

# Enfermedad por reflujo gastroesofágico

## Clínica y tratamiento

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es un problema de salud muy frecuente. Si bien en España no abundan los estudios realizados en población general, los datos de otros países apuntan que la prevalencia de síntomas indicativos de este problema de salud es de un 10-50%. En el presente artículo se revisa la enfermedad, haciendo especial hincapié en los consejos que desde la farmacia puede ofrecer el farmacéutico comunitario.

### ADELA-EMILIA GÓMEZ AYALA

Doctora en Farmacia.

**L**a enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es el conjunto de síntomas y/o lesiones esofágicas debidas al paso del contenido gástrico al esófago. El reflujo gastroesofágico es un fenómeno fisiológico que ocurre en cierta medida en todas las personas, sin que ello ocasione síntomas ni produzca lesiones.

El espectro clínico de la ERGE es muy variado, ya que la presencia de síntomas, la existencia de lesiones y un reflujo gastroesofágico en cantidades patológicas no ocurren de modo uniforme.

Actualmente, la ERGE tiende a clasificarse en 3 grandes grupos:

- ERGE erosiva (esofagitis péptica), definida por la presencia de lesiones en el esófago distal.



## Fisiopatología de la ERGE

La ERGE ocurre cuando se desequilibra el balance que existe entre los factores agresores (el reflujo ácido y la potencia de reflujo) y los mecanismos de defensa de la mucosa (el aclaramiento esofágico y la propia resistencia de la mucosa).

Para que se lleve a cabo el episodio de reflujo se deben cumplir dos condiciones:

- Que el contenido gástrico esté preparado para refluir, lo que ocurre en aquellas situaciones en las que aumenta el volumen del contenido gástrico (después de las comidas, obstrucción pilórica, gastroparesia, estados hipersecretorios) y en situaciones en las que aumenta la presión dentro del estómago (obesidad, embarazo, ascitis, ropas apretadas).
- Alteración de la barrera antirreflujo, cuya integridad va a depender de la presión del esfínter esofágico inferior y de los componentes extraesfinterianos (la integridad diafragmática, la localización intraabdominal del esfínter esofágico inferior, la integridad del ligamento frenoesofágico y el mantenimiento de un ángulo de His agudo). El esfínter esofágico inferior permanece cerrado por efecto de su tono muscular y se relaja por acción nerviosa parasimpaticovagal.

El daño que sufre la mucosa del esófago depende de la cantidad de material refluído y de la frecuencia del reflujo, del aclaramiento esofágico por gravedad y por peristalsis, y de la neutralización del ácido por secreción salivar.

- ERGE no erosiva, definida por la existencia de síntomas sin lesiones esofágicas.
- Pirosis funcional, definida por la presencia de síntomas sin reflujo gastroesofágico excesivo.

La hernia hiatal (fig. 1) es un concepto anatómico que consiste en la migración de la unión esofagogástrica a través del hiato diafragmático hacia el mediastino. Si bien esta herniación se considera un factor favorecedor del reflujo, gran número de pacientes con ERGE no presentan dicha herniación y la mitad de los pacientes que la presentan no tienen reflujo.

La esofagitis hace referencia a la existencia de una lesión de la mucosa esofágica, micro o macroscópica, secundaria al contacto con ella del contenido gástrico. Su diagnóstico se realiza mediante endoscopia. No todos los pacientes con ERGE desarrollan esofagitis.

El reflujo gastroesofágico es el paso del contenido gástrico al esófago en ausencia de náuseas, vómitos o eructos. Suele ser ácido, aunque en circunstancias especiales puede ser alcalino. Cierta grado de reflujo es un fenómeno fisiológico posprandial, que aparece como consecuencia de relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior. Si los episodios de reflujo son más frecuentes o prolongados, pueden desencadenar una ERGE.

## Epidemiología

A pesar de la baja mortalidad y del escaso número de ingresos hospitalarios que determina, la ERGE tiene una gran importancia social y sanitaria. Varios estudios epidemiológicos señalan que en torno al 40% de la población experimenta pirosis al menos una vez al mes y la mitad de los afectados, una vez por semana.

No hay diferencias sustanciales en la prevalencia de pirosis y regurgitación en la población general en función del sexo, aunque los estudios clínicos coinciden en señalar que los varones tienen una ERGE más intensa que las mujeres.

Tampoco hay diferencias sustanciales en la prevalencia de síntomas de reflujo gastroesofágico según la edad, aunque, en general, las personas mayores de 60 años presentan globalmente una enfermedad por reflujo más marcada desde el punto de vista endoscópico.

