Gobierno Federal

SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA GPC

Diagnóstico de la ESOFAGITIS POR REFLUJO en niños y adultos en los tres niveles de atención.

Guía de Referencia Rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: ISSSTE-254-12

Consejo de Salubridad General

IMSS

ISSSTE

PEMEX

DIF Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Vivir Mejor

CIE-<9 o 10>: K20 Esofagitis. K21 Enfermedad del reflujo gastroesofágico.

GPC: Diagnóstico de la esofagitis por reflujo en niños y adultos en los tres niveles de atención.

Definiciones

La regurgitación se define como el paso del contenido gástrico hacia el esófago y/o hacia la boca "sin esfuerzo alguno" es decir, no hay contracción del diafragma; es el regreso involuntario hacia la boca, de comida o secreciones previamente deglutidas. La regurgitación es la manifestación más frecuente y común de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

La enfermedad por reflujo se manifiesta de diferentes formas:
Esofagitis erosiva, esofagitis no erosiva, Pirosis funcional.
La enfermedad por reflujo Gastroesofágico se define como el proceso manifestado por:
*Síntomas digestivos: regurgitaciones, pirosis, vómito, disfagia, odinofagia, hematemesis, dispepsia, trastornos nutricionales, disminución ponderal.
*Síntomas extraesofágicos: apnea, cianosis, sibilancias, estridor, tos crónica, asma, bronquiolitis, neumonía, laringotraqueitis, Crup, trastornos de la fonación, otitis, dolor torácico, escurrimiento nasal posterior, deterioro del esmalte dentario.

Generalidades

En un trabajo presentado y referido por el autor comenta que en un grupo de 365 pacientes con obesidad y con ERGE, 20% tuvieron manifestaciones esofágicas típicas y 80% de manifestaciones extraesofágicas.de acuerdo a su patrón histológico (epitelioide, de células alargadas, esclerosante, mixoide, quístico, en empalizada, pericitomatoso y pleomórfico). Se presenta con mayor frecuencia entre 1 y 4 años,tienden a predominar en hombres en una relación 3:1.
La exposición ácida anormal en el esófago ocurre en 73% de los pacientes con manifestaciones extraesofágicas.

El diagnóstico de esta enfermedad se puede obtener con diferentes procedimientos, sin necesidad de realizar toda la batería de estudios de gabinete y laboratorio que se cuenta para el estudio del reflujo gastroesofágico.

Cuadro Clinico

Los síndromes esofágicos de la ERGE se caracterizan por la presencia de síntomas típicos pirosis y regurgitaciones, e incluso dolor torácico o asociados a lesiones esofágicas como: erosiones,estenosis, Barrett y adenocarcinoma.

En niños de forma menos habitual se relaciona el reflujo con procesos respiratorios agudos y crónicos como tos, disfonía, apnea, otitis, sinusitis, laringitis, neumonía, asma, fibrosis quísticas, trastornos neurológicos como PCI, alteraciones del esmalte dentario, síndrome pierde proteínas, neuroconductuales, como rumiación y síndrome de Sandifer.
Las manifestaciones extra-esofágicas más comunes son tos (38%), dolor torácico (30%), disfonía (22%), asma (5%), escurrimiento nasal posterior (5%).
Al parecer el 46% de todas las apneas están relacionadas con episodios de reflujo.
Se ha observado que la pobre calidad de sueño está relacionada a un gran número de eventos de reflujo mediante Ph-metría.

Etiopatogenia

Los tres mecanismos más importantes que condicionan la incompetencia de la barrera anti-reflujo son: 1) Las relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior, 2) la hipotensión del esfínter esofágico inferior, y 3) la alteración anatómica de la unión condicionada por la presencia de hernia hiatal.

La obesidad es un factor de riesgo para la enfermedad por reflujo gastroesofágico. El número de episodios de reflujo se incrementó en forma significativa conforme aumentó el índice de masa corporal.

Es conveniente dejar el tabaquismo, pues se ha demostrado que en las personas que han fumado diariamente por más de 20 años, se observa un incremento de los síntomas de reflujo gastroesofágico.El diagnóstico definitvo es histopatológico.

Aunque no hay estudios concluyentes, se ha demostrado que la ingesta en exceso de cítricos, bebidas carbonatadas, café, cafeína, chocolate, cebolla, especies, comidas ricas en grasas, menta, yerbabuena, alimentos salados y la fibra de algunos tipos de pan, pueden estar relacionados con el reflujo.

