



Mi Universidad

Resumen ERGE

Integrantes del equipo: Joshua Daniel Mazariegos Pérez, Martin Mar Calderon, Jeferson Enrique Ogaldes Norio, Galia Madelin Morales Irecta y Llenifer Yaquelin Garcia Diaz

Equipo 2

Resumen ERGE

Tercer parcial

Clínicas Quirúrgicas

Dr. Romeo Antonio Molina Román

Medicina Humana

6 semestre Grupo: C

Comitán de Domínguez, Chiapas, a 24 de mayo del 2024

Introducción.

En el presente trabajo se estará revisando de manera detallada la Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico, la cual es considerada un conjunto de síntomas y/o lesiones debidas al paso del contenido gástrico al esófago. Hay que puntualizar que esta enfermedad no es considerada como vomito, ya que el vomito se puede definir como expulsión oral violenta del contenido gástrico; lo que los va diferencia es el tiempo, el vómito es agudo, mientras que el ERGE es crónico. Además, se tiene que hacer mención que el reflujo gastroesofágico es en cierta medida fisiológico. Pero este mismo proceso fisiológico se puede volver patológico una vez que cause síntomas, cambios y lesiones es el epitelio del esófago, y cuanto el numero de veces de reflujo se considera excesivo.

El ERGE se puede clasificar de 3 formas: ERGE erosiva o esofagitis péptica, ERGE no erosiva y Pirosis funcional, en donde las primeras dos serán diferenciadas dependiendo si causan lesiones o no a la mucosa del esófago; mientras que la pirosis funcional, será la presencia de síntomas, pero sin reflujo gastroesofágico.

Además, como se mencionará más adelante un 40% de la población experimenta pirosis por lo menos una vez en su vida. Esta enfermedad no tiene preferencias en el sexo, pero se ha visto que los hombres tienen una ERGE más intensa. De igual manera no existen diferencias en los síntomas conforme la edad, lo que si se menciona es que a mayores de 60 años se les ha encontrado un mayor marcaje de los síntomas, esto se deberá en medida por los cambios fisiológicos que experimenta el adulto mayor conforme va creciendo. Pero el ERGE se presenta con mayor frecuencia en mujeres que se encuentran embarazadas, esto debido a que muchas gestantes tienen una posición inadecuada al acostarse; estas posiciones frecuentemente son decúbito supino y decúbito lateral derecha, y si recordamos, estas mujeres cuentan con un peso adicional en el útero, el producto genera más presión en la cavidad abdominal y por consecuencia, tiende a distenderse de manera secundaria el esfínter esofágico inferior con mayor facilidad; además, en la posición decúbito lateral derecha, por anatomía, la curvatura menor del estomago se encuentra más unida al esfínter esofágico inferior, por ende, al acostarse en esa posición, el contenido gástrico causara un aumento de presión en las paredes del esfínter, y por consecuencia, al pasar del tiempo puede generar ERGE.

De igual manera se abordará el tema de la fisiopatología del ERGE, como es que ocurre este desbalance de ácido gástrico y de mecanismos de defensa de la mucosa. Este desbalance depende de igual manera de los factores de riesgo, entre los que se menciona con mayor importancia es el sobrepeso, las comidas copiosas, los hábitos tóxicos (alcoholismo, tabaquismo), el embarazo, la edad y los fármacos.

Y para culminar, el cuadro clínico se puede dividir en dos, en síntomas típicos y síntomas atípicos, los que toman mayor relevancia son los síntomas típicos, los cuales son la pirosis, regurgitación acida y en muchas ocasiones tos crónica, laringitis, asma y dolor torácico. De igual manera, en cuestiones de tratamiento, en este documento se hará hincapié sobre todo a las medidas no farmacológicas como son el bajar de peso, el evitar consumir comidas irritantes y copiosas, evitar hábitos nocivos (fumar y alcohol) y hacer ejercicio; en cuestión de medidas farmacológicas, existen diversos fármacos que nos ayudan a proteger la mucosa gástrica o a disminuir el ácido clorhídrico, y el que tiene más beneficios es el omeprazol.

Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico.

La 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.

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

- ERGE erosiva (esofagitis péptica), definida por la presencia de lesiones en el esófago distal.
- ERGE no erosiva, definida por la existencia de síntomas sin lesiones esofágicas.
- Pirosis funcional, definida por la presencia de síntomas sin reflujo gastroesofágico excesivo.

EPIDEMIOLOGÍA

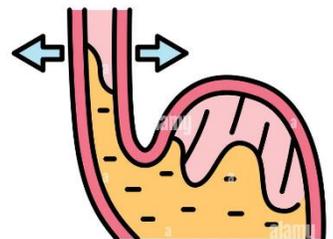
Es especialmente frecuente en las mujeres durante la gestación (la refiere un 25-70% de ellas). Entre las enfermedades que se asocian con una mayor frecuencia a ERGE se encuentran el síndrome de Zollinger- Ellison, en general, las personas mayores de 60 años presentan globalmente una enfermedad por reflujo más marcada desde el punto de vista endoscópico. Se estima 10% población padece.

En México: 40% de adultos tiene pirosis y/ o regurgitación al menos 1 vez al mes, 20% una vez a la semana y 7% diario casi todos consumen medicamentos que (-) secreción gástrica

CUADRO CLINICO

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 progresiva, 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).

Complicaciones

- **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.



Fisiopatología

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).

