



# ERGE

## ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO



Diana Laura Abarca Aguilar  
Medicina Interna

# DEFINICIÓN

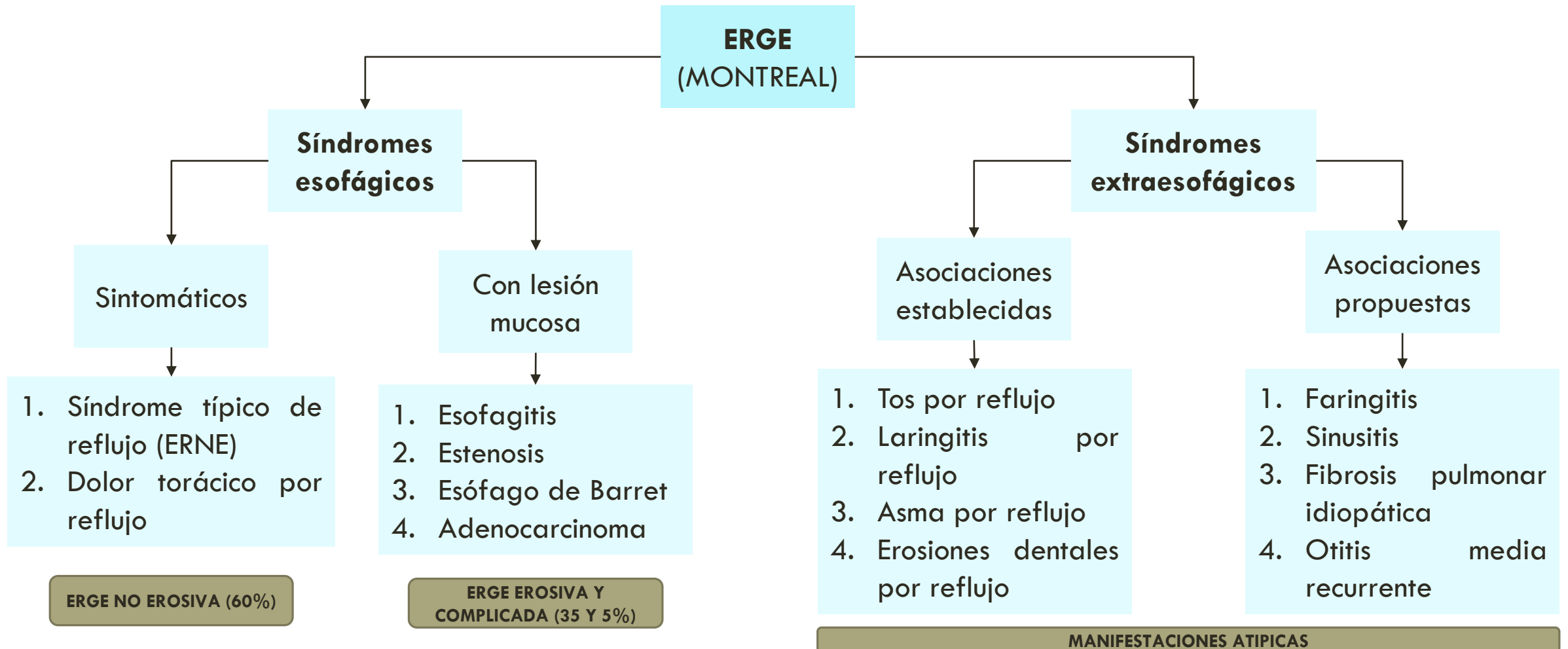
## ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

La ERGE se debe al ascenso del contenido gástrico o gastroduodenal por arriba de la unión gastroesofágica, el cual causa síntomas y lesiones esofágicas que llegan a afectar la salud y calidad de vida de los individuos que la presentan.

