópico de esófago de Barrett. Por otro lado, la detección de displasia obliga al seguimiento adecuado en los casos de metaplasia intestinal, característica histológica distintiva del esófago de Barrett.<sup>21</sup>

20. (A). La prueba terapéutica con omeprazol es útil para el diagnóstico de ERGE.

La aceptación fue marginal (86%). La discusión giró alrededor de la calidad de los estudios que han evaluado esta prueba. Se ha ensayado en enfermos con pirosis, en sujetos con síntomas dispépticos o en personas con dolor torácico. La dosis y el tiempo de administración han sido diferentes (en algunos estudios se han utilizado 40 mg dos veces al día mientras que en otros se han utilizado 20 mg dos veces al día, durante una o dos semanas), lo que hace difícil establecer comparaciones y evaluar la verdadera utilidad.<sup>22-26</sup> No obstante estos inconvenientes el panel decidió recomendar la prueba de omeprazol utilizando 20 mg antes del desayuno y cena durante dos semanas. La respuesta sintomática indicaría que en efecto, las molestias se deben al reflujo. Es importante señalar que las manifestaciones extraesofágicas suelen responder menos y en mayor tiempo que la pirosis, la regurgitación o el dolor torácico.

### GRUPO 3. TRATAMIENTO

21. (A). El objetivo es mejorar la calidad de vida de los enfermos a través de aliviar los síntomas y prevenir y tratar las complicaciones.

La calidad de vida de las personas con ERGE se ve adversamente afectada, no sólo por los síntomas atribuibles a la enfermedad, sino por el temor de sufrir otros

padecimientos más serios. El diseño de una estrategia adecuada de diagnóstico disminuye la tensión de los enfermos que, sin embargo, deben ser advertidos de que la ERGE es un padecimiento crónico-benigno, frecuentemente recidivante y costoso. Es prudente discutir el costo-beneficio de las distintas alternativas terapéuticas.<sup>27</sup>

22. (A). La estrategia terapéutica depende de la edad y la forma de presentación (erosiva y no-erosiva), del tiempo de evolución, de la presencia de complicaciones y de las condiciones generales de salud.

Todos los factores deben considerarse en la propuesta terapéutica. Sin duda un sujeto joven con esofagitis erosiva requiere un tratamiento distinto al de una persona de 60 o 70 años con ERGE y problemas de salud asociados. Tampoco es lo mismo tratar un enfermo con ERGE no erosiva, cuya evolución suele ser buena, a uno con esófago de Barrett, condición premaligna que requiere de una estrategia de vigilancia esdoscópica con toma de biopsias.

23. (A). En presencia de síntomas típicos y sin datos de alarma es posible iniciar un tratamiento médico sin la necesidad de otros estudios.

Este es un aspecto particularmente importante. Se consideran síntomas típicos a la pirosis y la regurgitación. Los datos de alarma son aquellos sugerentes de complicaciones o neoplasias (disfagia, pérdida de peso, hemorragia de tubo digestivo, hallazgos anormales en la exploración física). El tipo de tratamiento es aún motivo de controversia. Los mejores resultados, en cuanto a respuesta sintomática, se obtienen utilizando inhibidores de la bomba de protones. Se discute la dosis y el tiempo. En muchos casos la recaída es la regla. En éstos se sugiere confirmar el diagnóstico de ERGE mediante endoscopia y/o pHmetría.

24. (A). Las recomendaciones higiénico-dietéticas son de poca utilidad.

La moción fue muy discutida y aprobada por escaso margen (86%). La falta de estudios bien diseñados no permite recomendar alguna medida higiénico-dietética. El decúbito lateral izquierdo, la disminución en el consumo de ciertas bebidas (gaseosas, ácidas, vino, cerveza), condimentos (chile) y tabaco han mostrado cierto beneficio en estudios experimentales, pero su utilidad clínica no se ha comprobado.<sup>28</sup>

25. (¿). Es inconveniente evitar los alimentos y bebidas que inician o exacerban los síntomas. Se sugiere un interrogatorio cuidadoso de hábitos alimenticios.

