

## Aproximación B. Realizar al menos una endoscopia antes de instaurar el tratamiento

Manuel Rodríguez-Téllez y María Luisa Morales Barroso

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Comenzamos la redacción de este artículo sabiendo que la afirmación del título es poco defendible. La mayoría de las guías clínicas y de los estudios de coste-efectividad indican la escasa eficacia de realizar una endoscopia digestiva alta previa a iniciar un tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) en los pacientes que presenta una clínica típica de reflujo gastroesofágico, en ausencia de factores de riesgo o síntomas de alarma. Pero intentaremos demostrar que hay otros motivos por los que sí debería convertirse en una práctica justificada, al menos en nuestras consultas de gastroenterología.

En la última reunión internacional de consenso sobre definición y clasificación de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), que tuvo lugar en Montreal y que posteriormente fue publicada en American Journal of Gastroenterology en 2006, se define como la enfermedad que se desarrolla cuando el contenido del estómago refluye al esófago y causa síntomas molestos y/o complicaciones<sup>1</sup>. La ERGE es una enfermedad muy prevalente y con síntomas muy frecuentes en la población. Se estima que el 15% de la población española la padece, con una prevalencia mensual de pirosis del 32%. Además, se considera que es el origen del 1% del absentismo laboral<sup>2</sup>.

Podemos deducir de estos datos el gran número de recursos sanitarios que requiere el manejo de esta enfermedad. El diagnóstico de ERGE lo podemos realizar por los síntomas que presenta el paciente, el ensayo terapéutico, la endoscopia digestiva alta y la pH-metría esofágica de 24 h. Clásicamente, la pH-metría ha sido la técnica de referencia en el diagnóstico de la ERGE, ya que la frecuencia de los síntomas está relacionada con el tiempo en el que el pH esofágico es < 4 (fig. 1). La medición de la acidificación esofágica presenta una especificidad alta, en torno al

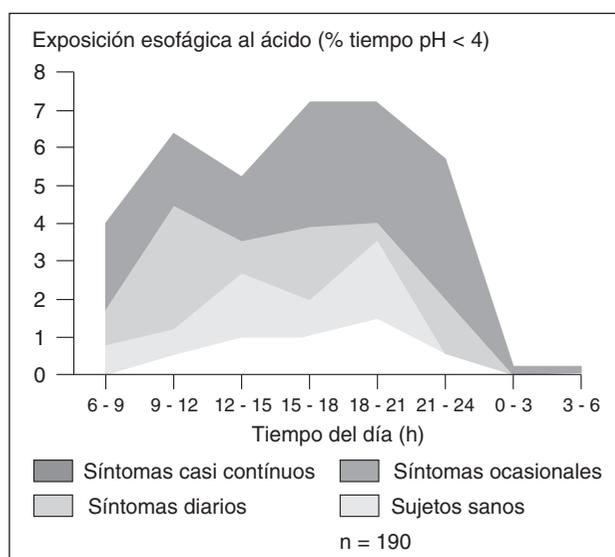


Fig. 1. Los síntomas de ERGE son más frecuentes cuanto mayor es la acidificación esofágica.

78%; sin embargo, su sensibilidad es limitada, del 54%<sup>3</sup>. Además, este procedimiento no está disponible en todos los centros médicos y su práctica habitual sería inviable asistencialmente.

Cuando el diagnóstico se realiza por los síntomas típicos de reflujo gastroesofágico, la pirosis y la regurgitación ácida, la sensibilidad es del 55%, ya que otros pacientes con síntomas del tracto digestivo superior, como los dispépticos, pueden tener ERGE. La ausencia de síntomas típicos de reflujo, como ocurre en una gran proporción de pacientes con síndromes extraesofágicos por reflujo, no descarta la presencia de ERGE, lo que demuestra que la especificidad de este método es aún inferior a su sensibilidad.