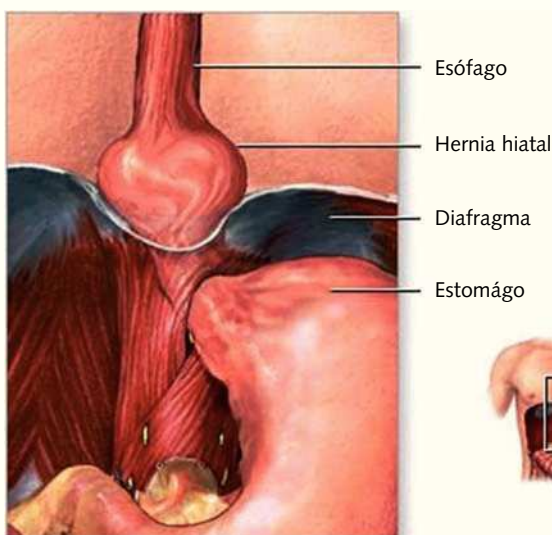


Fig. 1. Hernia de hiato

La ERGE se asocia con especial frecuencia a determinadas enfermedades y síntomas. Así, es especialmente frecuente en las mujeres durante la gestación (la refiere un 25-70% de ellas). Entre las enfermedades que se asocian con una mayor frecuencia a ERGE se encuentran el síndrome de Zollinger-Ellison, enfermedades que afectan a la musculatura lisa esofágica como la esclerodermia y enfermedades que pueden trastornar la innervación autonómica esofágica como la diabetes mellitus. Además, es frecuente la asociación de ERGE con otras enfermedades funcionales digestivas como el síndrome del intestino irritable y la dispepsia funcional, sin que estén aclarados los mecanismos.

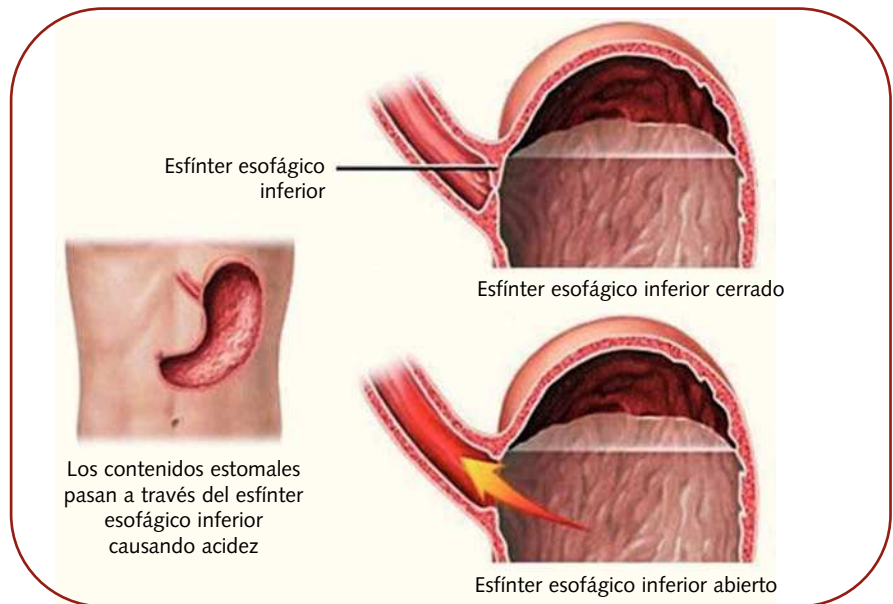


Fig. 2. Mecanismo antirreflujo.

## Factores de riesgo y factores protectores

Los factores de riesgo asociados a la ERGE han sido objeto de diversos estudios, cuyos resultados puede resumirse como sigue:

- Los hábitos higienicodietéticos no parece que sean factores de riesgo dominantes. La dieta grasa, los dulces, la cebolla cruda, las especias, la cafeína y los cítricos se asocian a una evidencia científica débil. Las bebidas carbonatadas y las comidas copiosas son factores de riesgo con evidencia moderada para desarrollar reflujo posprandial.
- El ejercicio físico se considera un factor de riesgo de ERGE débil. El ejercicio puede producir un aumento de las relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior. Parece que dormir sobre el lado izquierdo provoca un menor número de episodios de reflujo en aquellos pacientes que tienen síntomas nocturnos.
- Se ha encontrado relación entre el estrés psicológico y enfermedades

psiquiátricas con síntomas de ERGE: el mayor nivel educacional, el estado marital (divorciado, separado o viudo) y los acontecimientos negativos recientes son factores de riesgo estadísticamente significativos para el desarrollo de ERGE. También influye la obesidad: aunque se ha demostrado que el reflujo sucede independientemente del índice de masa corporal, en ocasiones, variaciones significativas de peso pueden precipitar los síntomas.