No hubo consenso al respecto. Se mencionó que uno de los aspectos que adversamente influyen en la calidad de la vida de estos enfermos es precisamente las restricciones dietéticas. No existe una evidencia sólida que justifique un cambio en el estilo de vida; sin embargo, resulta útil tanto para el enfermo como para el médico, discutir sobre los hábitos que empeoran o inician los síntomas.

26. (¿). Los antiácidos no absorbibles no son útiles para cicatrizar la esofagitis; sin embargo, pueden usarse como una medida sintomática.

Existe poca evidencia del beneficio terapéutico de los antiácidos y del alginato. Se reconocen como los productos más usados por los enfermos que sufren ERGE o síntomas dispépticos. No cicatrizan la esofagitis y presentan ganancias marginales sobre el placebo en cuanto a mejoría sintomática.<sup>29</sup>

27. (A). Los procinéticos no son útiles como medida única. Aumentan de manera limitada la ganancia terapéutica de los bloqueadores H2 y no la modifican cuando se utilizan de manera concomitante con los inhibidores de la bomba de protones. Son útiles en presencia de alteraciones del vaciamiento gástrico asociadas a ERGE.

La mayoría de los estudios ha demostrado nula o mínima utilidad de la cisaprida en enfermos con ERGE.<sup>30-32</sup> Con la administración concomitante de cisaprida y ranitidina se obtiene un efecto terapéutico ligeramente mayor que cuando se usa ranitidina sola; sin embargo, éste es mínimo y el costo de un tratamiento combinado es mayor, sobre todo si se toma en cuenta que la mejor respuesta se ha observado utilizando 20 mg de cisaprida cuatro veces al día durante 12 semanas.<sup>30</sup>

28. (¿). La principal utilidad de los bloqueadores de los receptores H2 de la histamina es en el tratamiento de mantenimiento al intentar disminuir la dosis de los inhibidores de la bomba de protones (IBP).

No hubo acuerdo. Un grupo los propone como segunda opción de tratamiento argumentando que en algunos hospitales del sector salud sólo se cuenta con estos pro-

ductos. La utilidad de los bloqueadores H2 de la histamina se ha demostrado en varios estudios controlados. Sin embargo, requieren de más tiempo para cicatrizar las lesiones y controlar los síntomas. En combinación con los IBP logran controlar el escape ácido nocturno, fenómeno demostrado en algunos sujetos con ERGE y cuyo significado clínico se desconoce.

29. (A). Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son la mejor alternativa de tratamiento médico.

La evidencia es contundente a este respecto.<sup>33,34</sup> La inhibición del ácido es el factor más importante en el tratamiento de los enfermos con ERGE. Tanto en el control de los síntomas, como en la cicatrización de las erosiones, los IBP han mostrado ventajas sobre los inhibidores de los receptores H2 de la histamina. No se ha demostrado una clara superioridad de algún producto de primera generación cuando se comparan en dosis equivalentes (omeprazol 20 mg = pantoprazol 40 mg = lansoprazol 30 mg = rabeprazol 20 mg); sin embargo, la introducción de nuevas fórmulas con compuestos de segunda generación más potentes y de mayor duración, como el esomeprazol, ha permitido documentar diferencias clínicas significativas sobre omeprazol y lansoprazol abriendo la posibilidad de ampliar la ganancia terapéutica de los IBP. Que por otro lado, son medicamentos seguros al corto y largo plazo y en el momento actual ofrecen la mejor alternativa (costo-beneficio) de tratamiento.<sup>35-37</sup>

30. (A). La cirugía es una alternativa terapéutica a largo plazo y debe ser realizada por un cirujano calificado y experimentado.