Diagnóstico

El cuestionario de Carlsson Dent se aplica en pacientes que pueden recibir tratamiento primario con bomba de protones en casos de reflujo gastroesofágico. Cuando se tiene más de cuatro puntos es positivo. Sin embargo el consenso es que no es una herramienta fidedigna y mesurable para determinar la enfermedad por reflujo. Tiene una sensibilidad del 70%,y especificidad del 46%.

Como prueba terapéutica se recomienda tratamiento empírico con inhibidores de bomba de protones con una dosis estándar por 2 a 4 semanas.

Los estudios radiográficos son útiles para visualizar defectos anatómicos como: Presencia de hernia hiatal, anillos, estrecheces, pero no es útil para valorar el reflujo ni la esofagitis.

La radiología y la centellografía no están indicadas para paciente pediátrico, la aplicabilidad de estas técnicas es limitada. Especialmente en niños debido a la exposición a la radiación.

Con endoscopia la especificidad es superior al 90%, la sensibilidad muy baja del 40 al 60%.

La clasificación de los Ángeles es la más aceptada desde el punto de vista endoscópico para graduar las lesiones de la mucosa del esófago distal y clasificar la gravedad de la esofagitis.

No se debe realizar una endoscopia para confirmar o descartar esofagitis, cuando los síntomas típicos de pirosis y regurgitación son predominantes.

Es recomendable que los médicos endoscopistas del segundo nivel de atención puedan estar capacitados en el uso de la magnificación, aplicación de colorimetría tanto química como virtual(NBI y FICE).

Uno de los objetivos en la enfermedad por reflujo gastroesofágico es la detección de una de sus complicaciones más importantes: el esófago de Barrett, el cual es el factor de riesgo más importante para desarrollar el adenocarcinoma esofágico

Otros Estudios Endoscopicos.

Existe una cápsula endoscópica esofágica, tiene dos cámaras, una en cada extremo, lo cual permite observar mejor el esófago,tiene una duración de 30 minutos.

El uso de la cápsula endoscópica para el estudio de la patología esofágica no es el estudio adecuado debido al rápido tránsito esofágico, y poco tiempo de fotografía que permite el dispositivo, y dificultad para visualizar la parte final del esófago además de la imposibilidad para tomar muestras para el estudio histológico sobre todo en los casos en que se sospecha esófago de Barrett.

El esófago de Barrett es una complicación del reflujo gastroesofágico, que se aprecia en los pacientes con larga historia de síntomas, por lo que se recomienda en estos pacientes tomar biopsias y detectar si hay metaplasia intestinal o metaplasia gástrica.

Manometría

La manometría esofágica se realiza frecuentemente antes de la cirugía para identificar las posibles contraindicaciones como la presencia de acalasia o definir el tipo de funduplicatura de acuerdo a la motilidad esofágica. Sin embargo no hay apoyo en la literatura en que se utilice en forma rutinaria antes de la cirugía.

No está indicada la manometría como estudio rutinario en el manejo del paciente con ERGE.

Ph-Metría

Las indicaciones para realizar la Ph-metría son:
1) Los pacientes con síntomas indicativos de reflujo que no responden al tratamiento empírico con IBP y sin esofagitis.
2) Pacientes con síntomas indicativos de reflujo sin esofagitis o con respuesta insatisfactoria a los IBP en dosis elevada en los que se contempla la cirugía antireflujo.
3) Pacientes con síntomas extraesofágicos que no responden a los IBP.
4) Pacientes en los que a pesar de la cirugía persisten los síntomas de reflujo gastroesofágico.

Impedancia Esofágica

La impedancia mide:
La composición del contenido en el esófago. (gas, líquido, mixto)
Extensión proximal del reflujo (en caso de reflujo líquido).
Contenido:Ácido (Ph por debajo de 4)
No ácido (ph<1 unidad manteniéndose por arriba de 4.
Ácido menor (ph>1 unidad manteniéndose por encima de 4)
Reflujo (baja el ph mientras éste se encuentra previamente por debajo de 4)

Otros Estudios.

Lo más avanzado en tecnología endoscópica es la endomicroscopía láser confocal que permite el estudio de la mucosa a nivel celular y subcelular. Utiliza el láser de argón, permite la toma de muestras para histopatología, así como realizar tinciones de los tejidos, y estudia todo el espesor de la mucosa.

El Bilitec, es un espectofotómetro portátil que tiene la capacidad de detectar bilis independientemente del pH de la solución.