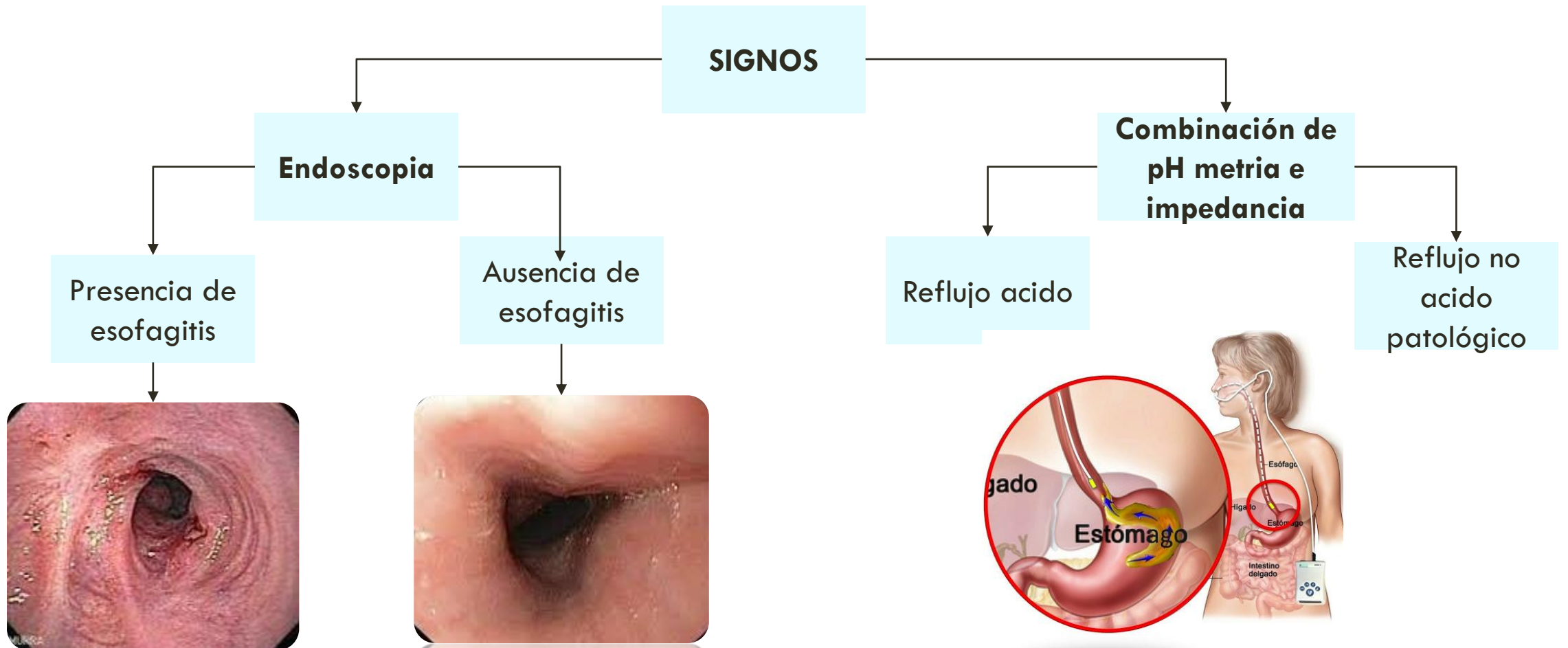


# CLASIFICACIÓN

## FENOTIPOS DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO



# CLASIFICACIÓN



# SÍNTOMAS

## **SINDROMES ESOFAGICOS**

- Pirosis
- Regurgitación
- Dolor torácico

## **SINDROMES EXTRAESOFAGICOS**

- Síntomas laríngeos
- Síntomas respiratorios
- Tos

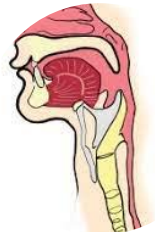
# SÍNTOMAS EXTRAESOFAGICOS



**PIROSIS:** Sensación de ardor o quemazón que asciende desde el estomago hacia el cuello.



**REGURGITACIÓN:** Retorno sin esfuerzo del contenido gástrico al esófago o incluso hasta la boca.



**DISFAGIA ESOFAGICA:** Dificultad para la deglución a lo largo del órgano.

# SÍNTOMAS EXTRAESOFAGICOS



ODINOFAGIA: Dolor a la deglución.



DOLOR TORACICO: Retorno sin esfuerzo del contenido gástrico al esófago o incluso hasta la boca.



SINTOMAS Y MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS: Asma, EPOC.

# DEFINICIÓN

## REFLUJO GASTROESOFÁGICO

El RGE es el escape del contenido gástrico o duodenal hacia la luz del esófago a través de un esfínter esofágico inferior (EEI) incompetente.