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

Diagnóstico:

Generalmente el diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico debe enfocarse en la realización de una anamnesis efectiva y selectiva para la determinación de un buen pronóstico en base a los signos y síntomas que se presentan. A su vez para la confirmación del diagnóstico es necesario la realización de endoscopias y la toma de muestra en caso de biopsias, otra prueba eficaz es identificar los cambios del pH en un periodo de 24-48 horas aproximadamente.

Tratamiento.

El objetivo del tratamiento depende de sus manifestaciones clínicas y/o morfológicas: para conseguir la remisión de los síntomas y la curación de las lesiones, evitar las recidivas, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida. Por ello se incluye medidas generales y medidas farmacológicas.

Medidas generales.

En las medidas generales, contamos con aquellas acciones que no propicien un aumento del pH gástrico, una relajación del esfínter esofágico inferior, un daño directo al epitelio mucoso del esófago y estómago. Por ello las medidas son básicas como medidas posturales, cambios en el estilo de vida y evitar ciertos fármacos.

En las medidas posturales se recomienda inclinar la cabecera de la cama unos 15-20cm, evitar reflujo posprandial, no acostarse después de comer (durante 2hrs de espera). Y estudios demuestran un beneficio dormide decúbito lateral izquierdo.

En las medidas dietéticas se debe evitar esos alimentos que irriten la mucosa esofágica, relajen el esfínter esofágico inferior, aumente la secreción gástrica y que produzcan una alteración en el vaciamiento gástrico.

- Comidas copiosas favorecen la distensión gástrica y la relajación transitoria del esfínter.
- Cítricos, chocolate, bebidas carbonatadas, tomate, especias, café y comida grasa disminuyen el tono del esfínter o irritan el esófago.
- Tabaco lesiona la pared mucosa del esófago, disminuye la secreción de saliva y disminuye presión del esfínter.
- Alcohol estimula la secreción gástrica y relaja el esfínter esofágico inferior, además disminuye la amplitud de ondas peristálticas.
- El sobrepeso aumenta la presión intraabdominal.
- El estrés, ansiedad y depresión aumentan los síntomas.
- Fármacos como alendrónicos, tetraciclinas, hierro y AINES lesionan la mucosa.
- Fármacos como las teofilinas, calcio antagonistas, anticolinérgicos, benzodiazepinas, alfa bloqueadores y progesterona disminuyen la presión del esfínter esofágico inferior.

Tratamiento farmacológico.

Antiácidos como los hidróxidos de aluminio y de magnesio neutralizan el ácido refluído, neutralizando el pH gástrico, inactivando la pepsina y aumenta el tono del esfínter. Sus efectos secundarios son alteraciones en ritmo cardiaco.

Procinéticos mejoran la actividad motora del esófago, aumenta presión del esfínter esofágico, aceleran el aclaramiento esofágico y aceleran el vaciamiento gástrico.

Inhibidores H₂ son fármacos que se unen competitivamente a receptores de histamina H₂ en células parietales gástricas, reduciendo en un 70% la secreción gástrica.

Inhibidores de la bomba de protones se ligan de forma irreversible a la bomba de protones de la célula parietal gástrica, reduciendo en un 90% la secreción ácida. El omeprazol es inhibidor del CYP450 2C, por lo que interfiere en el metabolismo hepático (anticolinérgicos orales, carbamazepina).

Otros fármacos como el sucralfato es un protector de la mucosa esofágica que no actúa sobre la secreción gástrica.

Comentario final.

Debemos recordar que el ERGE es una enfermedad crónica, que con el pasar del tiempo y entre más edad se tenga, la recurrencia de sus síntomas pueden ser más frecuentes e intensas; aunque no debemos confundir el ERGE con un reflujo gastroesofágico fisiológico, ya que, muchos de nosotros hemos tenido episodios de “eructos”, esto es completamente normal, lo que anormal o patológico, es que los reflujos gastroesofágicos (eructos) se vuelvan recurrentes, generando así un daño en la mucosa esofágica. Recordemos que de manera fisiológica el único órgano capaz de soportar un pH muy ácido es el estómago, esto debido a su conformación histológica, ya que cuenta con una capa de epitelio cilíndrico simple gástrico, el cual es capaz de producir moco y amortiguadores (BUFFER); mientras que el esófago tiene un epitelio escamoso estratificado no queratinizado, el cual no es capaz de soportar bajos niveles de pH.

Este daño en la mucosa y epitelio del esófago puede desencadenar varias complicaciones, entre las más frecuentes son: 1) estenosis péptica, la cual es una inflamación crónica de la mucosa esofágica, que como dato clínico es la disfagia, 2) la úlcera péptica, la cual puede cursar con una hemorragia crónica y 3) el esófago de Barret, el cual es una metaplasia intestinal de la mucosa escamosa del esófago, por un epitelio columnar caliciforme, esta complicación es también un predictor precanceroso, pudiendo convertirse en un adenocarcinoma de esófago.

Y para culminar, es importante recordar que el tratamiento inicial del ERGE son medidas no farmacológicas, el cambiar el estilo de vida al evitar comidas muy condimentadas, hacer ejercicio y tener una buena posición al dormir serán el mejor tratamiento para esta enfermedad.

Bibliografía.

- Gomez Ayala A. E. (2007). Enfermedad por reflujo gastroesofágico: clínica y tratamiento. *Farmacia profesional*. Vol 21 (no.7).
- Secretaria de Salud, Mexico. (-). Diagnostico de la esofagitis por reflujo en niños y adultos en los tres niveles de atención. *Secretaria de salud, México*.