Se insistió en que el tratamiento quirúrgico no debe limitarse a la "falla del tratamiento médico", de hecho, este grupo de enfermos (los que fallan a la inhibición del ácido) representa un verdadero reto. Algunos no tienen ERGE y sufren de pirosis funcional o de otros trastornos disfuncionales que no se van a beneficiar con una operación. Los mejores candidatos son aquellos que han respondido al tratamiento farmacológico y que por la historia natural de la enfermedad recidivan o dependen de los medicamentos. Varios estudios han analizado el costo-beneficio del tratamiento médico contra el quirúrgico al largo plazo un ejercicio que tendremos que realizar en México.<sup>38</sup>

31. (A). El tratamiento endoscópico debe limitarse al de las complicaciones.

Existen nuevas alternativas de corrección mediante técnicas endoscópicas; sin embargo, la verdadera utilidad no se ha evaluado. Por otro lado, existe poca experiencia en nuestro medio y deben considerarse como experimentales.

#### REFERENCIAS

1. Nebel OT, Forbes MF, Castell DO. Symptomatic gastroesophageal reflux: incidence and precipitating factors. *Am J Dig Dis* 1976; 21: 953-6.
2. Thompson WG, Heaton KW. Heartburn and globus in apparently healthy people. *Can Med Assoc J* 1982; 126: 46-8.
3. Locke GR, Talley NJ, Fett SL, et al. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux: a population-based study in Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterology* 1997; 112: 1448-56.
4. Wienbeck M, Barnet J. Epidemiology of reflux disease and reflux esophagitis. *Scand J Gastroenterol* 1989; 156: 7-13.
5. Carlsson R, Dent J, Watts R, et al. Gastro-Esophageal reflux disease in primary care: an international study of different treatments strategies with omeprazole. International GERD Study Group. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1998; 10: 119-24.
6. Dent J, Brun J, Fenderick AM, et al. An evidence based appraisal of reflux disease management The Genval Workshop report. *Gut* 1999; 44: S1-16.
7. DeVault KR, Castell DO. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. The Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 1434-42.
8. Glise H, Wiklund I. Measurement of the impact of heartburn and dyspepsia on quality of life. *Aliment Pharmacol Ther* 1997; 11(2): 73-7.
9. Schindlbeck NE, Klauser AG, Berghammer G, et al. Three years follow-up of patients with gastroesophageal reflux disease. *Gut* 1992; 33: 1016-9.
10. Ben Rejeb M, Bouché O, Zeitoun P. Study of 47 consecutive patients with peptic esophageal stricture compared with 3880 cases of reflux esophagitis. *Dig Dis Sci* 1992; 37: 733-6.
11. McDougall NI, Johnston BT, Kee F, et al. Natural history of reflux esophagitis: a 10 year follow-up of its effect on patient symptomatology and quality of life. *Gut* 1996; 38: 481-6.
12. Wienbeck M, Barnet J. Epidemiology of reflux disease and reflux esophagitis. *Scand J Gastroenterol* 1989; 24(Suppl): 7: 13.
13. Fass R, Fennerty MB, Vakil N. Non-erosive reflux disease. Current concepts and dilemmas. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 303-14.
14. Klauser AG, Heinrich C, Schindlbeck NE, et al. Is long-term esophageal pH monitoring of clinical value? *Am J Gastroenterol* 1989; 84: 362-6.
15. Carlsson R, Dent J, Bolling-Sternevald E, Johnsson F, Junghard O, Lauristen K, Riley S, Lundell L. The usefulness of a structured questionnaire in the assessment of symptomatic gastroesophageal reflux disease. *Scand J Gastroenterol* 1998; 33: 1023-9.
16. Johnsson F, Roth Y, Damgaard-Pedersen NE, et al. Cimetidine improves GERD symptoms in patients selected by a validated GERD questionnaire. *Aliment Pharmacol Ther* 1991; 7: 81-6.
17. 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.
18. Johnsson F, Joelsson B. Reproducibility of ambulatory oesophageal pH monitoring. *Gut* 1988; 29: 886-9.