El ensayo terapéutico, definido como la respuesta de los síntomas a un tratamiento adecuado con IBP durante al menos 2 semanas, es también una prueba diagnóstica de

Correspondencia: M. Rodríguez-Téllez.  
Carlos Cañal, 5, 4.º dcha. 41001 Sevilla. España.  
Correo electrónico: mrodrigueztllez@sepd.es

TABLA I. Indicaciones establecidas de endoscopia digestiva alta en la enfermedad por reflujo gastroesofágico (AEG, 2002)

Sospecha de complicaciones:
Estenosis esofágica
Esófago de Barrett
Úlcera o hemorragia esofágica
Adenocarcinoma esofágico
Síntomas o signos de alarma:
Disfagia
Vómitos persistentes
Hemorragia gastrointestinal
Anemia ferropénica
Pérdida de peso no intencionada
Tumoración epigástrica

ERGE, con una aceptable sensibilidad (70-80%), lo cual nos indica que los pacientes que responden padecen ERGE. Sin embargo, tiene una especificidad muy baja (30-50%) y se puede considerar decepcionante como test confirmatorio. Esto podría explicarse por la elevada respuesta a placebo, así como por otras enfermedades relacionadas con el ácido<sup>4</sup>.

Los IBP han demostrado ser mucho más efectivos en la inhibición ácida gástrica y el alivio de los síntomas de ERGE que otros medicamentos, como los antagonistas H<sub>2</sub> y los procinéticos<sup>5</sup>, y presentan pocos efectos adversos.

La gravedad de las lesiones esofágicas producidas por el reflujo sólo puede determinarse por un estudio endoscópico<sup>6</sup>. La *endoscopia digestiva alta* presenta una alta especificidad, del 90%, en el diagnóstico de ERGE; sin embargo, su sensibilidad es baja. El 50% de las endoscopias altas que se realizan a pacientes con clínica típica de ERGE presenta un esófago macroscópicamente normal con la endoscopia estándar actual. Se trata de la ERGE denominada endoscopia negativa<sup>7</sup> o no erosiva. Esta sensibilidad puede disminuir aún más cuando se realiza una vez iniciado el tratamiento con IBP, situación cada vez más frecuente en la práctica clínica.

Con estos datos, observamos claramente que la pH-metría, por su menor disponibilidad y datos de eficacia diagnóstica, no es la mejor técnica para el diagnóstico de ERGE. La endoscopia digestiva alta es la técnica que mantiene un mejor equilibrio entre sensibilidad y especificidad.

La mayoría de las *guías clínicas*, tanto europeas como del resto del mundo, basándose en estos datos, recomiendan el diagnóstico de ERGE en pacientes que presenta una clínica típica sin factores de riesgo ni datos de alarma, sólo a partir de los síntomas<sup>1,8</sup>, y recomiendan un tratamiento con IBP de forma empírica, durante al menos 2 semanas. En algunos estudios recomiendan iniciar el tratamiento con dosis dobles, y la mejoría o la desaparición de los síntomas es una confirmación del diagnóstico.

La Conferencia de Consenso de Canadá es la única que recomienda una endoscopia en la vida, a los pacientes con ERGE que requieren tratamiento crónico<sup>9</sup>. El resto de las guías no la propone si no hay datos de alarma (tabla I).

La mayoría de los *estudios de coste-efectividad* sugieren que la endoscopia inicial es ligeramente más eficaz pero

notablemente más cara que el tratamiento empírico con IBP<sup>10</sup>, y éste es el problema fundamental. Un estudio actual ha calculado que el coste por paciente es algo mayor en los pacientes con ERGE erosiva comparado con los que presentan una ERGE no erosiva<sup>11</sup>.

Hay estudios que apoyan la teoría que detectar bajo visión endoscópica el grado de esofagitis y las posibles complicaciones de la ERGE facilita el *ajuste del tratamiento*<sup>12,13</sup>, y tiene un valor máximo cuando ésta se realiza previamente al tratamiento<sup>14</sup>. Si tras el tratamiento la respuesta sintomática es parcial, la mejora de la calidad de vida es claramente menor a la obtenida con una mejora sintomática total<sup>15</sup>. Por tanto, es importante ajustar la medicación desde el inicio.