- La relación entre *Helicobacter pylori* y ERGE es contradictoria. En pacientes con ERGE no está justificado investigar ni erradicar la infección por *H. pylori*, a no ser que esté presente otra enfermedad que lo aconseje. Los pacientes con reflujo tienen con frecuencia hernia de hiato. No significa que sea la causa de ERGE, pero puede favorecerla.
- Diversos fármacos pueden favorecer el reflujo, ya que disminuyen la presión del esfínter esofágico inferior. El con-

sumo de ácido acetilsalicílico y otros antiinflamatorios no esteroideos (AINE) se asocia con erosiones esofágicas y con posible aparición futura de estenosis esofágica, pero su papel en la ERGE no está del todo aclarado.

## Factores protectores

Los factores protectores de la ERGE se pueden englobar en 3 grandes grupos:

**Mecanismo antirreflujo.** La primera barrera (fig. 2) se encuentra en el esfínter esofágico inferior y en los componentes extraesfinterianos. La alteración del esfínter esofágico inferior favorece la ERGE por varios mecanismos:

- Hipotonía permanente del esfínter esofágico inferior. En pacientes con esofagitis grave o complicada se ha observado hipotonía del esfínter esofágico inferior, con relación directa entre el grado de la lesión esofágica y la presión del esfínter esofágico inferior.
- Hipotonía crítica del esfínter esofágico inferior. El aumento transitorio de la presión intraabdominal supera el tono del esfínter esofágico inferior favoreciendo el reflujo.
- Relajación transitoria del esfínter esofágico inferior. La presión basal del esfínter esofágico inferior disminuye por debajo de la presión intragástrica y no está relacionada con la deglución ni con la peristalsis in-

**Entre los síntomas extraesofágicos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico se incluyen erosiones orales, síntomas de la esfera otorrinolaringológica y síntomas respiratorios**

completa. Parece estar en relación con la distensión gástrica y con la estimulación faríngea y es el principal mecanismo de reflujo gastroesofágico.

- Aclaramiento esofágico, que depende de 3 factores:
  - a) Salivación: el contenido en bicarbonato que tiene la saliva ayuda a neutralizar el ácido de la mucosa esofágica. Además, la secreción de saliva induce su propia deglución y, con ella, la aparición de ondas peristálticas primarias.
  - b) Ley de la gravedad: la posición de bipedestación favorece el aclaramiento esofágico.
  - c) Peristalsis primaria (debida a la propia deglución, es la que produce un mayor aclaramiento esofágico) y secundaria (por el propio reflujo a través de estímulos locales).
- Barrera mucosa del esófago, constituida por la secreción de bicarbonato de la mucosa y la barrera celular del epitelio escamoso del esófago.

## Manifestaciones clínicas

El paciente con ERGE puede referir síntomas típicos y atípicos.

### Síntomas típicos

Los síntomas típicos, clásicamente asociados al reflujo gastroesofágico, son la pirosis y la regurgitación ácida. La pirosis es descrita por los pacientes como la sensación de quemazón que surge del estómago hacia el esófago y suelen identificarla como ardor de estómago. Su frecuencia y tiempo de evolución deben investigarse, ya que permiten, en cierta medida, cuantificar la gravedad y, además, proporcionan una referencia posterior. La regurgitación ácida es la llegada a la boca de un material amargo, ácido o simplemente caliente; se diferencia de un episodio de vómito en que no va acompañada de náuseas y se produce sin esfuerzo.

### Síntomas atípicos

Los síntomas atípicos pueden ser esofágicos o extraesofágicos. Entre los primeros se encuentra la disfagia, el dolor torácico y la odinofagia. La disfagia en el seno de una ERGE puede ser indicativa de estenosis péptica. Es una disfagia baja, más para sólidos, y progresi-

## Complicaciones

Las principales complicaciones que puede generar la ERGE son 3:

**Estenosis péptica.** Aparece en la enfermedad por reflujo de larga evolución. Se debe a la inflamación crónica de la mucosa esofágica y suele ser de localización distal. El dato clínico característico es la disfagia para sólidos, que puede progresar a disfagia para líquidos con el tiempo.

