



Universidad del Sureste
Campus Comitán de Domínguez Chiapas
Licenciatura en Medicina Humana

Tema: Resumen
ERGE

Nombre del alumno
Joan Natael Rojas Velázquez

PASIÓN POR EDUCAR

Grupo: "B" Grado: Sexto Semestre.
Materia: Clínica Quirúrgica.
Nombre del profesor: Dr. Romeo Antonio
Molina Román.

Comitán de Domínguez Chiapas a 2 de mayo del 2024

CONCEPTO

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se define por la presencia de molestias típicas o de lesiones en la mucosa esofágica causadas por un reflujo patológico del contenido gástrico hacia el esófago debido a un defecto de la función del EEI.

→La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se produce como consecuencia del reflujo patológico del contenido gástrico al esófago.

ETIOLOGIA

La etiología es multifactorial. Puede desarrollarse también en el curso de la esclerosis sistémica, diabetes *mellitus*, polineuropatía alcohólica, trastornos hormonales, y a consecuencia del uso de fármacos que disminuyen la presión del EEI (AINES, anticonceptivos orales, nitratos, calcioantagonistas, metilxantinas, agonistas β_2 , anticolinérgicos)

ERGE se clasifica habitualmente según los resultados endoscópicos en:

→Enfermedad por reflujo con endoscopia positiva (ERGE erosiva)

→Enfermedad por reflujo con endoscopia negativa (ERGE no erosiva)

EPIDEMIOLOGIA

Basándonos en los datos del estudio internacional DIGEST se estima que un 4-10 % de la población refiere síntomas de ERGE, siendo uno de los motivos de consulta más frecuentes tanto con el gastroenterólogo como con el médico de familiar.

La prevalencia de pirosis, regurgitación o ambas es de 10-48% y se presenta en todos los grupos etarios.

- Un 15% de la población padece de pirosis por lo menos una vez por semana.
- Existe una mayor incidencia de pirosis diaria en embarazadas (48-79%)

CUADRO CLÍNICO

1.-*Síntomas esofágicos:*

Pirosis (definida como sensación de ardor retroesternal)

Regurgitación del contenido gástrico hacia el esófago.

→Suelen agravarse con el decúbito supino, al agacharse y al empujar, especialmente después de una comida copiosa o grasa.

2.-Síntomas extraesofágicos:

Ronquera: especialmente por la mañana, a consecuencia de la irritación de las cuerdas vocales por el contacto con el contenido gástrico.

Tos seca o sibilancias (síntomas de asma provocados por aspiración del contenido gástrico al árbol bronquial o por broncoespasmo desencadenado por la irritación de la parte inferior del esófago, vía nervio vago)

Dolor torácico (la ERGE es la causa más frecuente, 50%, de dolor retroesternal no cardíaco).

→Estas manifestaciones pueden presentarse en ausencia de síntomas típicos de la ERGE.

3.-Síntomas de alarma que precisan un diagnóstico endoscópico rápido:

- Disfagia
- Odinofagia
- Pérdida de peso
- Hemorragia digestiva alta (evidente u oculta).

FISIOPATOLOGÍA

Las teorías sobre la patogenia de la ERGE han evolucionado históricamente desde aquellas que lo relacionaban con factores puramente anatómicos, como la hernia de hiato, hasta las teorías más recientes que señalan la disfunción del esfínter esofágico inferior (EEI) como la causa fundamental del reflujo patológico.

Así, la barrera anti-reflujo con sus diferentes componentes, el aclaramiento esofágico que permite la normalización del pH intraesofágico merced al peristaltismo primario y la resistencia de la mucosa esofágica actuarían como factores defensivos, mientras el ácido refluído desde el estómago y, en menor medida, la pepsina y las sales biliares actuarían como factores agresivos y mediadores principales de la lesión tisular. La ruptura del equilibrio entre factores defensivos y factores agresivos se produciría

fundamentalmente por la disfunción de la barrera anti-reflujo y en menor medida por la disfunción del aclaramiento esofágico.

→ *El paso del contenido ácido y de la pepsina del estómago al esófago es el factor clave en el desarrollo de la ERGE.*

DIAGNOSTICO

Endoscopia

Es la técnica de elección para evaluar la presencia de esofagitis, pero su sensibilidad para el diagnóstico de la ERGE es baja ya que en más del 50% de los pacientes que padecen pirosis dos o más veces por semana, no se encuentran lesiones endoscópicas.

La *Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal* recomienda realizar la endoscopia en las siguientes situaciones:

- Presencia de disfagia u odinofagia.
- Síntomas que persisten o progresan a pesar del tratamiento.
- Síntomas extraesofágicos.
- Síntomas esofágicos en pacientes inmunodeprimidos.
- Presencia de masa, estenosis o úlceras en esofagograma previo, hemorragia digestiva, anemia ferropénica o pérdida de peso.

Exploraciones funcionales

La pH-metría ambulatoria de 24h es la exploración que ofrece mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la ERGE. Indicaciones:

- Pacientes con endoscopia normal que van a ser considerados para cirugía antirreflujo.
- Pacientes en los que -se sospecha recidiva del RGE tras cirugía antirreflujo.
- Pacientes con síntomas atípicos.

Estudio baritado del tracto digestivo superior

La sensibilidad y la especificidad de la radiología baritada del tracto digestivo superior son muy bajas y en la actualidad no tiene ningún valor en el diagnóstico de la ERGE.

TRATAMIENTO

El alivio de los síntomas y la curación de las lesiones, la prevención de las complicaciones y la mejora en la calidad de vida.

Los fármacos actualmente utilizados en el tratamiento del reflujo se encuadran en tres grupos terapéuticos: antiácidos, procinéticos y antisecretores

ANTIÁCIDOS Y ALGINATOS	
PROCINÉTICOS	<ul style="list-style-type: none"> Cisaprida Cinitaprida Domperidona Metoclopramida
ANTISECRETORES	<ul style="list-style-type: none"> Anti- H₂ <ul style="list-style-type: none"> Cimetidina Ranitidina Nizatidina Famotidina Roxatidina
	<ul style="list-style-type: none"> IBPs <ul style="list-style-type: none"> Omeprazol Lansoprazol Pantoprazol Rabeprazol Esomeprazol
<p>Anti-H₂: Antagonistas del receptor H₂ de la histamina. IBPs: Inhibidores de la bomba de protones.</p>	

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico está dirigido a reconstruir la barrera antireflujo que se encuentra alterada en los pacientes afectados por esta enfermedad. Desde el punto de vista patogénico, el tratamiento con cirugía antireflujo resulta más lógico que el tratamiento médico, dado que es en la disfunción de la barrera donde subyace el mecanismo patogénico principal de la enfermedad.

La técnica quirúrgica universalmente aceptada es la funduplicatura, con sus diferentes variantes (total, parcial, etc.).

BIBLIOGRAFÍA

A. Arín, M.R. Iglesias. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Scielo