El *esófago de Barrett* sólo podemos detectarlo con la endoscopia. Se estima que lo presentan el 10-15% de los pacientes con ERGE. La importancia de su diagnóstico radica en que incrementa en un 1% anual el riesgo de adenocarcinoma esofágico, neoplasia cuya incidencia está aumentando en los últimos años<sup>16</sup>. Los pacientes con esófago de Barrett refieren menos síntomas, más leves y menos frecuentes que el resto, por los que muchos de ellos se «escapan» de las guías clínicas actuales.

Sin embargo, la importancia de la ERGE no sólo está en su alta prevalencia y su posible degeneración maligna. Una parte muy importante de esta enfermedad es la demostrada influencia que tiene sobre la *calidad de vida* de las personas que la padecen, ya que repercute negativamente sobre muchos aspectos de su vida, tanto laborales como personales<sup>17,18</sup>.

En el Consenso de Montreal adquiere una gran relevancia la percepción que el paciente tiene de sus síntomas<sup>1</sup>. Hasta hace unos años este factor no se tenía en cuenta, pero actualmente muchos autores estudian el impacto que esta enfermedad tiene sobre la calidad de vida, comparable, e incluso superior, al que producen otras enfermedades crónicas, como la diabetes, la artritis o cardiopatía congestiva<sup>19</sup>. Por otro lado, hay una relación directa entre la intensidad de los síntomas y su impacto sobre la calidad de vida.

La ERGE es una enfermedad crónica, que va a recidivar en muchos casos. El 90% de los pacientes con esofagitis tendrá recaídas sintomáticas antes de los 6 meses; esta recidiva se correlaciona con la gravedad de los síntomas<sup>20</sup> y para algunos pacientes esta cronicidad y necesidad diaria de medicación no es fácil de entender; sufren, como «dice el médico», una enfermedad benigna.

También hay numerosos estudios que avalan una mejora importante de la calidad de vida con un tratamiento efectivo de la ERGE<sup>19,22</sup> y de la productividad<sup>23</sup>, máxima cuando se consigue la desaparición de los síntomas. Nuestro objetivo principal es el alivio de los síntomas que determina la satisfacción del paciente con el tratamiento<sup>24</sup>.

Cuando un individuo tiene un problema intenta resolverlo por sí mismo. Si no lo consigue, lo considerará un fracaso, y en esto se basa la *teoría de sistemas* en psiquiatría<sup>25</sup>. Este sujeto pedirá ayuda a su círculo más cercano (familia, amigos, compañeros de trabajo) y así, con todos, aceptando y probando muchos de los consejos que las personas en las que más confía le proporcionan. El fracaso

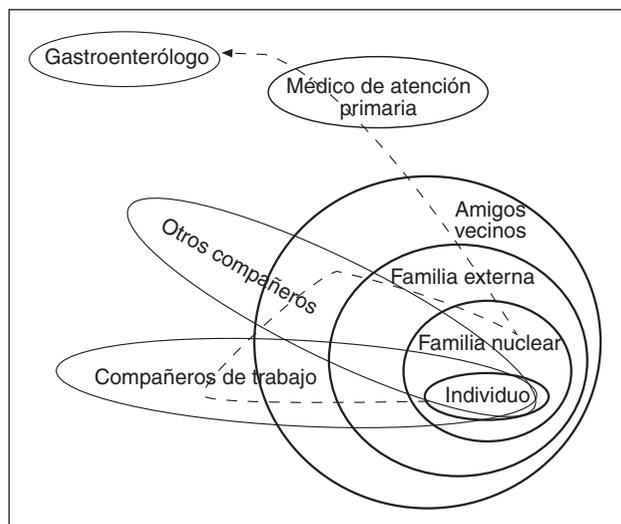


Fig. 2. Teoría de sistemas (psiquiatría): intentos de solución y fracasos ante un problema.