19. DeVault KR, Castell DO. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 1435-42.
20. American Gastroenterological Association medical position statement: guidelines on the use of esophageal pH recording. *Gastroenterology* 1996; 110: 1981.
21. Koop H. Reflux disease and Barrett's esophagus. *Endoscopy* 2000; 32: 101-7.
22. Fass R, Fennerty BM, Johnson C, Camargo L, Sampliner RE. Correlation of ambulatory 24-hour esophageal pH monitoring results with symptom improvement in patients with noncardiac chest pain due to gastroesophageal reflux disease. *J Clin Gastroenterol* 1999; 28: 36-9.
23. Bate CM, Riley SA, Champman RWC, et al. Evaluation of omeprazole as a cost-effective diagnostic test for gastro-esophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 1999; 13: 59-66.
24. 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.
25. Jonhsson F, Weywadt L, Solhaug JH, et al. One week omeprazole treatment in the diagnosis of gastro-esophageal reflux disease. *Scand J Gastroenterol* 1998; 33: 15-20.
26. Bate CM, et al. Evaluation of omeprazole as a cost-effective diagnostic test for gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 1999; 13: 59-66.
27. O'Connor BJ, Provenzale D, Brazer S. Economic considerations in the treatment of gastroesophageal reflux disease. A review. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 3356-64.
28. Roundtable Discussion: lifestyle modifications and the control of GERD symptoms. *Am J Man Care* 2000; 6: S484-90.
29. Koeltz HR. Treatment of reflux esophagitis with H2 blockers, antacids and prokinetic drugs. An analysis of randomized controlled trials. *Scand J Gastroenterol* 1989; 24: 25-36.
30. Robertson CS, Evans DF, Ledingham SJ, et al. Cisapride in the treatment of gastroesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 1993; 7: 181-90.
31. Castell DO, Sigmund C, Patterson D, et al. Cisapride 20 mg b.i.d produces symptomatic relief of heartburn and related symptoms of chronic mild to moderate gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 547-52.
32. Richter JE, Long JF. Cisapride for gastroesophageal reflux disease: a placebo-controlled, double-blind study. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 423-30.
33. Chiba N, DeGara CJ, Wilkinson JM, et al. Speed of healing and symptom relief in grade II to IV gastroesophageal reflux disease. A meta-analysis. *Gastroenterology* 1997; 112: 1789-810.
34. Vigneri S, Termini R, Leandro G, et al. Comparison of five maintenance therapies for reflux esophagitis. *N Engl J Med* 1995; 333: 1106-10.
35. Caro J, Salas M, Ward A. Healing and relapse rates in gastroesophageal reflux disease treated with new proton-pump inhibitors lansoprazole, rabeprazole, and pantoprazole compared with omeprazole, ranitidine and placebo. Evidence from randomized clinical trial. *Clin Ther* 2001; 23(7): 998-1017.
36. Richter JE, Kahrilas PJ, Johanson J, et al. Efficacy and safety of esomeprazole compared with omeprazole in GERD patients with erosive esophagitis: a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 656-65.
37. Castell DO, Kahrilas PJ, Richter JE, Vakili NB, et al. Esomeprazole (40 mg) compared with lansoprazole (30 mg) in the treatment of erosive esophagitis. *Am J Gastroenterol* 2002; 97(3): 575-83.
38. Spechler S, Lee E, Ahnen D, et al. Long-term outcome of medical and surgical therapies for gastroesophageal reflux disease. Follow up of randomized controlled trial. *JAMA* 2001; 285:2331-8.



---

---

### **Fe de erratas**

Al volumen 67, número 1, enero-marzo de 2002.

En la sección de Imágenes Clínicas en Gastroenterología, página 55, en el trabajo titulado “Íleo biliar” el nombre del coautor dice: Santiago Gallo-Arriaga, debe decir: Benjamín Gallo-Arriaga.

---

---