Prueba de perfusión de ácido de Bernstein, consiste en instilar a través de una sonda en el esófago, ácido clorhídrico al 0.1 N alternando con solución salina sin que se percate el paciente. Se considera positiva si los síntomas se reproducen durante el paso del ácido. Tiene menor sensibilidad y especificidad que la medición del pH intraluminal. Propiamente en desuso.

La cetellografía nuclear es útil en el diagnóstico de reflujo para observar si hubo reflujo a las vías respiratorias. No es recomendable como rutina de evaluación en el paciente pediátrico con enfermedad por reflujo.
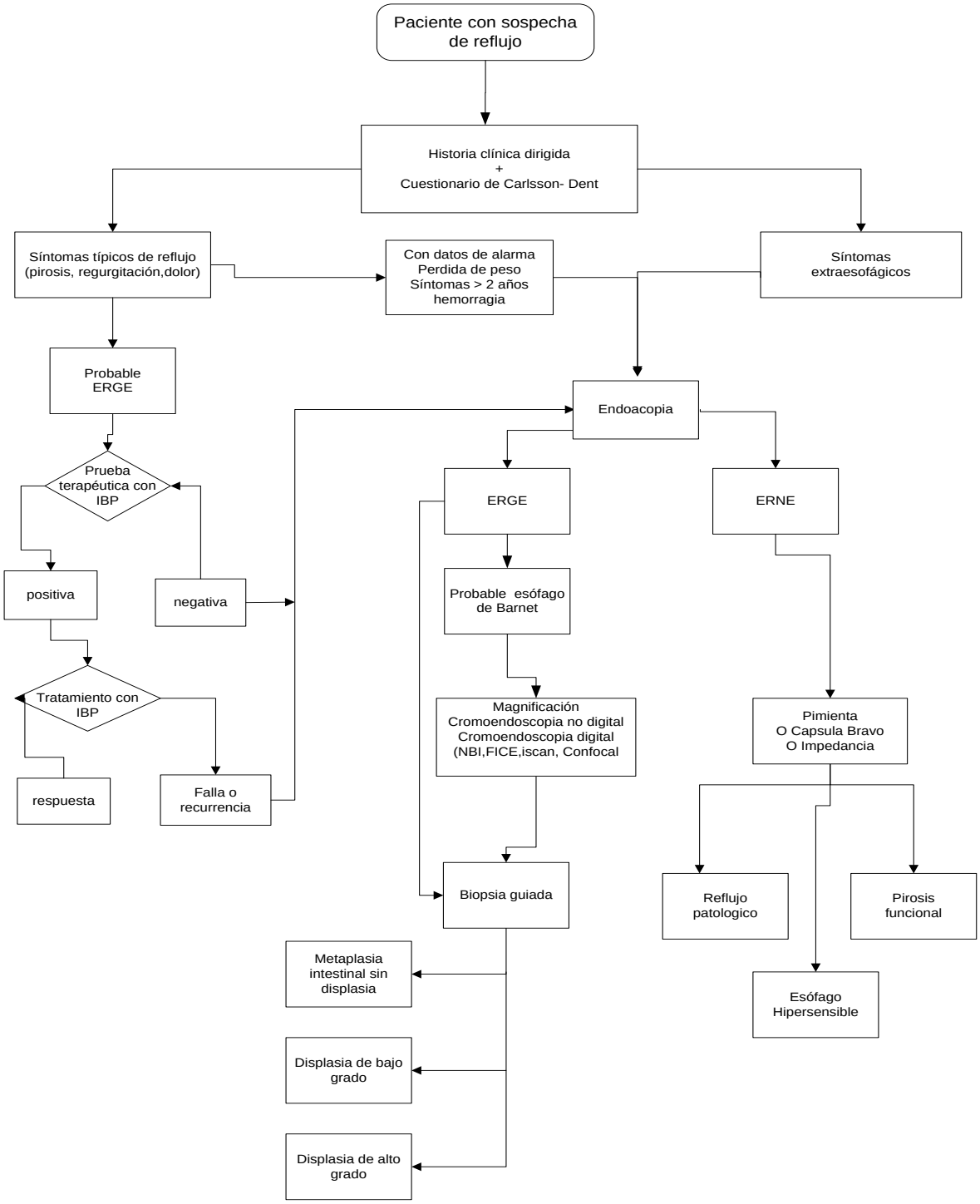
Diagrama de Flujo 1.