so sucesivo produce en él frustración y preocupación. Esta persona, no «un porcentaje», tras muchos rodeos, decide consultar a su médico de atención primaria por la presencia de pirosis y regurgitación ácida, y éste, por algún motivo que él considera, lo deriva finalmente a nuestras consultas de gastroenterología. Los síntomas típicos de la ERGE son frecuentes y sencillos de distinguir por todos los médicos, e incluso para la población general con escasos conocimientos médicos. Es fácil indicar un tratamiento y éste suele ser eficaz. Entonces, algo debe ocurrir en el médico o en el paciente para que éste sea derivado o exija ser derivado a las consultas del especialista, nuestra consulta (fig. 2). Y esto no es más que otro fracaso en la cadena que el paciente inició en su intimidad. El médico de atención primaria es el que mejor conoce al paciente, y quizás no vea una respuesta adecuada al tratamiento por parte de éste. O por algún motivo el paciente no está satisfecho con los resultados del tratamiento, o tal vez no esté satisfecho con el estudio realizado para llegar al diagnóstico. Probablemente no es consciente de que padece una enfermedad crónica, que recidivará con toda probabilidad en pocos meses, o quizás siente dudas acerca del diagnóstico. El miedo o terror al cáncer es una de las principales circunstancias que subyace en la mayoría de las consultas que realiza la población demandante de recursos sanitarios.

No debemos olvidar el importante efecto que sobre las enfermedades crónicas produce el saberse bien atendido y estudiado. Un paciente que no responde totalmente al tratamiento tolerará mejor sus síntomas si se sabe estudiado y es, junto con el médico, parte activa en la toma de decisiones.

Una pobre comunicación entre el médico y el paciente contribuyen a una escasa satisfacción por parte de éste, a pesar de realizar un tratamiento adecuado<sup>19</sup>.

No podemos olvidar que los factores psicosociales son importantes en la producción de los síntomas de ERGE<sup>26</sup>.

En conclusión, nos parece que la realización de una endoscopia digestiva alta en todo paciente con sospecha de ERGE sin complicaciones no es algo «descabellado». La endoscopia es una técnica muy segura, con unos datos de sensibilidad y especificidad muy aceptables, que permitirían un mejor control del tratamiento de la ERGE y del cribado del esófago de Barrett.

Pero sobre todo nos parece que puede influir en la calidad de vida de los pacientes. Todo paciente que tras pasar el primer cribado del médico de atención primaria, aunque no presente síntomas de alarma, debería realizarse una endoscopia digestiva alta, lo que va a redundar en beneficios y tranquilidad tanto para el médico que lo deriva como para el paciente.

Quizás en un futuro se realicen ensayos centrados en la satisfacción y la calidad de vida de los pacientes con ERGE tras un estudio completo mediante endoscopia previamente al tratamiento. Y es posible que observemos que estos pacientes están más satisfechos, toleran mejor sus síntomas y precisan menos consultas médicas al saberse estudiados y tranquilos de no padecer bajo esos síntomas otra enfermedad.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Vakil N, Van Zanten S, Kahrilas P, Dent J, Jones R. The Montreal Definition and Classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based Consensus. *Am J Gastroenterol.* 2006;101:1900-20.
2. Ponce J, Vegazo O, Beltran B, et al. Iberg Study Group. Prevalence of gastroesophageal reflux disease in Spain and associated factors. *Aliment Pharmacol Ther.* 2006;23:175-84.
3. Numans ME, Lau J, De Wit NJ, Bonis PA. Short-term treatment with proton-pump inhibitors as a test for gastroesophageal reflux disease: a meta-analysis of diagnostic test characteristics. *Ann Intern Med.* 2004;140:518-27.
4. Rodríguez-Téllez M. Valor diagnóstico de la inhibición ácida potente en la ERGE. *Gastroenterol Pract.* 2007;16 Supl 1:26-9.
5. Van Pinxteren B, Numans ME, Bonis PA, Lau J. Short-term treatment with proton pump inhibitors, H2 receptor antagonists and prokinetics for gastroesophageal reflux disease-like symptoms and endoscopy negative reflux disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;CD002095.
6. Khan M, Santana J, Donnellan C, Preston C, Moayyedi P. Medical treatments in the short term management of reflux oesophagitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;18:CD003244.
7. Jones RH, Hungin APS, Phillipis J, Mills JG. Gastroesophageal reflux disease in primary care in Europe: clinical presentation and endoscopic findings. *Eur J Gen Pract.* 1995;1:149-54.
8. Marzo M, Alonso P, Bonfill X, et al. Clinical practice guideline on the management of gastroesophageal reflux disease (GERD). *Gastroenterol Hepatol.* 2002;25:85-110.
9. Beck IT, Champion MC, Lemire S, et al. The second Canadian Consensus Conference on the Management of Patients with Gastroesophageal Reflux Disease. *Can J Gastroenterol.* 1997;11 Suppl B:7-20.
10. Calvet X. Aproximación coste-efectiva del tratamiento de la ERGE. *Gastroenterol Pract.* 2007;16:14-7.
11. Willich SN, Nocon M, Kuling M, et al. Cost of disease analysis in patients with gastro-oesophageal reflux disease and Barrett's mucosa. *Aliment Pharmacol Ther.* 2006;23:371-6.
12. Zacy J, Zamakhshary M, Sketris I, Veldhuyzen van Zanten S. Systematic review: the efficacy of intermittent and on-demand therapy with histamine H2-receptor antagonist or proton pump inhibitors for gastroesophageal reflux disease patients. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005;21:1299-312.
13. Bour B, Staub JL, Chousterman M, et al. Long-term treatment of gastroesophageal reflux disease patients with frequent symp-