**Úlcera esofágica.** Suele cursar como una hemorragia de carácter crónico.

**Esófago de Barret.** Metaplasia intestinal de la mucosa escamosa del esófago distal. Su detección es importante, ya que se trata de una lesión precancerosa. Su presencia se ha asociado a un incremento del riesgo de adenocarcinoma de esófago. El riesgo para desarrollar la lesión cancerosa aumenta con la mayor frecuencia, gravedad y duración de los síntomas.

va, asociándose la mayoría de las veces a pérdida de peso. Obliga a descartar la existencia de un cáncer de esófago. Otras veces, el paciente refiere una disfagia intermitente, no progresiva y más para líquidos, que puede relacionarse con un trastorno motor esofágico. La presencia de odinofagia se relaciona generalmente con la presencia de lesiones esofágicas. El dolor torácico es un síntoma frecuente en los pacientes con ERGE y tiene unas características clínicas variadas, que van desde una sensación de nudo retroesternal hasta un dolor de características angoides.

Entre los síntomas extraesofágicos son muchos los problemas que se han asociado a la ERGE, aunque ésta no es su única causa posible. Entre ellos se encuentran: erosiones orales, síntomas de la esfera otorrinolaringológica (otodinia, sequedad faríngea, afonía, carraspera, globo faríngeo) y síntomas respiratorios (tos crónica, crisis de broncoespasmo).

## Tratamiento

El objetivo del tratamiento en la ERGE depende de sus manifestaciones clínicas y/o morfológicas: conseguir la remisión de los síntomas y la curación de las lesiones, evitar las recidivas, prevenir las complicaciones y mejorar la calidad de vida.

El tratamiento debe incluir medidas generales y terapia farmacológica.

### Medidas generales

El farmacéutico comunitario, aprovechando la cercanía a la población que le confiere su oficina de farmacia, puede recomendar diferentes medidas generales que contribuirán a mejorar la calidad de vida de los pacientes diagnosticados de ERGE. Son básicas las medidas posturales, los cambios en el estilo de vida y la evitación del consumo de ciertos fármacos.

Entre las medidas posturales, cabe destacar la elevación de la cabecera de la cama 15-20 cm, mediante unos tacos de madera. También se recomienda a los pacientes, para evitar los episodios de reflujo posprandial, que no se acuesten justo después de comer; lo aconsejable es esperar al menos 2 horas. Diferentes estudios indican que es preferible el decúbito lateral izquierdo sobre el derecho, ya que este último favorece el reflujo.

La importancia de las medidas dietéticas en la ERGE se debe a que los alimentos y las bebidas pueden favorecer el reflujo al aumentar la secreción ácida del estómago, pueden irritar directamente el esófago, relajar el esfínter esofágico inferior y producir una alteración del vaciamiento gástrico. Por estos motivos se debe aconsejar a los pacientes evitar comidas copiosas, ya que favorecen la distensión gástrica y la relajación transitoria del esfínter, y con ello el reflujo posprandial. Por otra parte, las comidas ricas en proteínas y en hidratos de carbono incrementan el tono del esfínter, mientras que los cítricos, el chocolate, las bebidas carbonatadas, el tomate, las especias, el café y las comidas grasas disminuyen el tono esfinteriano o pueden irritar el esófago.

El tabaco disminuye la secreción salival y la presión del esfínter esofágico inferior, y lesiona directamente la mucosa esofágica.

**Tabla I.**  
**Fármacos utilizados en el tratamiento de la ERGE**

Fármaco	Dosis habitual
<b>Antiácidos</b>	
Hidróxidos de aluminio y de magnesio	5-15 g/8 h
<b>Procinéticos</b>	
Metoclopramida	10 mg/8 h
Domperidona	10 mg/8 h
Cinitaprida	1 mg/8 h
Cisaprida (uso hospitalario)	10 mg/6-8 h
<b>Inhibidores H<sub>2</sub></b>	
Cimetidina	400-800 mg /12 h
Ranitidina	150 mg/12 h
Famotidina	20 mg/12 h
Nizatidina	150 mg/12 h
<b>Inhibidores de la bomba de protones</b>	
Omeprazol	20 mg/24 h
Lansoprazol	30 mg/24 h
Pantoprazol	40 mg/24 h
<b>Otros</b>	
Sucralfato	1 g/6 h

Fuente: Armisen A, García F, Esteve M, Fouz C, Panadero FJ. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Panorama Actual Med.* 2002;55:579-88.