# FACTORES DE RIESGO

TABAQUISMO



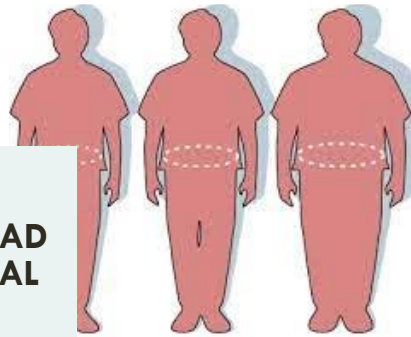
HERENCIA



SOBREPESO



OBESIDAD CENTRAL



ALCOHOL



EMBARAZO



# FACTORES QUE FAVORECEN O EXACERBAN EL REFLUJO GASTROESOGAFICO

GRASAS



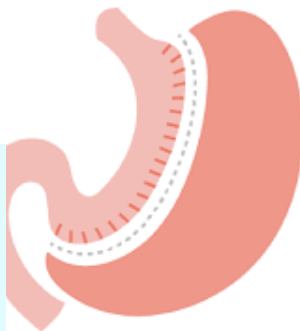
CHOCOLATE



CAFÉ



MANGA  
GASTRICA



ALCOHOL



# FISIOPATOLOGÍA

## MECANISMOS:

### Principal mecanismo fisiopatológico

Son las relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior

### Otros mecanismo fisiopatológicos

Los trastornos en el aclaramiento esofágico, sea mecánico (perístasis o la gravedad de la Tierra) o químico (saliva), alteraciones en la barrera antirreflujo (hernia hiatal, presión disminuida del EEI), un vaciamiento gástrico retrasado e incluso el reflujo duodeno-gástrico

### Fisiopatología de las manifestaciones extraesofágicas

Se basa en el daño directo del ácido sobre la mucosa faríngea y posibles episodios de microbroncoaspiración, así como en la distensión del esófago con un reflejo vago-vagal que genera broncoespasmo y sintomatología asociada.