- omatic relapse using rabeprazole: on-demand treatment compared with continuous treatment. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005;21:805-12.
14. Carlsson R, Dent J, Watts R, et al. Gastro-oesophageal reflux disease in primary care: an international study of different treatment strategies with Omeprazole. International GORD Study Group. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 1998;10:119-24.
  15. Revicki DA, Crawley JA, Zodet MW, Levine DS, Joelsson BO. Complete resolution of heartburn symptoms and health-related quality of life patients with gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 1999;13:1621-30.
  16. Jonson DA, Fennerty MB. Heartburn severity underestimates erosive esophagitis severity in elderly patients with gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology.* 2004;126:660-4.
  17. Offma JJ. The economic and quality-of-life impact of symptomatic gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol.* 2003;98 Suppl 3:8-14.
  18. Piqué JM, Kulich KR, Vegazoc O, et al. Burden of gastroesophageal reflux disease. Evidence from a recent methodological study in Spain. *Gastroenterol Hepatol.* 2004;27:300-6.
  19. Wiklund I. Review of the quality of life and burden of illness in gastroesophageal reflux disease. *Dig Dis* 2004;22:108-14.
  20. Lundell LR, Dent J, Bennett JR, et al. Endoscopies assessment of oesophagitis: clinical and functional correlatos and further validation of the Los Angeles classification. *Gut.* 1999;45:172-80.
  21. Wiklund I, Bardhan KD, Müller-Lissner S, et al. Quality of life during acute and intermittent treatment of gastro-oesophageal reflux disease with omeprazole compared with ranitidine. Results from a multicentre clinical trial. The European Study Group. *Ital J Gastroenterol Hepatol.* 1998;30:19-27.
  22. Prasad M, Rentz AM, Revicki DA. The impact of treatment for gastro-oesophageal reflux disease on health-related quality of life: a literature review. *Pharmacoeconomics.* 2003;21:769-90.
  23. Johnson DA, Orr WC, Crawley JA, et al. Effect of esomeprazole on nighttime heartburn and sleep quality in patients with GERD: a randomized, placebo-controlled trial. *Am J Gastroenterol.* 2005;100:1914-22.
  24. Revicki DA. Patient assessment of treatment satisfaction: methods and practical issues. *Gut.* 2004;53 Suppl 4: 58-65.
  25. Montgomery BJ. Salvador Minuchin: the «individual in context». *JAMA.* 1979;241:1314-9.
  26. Chen HX, Xiong LS, Xu AG, et al. The risk factors and impact of gastroesophageal reflux disease on quality of life in general population. *Zhonghua nei Ke Za Zhi.* 2006;45:202-5.