

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:
V. F. Moreira y A. López San Román
Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Manifestaciones extradigestivas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico

En el año 2006 se propuso una nueva definición (llamada de Montreal) de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE): "Afección que aparece cuando el paso del contenido del estómago hacia esófago produce síntomas molestos y/o complicaciones", es decir, el paso anormal del contenido gástrico (muy ácido), hacia el esófago, produce síntomas con o sin lesión inflamatoria de la capa interna del esófago (esofagitis). Los típicos de ERGE son: pirosis (sensación de quemazón o ardor en el pecho detrás del esternón) y/o regurgitación (sensación de retorno del contenido gástrico a faringe y boca). La ERGE es un problema de salud frecuente en el mundo desarrollado. Pirosis diaria la tienen alrededor del 3% de los adultos y el 30% la sufren al menos una vez al mes.

La ERGE es benigna, pero los pacientes tienen peor calidad de vida, por sus síntomas, que la población general. Pueden aparecer síntomas acompañantes como náuseas, eructos, hipo, sialorrea (salivación excesiva), sensación de nudo (o globo) en garganta. Pero también pueden aparecer síntomas o signos de alarma, por ejemplo disfagia (dificultad al tragar por estrecheces en esófago), vómitos persistentes, anemia, hemorragia digestiva y pérdida de peso no intencionada. La ERGE es crónica, con intensidad y frecuencia variables y en los casos leves con periodos intermitentes de remisión más o menos largos. La pirosis y regurgitación en ausencia de síntomas y signos de alarma, se pueden tratar con antisecretores tales como inhibidores de la bomba de protones (IBP) como por ejemplo omeprazol, sin necesidad ineludible de pruebas complementarias (endoscopia, pH-metría, etc.) que reafirmen el diagnóstico.

A veces la ERGE provoca manifestaciones extradigestivas, que acompañan o no a las digestivas, y en este último caso hace más difícil el diagnóstico, agravado por el hecho de que tanto la endoscopia como la pH-metría (medir objetivamente el reflujo mediante la colocación en esófago de un catéter durante 24 horas que mide el reflujo ácido gástrico), pueden estar dentro de la normalidad.

Entre las manifestaciones extradigestivas, merecen algún comentario las siguientes:

DOLOR TORÁCICO DE POSIBLE ORIGEN NO CARDIACO (DTNC)

El dolor torácico es un síntoma frecuente y un 50% de pacientes con dolor torácico no padecen enfermedad cardíaca. Son varias las causas del "DTNC", la más frecuente la ERGE (60%). El resto se reparte en trastornos motores de esófago, hipersensibilidad en esófago, alteraciones neuromusculares y causas psicológicas. La "prueba de los IBP" (tratamiento con IBP a dosis altas y comprobar su eficacia) tiene una indudable aplicación en pacientes con DTNC y sospecha de ERGE, ya que es fácil, cómodo, sensible y barato. El tratamiento de mantenimiento con IBP suele eliminar los síntomas y evitar su reaparición.

LARINGITIS (DISFONÍA, RONQUERA)

El reflujo gástrico es causa de patología laríngea (disfonía, ronquera) a veces incluso sin pirosis o regurgitación. El médico otorrinolaringólogo por laringoscopia suele observar irritación posterior en la laringe ("laringitis posterior"). La inhi-

bición de ácido con dosis altas de IBP entre 1-3 meses es una buena prueba diagnóstica (endoscopia y pH-metría suelen ser normales). La laringitis por reflujo se sospecha por síntomas acompañantes de pirosis y/o regurgitación (sospecha fácil) o cuando hay "laringitis posterior". El tratamiento durante al menos 3 meses con doble dosis de IBP (antes de desayuno y cena), es eficaz en un notable número de casos. En los no respondedores (persisten los síntomas), se recomienda pH-metría de 24 horas sin dejar el tratamiento con los IBP. Si la pH-metría demuestra que el tratamiento controla el ácido, existen métodos para evaluar otras posibles causas de laringitis como el reflujo alcalino.

TOS CRÓNICA

La tos crónica es causa frecuente de consulta. En pacientes no fumadores no tratados con inhibidores de angiotensina (fármacos que bajan la tensión sanguínea), que no tienen goteo nasal posterior, ni asma y con radiografía de tórax normal, la causa más frecuente de tos crónica es la ERGE (20% del total de pacientes con tos crónica). Los pacientes pueden tener síntomas de reflujo (pirosis, regurgitación), pero la mitad no tiene estos síntomas típicos de ERGE, lo que hace más complicado el diagnóstico. La endoscopia suele ser normal y la pH-metría suele ser patológica. Es útil la "prueba de los IBP" durante 3 meses. Si es positiva (el paciente elimina o al menos mejora sustancialmente la tos) es un buen indicador de que el paciente responderá al tratamiento con IBP a dosis dobles durante unos 6 meses. Se puede dejar la medicación y mantener los consejos dietéticos para disminuir el reflujo (comer poco y más a menudo, acostarse al menos unas dos horas después de la cena y evitar alimentos y bebidas que favorecen el reflujo como chocolate, grasas de cerdo, bebidas alcohólicas, etc.).

ASMA

Estudios en la población general demuestran una clara asociación entre ERGE y asma, aunque no es tan evidente que el reflujo sea causa de asma. Sin embargo, más de la mitad de pacientes asmáticos tienen pirosis y el tratamiento con IBP mejora este síntoma típico de la ERGE y además algunos pacientes asmáticos mejoran también de sus síntomas respiratorios.

Por tanto, ante posibles manifestaciones extradigestivas es conveniente realizar tratamiento antirreflujo (generalmente con dosis dobles de IBP, entre 3-6 meses) y si se consigue una mejoría significativa de los síntomas (tos, asma, ronquera, etc.), plantearse entonces la posibilidad de tratamiento de mantenimiento con IBP a dosis habituales o bien intervención quirúrgica antirreflujo por laparoscopia, aunque antes de tomar esta última decisión sea muy recomendable demostrar objetivamente la existencia de reflujo mediante pH-metría de 24 horas.

J. Monés Xiol

Departamento de Gastroenterología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universidad Autónoma. Barcelona