# DIAGNOSTICO

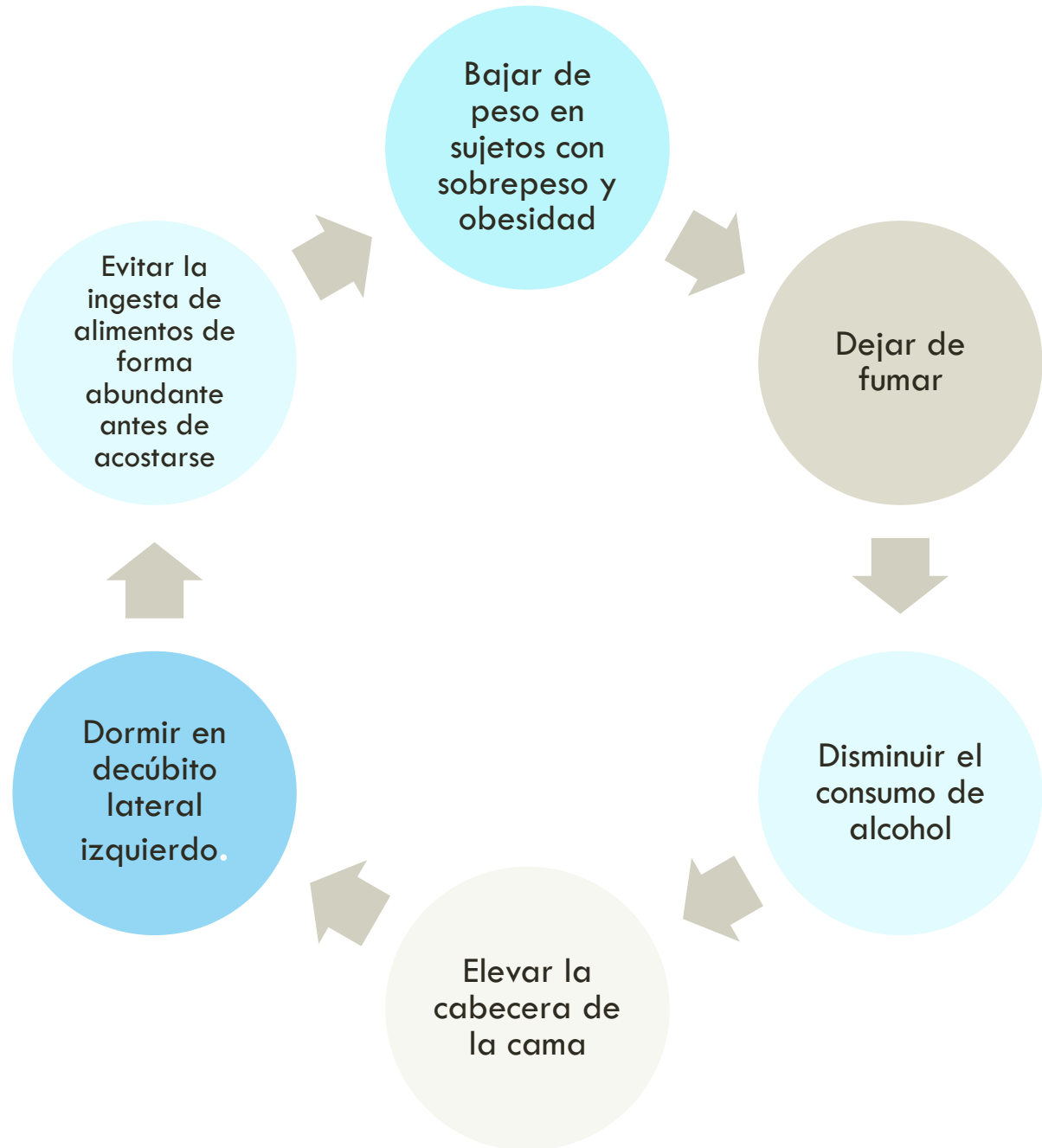


# TRATAMIENTO

## OBJETIVOS:

- **Variante no erosiva con síntomas típicos:** control de los síntomas
- **Variante erosiva:** cicatrización de las erosiones y evitar el desarrollo de complicaciones.
- **EB:** evitar la progresión a displasia y adenocarcinoma.
- **ERGE atípico:** control de los síntomas y evitar el desarrollo de complicaciones.

# TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO:



# TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

## ANTIÁCIDOS Y ALGINATOS



- Se recomiendan para el alivio sintomático y no contribuyen a la cicatrización de las erosiones ni evitan el desarrollo de complicaciones.

## ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE HISTAMINA H<sub>2</sub>



- No deben ser utilizados como tratamiento de primera línea y son auxiliares en el manejo con IBP. Utilizados en casos de ERGE con síntomas típicos y esporádicos y se pueden usar como tratamiento en casos de ERNE si produce alivio sintomático y en casos de ERGE nocturno.

# TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:



## PROGINÉTICOS

- No deben ser utilizados como tratamiento único en el manejo de la ERGE. Cuando existan síntomas que indican alteraciones en el vaciamiento gástrico, los proginéticos se pueden emplear en combinación con IBP.



## PROGINÉTICOS

Medicamentos de primera elección para el tratamiento de la ERGE en todas sus formas clínicas, ya que proporcionan un mayor alivio sintomático y más rápido, así como mayores porcentajes de cicatrización cuando son comparados con el placebo, los antiácidos y los ARH<sub>2</sub>



# REGÍMENES Y TIPOS DE DOSIS DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Inhibidor de la bomba	Dosis estándar	Doble dosis	Dosis dividida <sup>a</sup>
<i>Convencionales</i>			
Omeprazol	20 mg 30 min antes del desayuno	20 mg 30 min antes del desayuno y antes de la cena	10 mg 30 min antes del desayuno y antes de la cena
Lansoprazol	15 mg 30 min antes del desayuno	15 mg 30 min antes del desayuno y la cena	–
Rabeprazol	20 mg 30 min antes del desayuno	20 mg 30 min antes del desayuno y antes de la cena	10 mg 30 min antes del desayuno y antes de la cena
Pantoprazol	40 mg 30 min antes del desayuno	40 mg 30 min antes del desayuno y antes de la cena	20 mg 30 min antes del desayuno y antes de la cena
Esomeprazol	40 mg 30 min antes del desayuno	40 mg 30 min antes del desayuno y antes de la cena	20 mg 30 min antes del desayuno y antes de la cena
<i>Liberación dual retardada</i>			
Dexlansoprazol	30 mg por la mañana, independiente de la ingesta de alimentos	60 mg por la mañana, independiente de la ingesta de alimentos	–
<i>Liberación inmediata</i>			
Omeprazol + HCO <sub>3</sub>	20 mg + 1,100 mg 30 min antes del desayuno	40 mg + 1,100 mg 30 min antes del desayuno	–

# ESOFAGO DE BARRETT

## DEFINICION

El EB es una lesión premaligna del esófago que se define como el reemplazo del epitelio escamoso de la porción distal del esófago por epitelio columnar, de cualquier longitud, sospechado por su apariencia endoscópica y corroborado por el estudio histopatológico con el reporte de metaplasia intestinal completa.

## TRATAMIENTO

Se recomienda la vigilancia endoscópica del mismo a intervalos establecidos de acuerdo con la presencia y el grado de displasia. Es altamente recomendable dar tratamiento intenso con IBP entre endoscopias de seguimiento.