El alcohol estimula la secreción ácida y relaja el esfínter esofágico inferior, además de disminuir la amplitud de las ondas peristálticas y su frecuencia en decúbito supino. Por este motivo, cuando se ingieren bebidas alcohólicas justo antes de irse a dormir se favorece la aparición de síntomas.

El café aumenta la secreción ácida y produce una irritación directa de la mucosa. El chocolate disminuye la presión del esfínter esofágico inferior.

Factores como el sobrepeso y las ropas ajustadas, que aumentan la presión intraabdominal, deben ser evitados.

Respecto al estrés, se ha comprobado que los ejercicios de relajación mejoran la clínica, mientras que trastornos como la ansiedad o la depresión tienen una mayor incidencia en estos pacientes.

Finalmente, y con relación a los fármacos, deben evitarse aquellos que lesionen directamente la mucosa (alendronatos, tetraciclinas, hierro y AINE), así como aquellos que disminuyen la presión del esfínter esofágico inferior (teofilinas, antagonistas del calcio, nitratos, anticolinérgicos, benzodiacepinas, bloqueadores alfa y progesterona).

### Tratamiento farmacológico

El objetivo del tratamiento farmacológico (tabla I) es conseguir mantener el pH intragástrico por encima de 4 en aquellos momentos en los que el reflujo es más frecuente.

**Antiácidos.** Estos fármacos neutralizan el ácido refluído neutralizando el pH gástrico, inactivando la pepsina y aumentando el tono del esfínter esofágico inferior. Se administran a demanda para mejorar los síntomas diurnos, o después de las comidas; tienen una respuesta rápida pero no permanente. Entre sus efectos secundarios están las alteraciones del ritmo intestinal.

**Procinéticos.** Estos fármacos mejoran la actividad motora del esófago, aumentan la presión del esfínter esofágico inferior, aceleran el aclaramiento esofágico, aumentan la presión del esfínter esofágico inferior y aceleran el vaciamiento gástrico. Son eficaces frente a los síntomas de dispepsia asociados al reflujo. Su asociación a anti-secretores da buenos resultados.

**Inhibidores H<sub>2</sub>.** Son fármacos que se unen competitivamente a los receptores de la histamina H<sub>2</sub> en las células parietales gástricas, reduciendo en un 70% la secreción ácida. Resultan eficaces en el control de síntomas de esofagitis leves o moderadas. De todos ellos, el más usado e investigado es la ranitidina.

**Inhibidores de la bomba de protones.** Estos fármacos se ligan de forma irreversible a la bomba de protones de la célula parietal gástrica, reduciendo en más de un 90% la secreción ácida. Son eficaces para curar las lesiones endoscópicas de los casos más graves de esofagitis. También han demostrado su eficacia en terapia continuada y a demanda en el tratamiento de los síntomas de la ERGE. El omeprazol es un inhibidor del citocromo P<sub>450</sub> 2C, por lo que interfiere en el metabolismo hepático de algunos fármacos (anticoagulantes orales, carbamacepina, etc). En pacientes polimedcados se aconseja el uso de otro fármaco del mismo grupo como el pantoprazol.

**Otros fármacos.** El sucralfato es un protector de la mucosa esofágica que no actúa sobre la secreción gástrica. Puede combinarse con otros fármacos, teniendo en cuenta que su eficacia disminuye al ser utilizado con los anti-secretores. □

### Bibliografía general

- Armisen A, García F, Esteve M, Fouz C, Panadero FJ. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Panorama Actual Med.* 2002;55:579-88.
- Mearin F. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para ERGE. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Med Cli (Barc).* 2002;118:551-6.
- Rey E, Álvarez A, Díaz-Rubio M. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Medicine.* 2004;1:18-28.
- Sebastián JJ. Protocolos de Atención Farmacéutica. Reflujo gastroesofágico. *Farmacia Profesional.* 1999;2:50-8.
- Tarranzo JA. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Guías clínicas. 2001 (consultado el 22 de febrero de 2007). Disponible en: <http://www.fis-terra.com/guias2/PDF/Erge.pdf>

[www.doymafarma.com](http://www.doymafarma.com)

Material complementario para suscriptores  
 FICHAS DE EDUCACIÓN SANITARIA

#### 1 Ficha descargable:

- Consejos para controlar el reflujo de ácido (agrasas)

Personalizable con el logotipo de su farmacia para entregar como cortesía a sus clientes