

## Enfermedad por reflujo gastroesofágico



Fermín Mearin<sup>a</sup> y grupo de trabajo de la GPC para ERGE\*

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo. Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos. Centro Médico Teknon. Barcelona.

El diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) ha sufrido numerosos e importantes cambios durante los últimos años. La cantidad de información al respecto es enorme y, en muchas ocasiones, contradictoria. Los conceptos y recomendaciones que se vierten en este artículo de revisión están basados en la obtención de la mayor evidencia científica posible y se fundamentan, en gran parte, en una Guía de Práctica Clínica realizada en España y publicada recientemente<sup>1</sup>.

### Consideraciones conceptuales sobre la ERGE. ¿Qué vamos a diagnosticar y tratar?

Antes de empezar a describir cuál es actualmente la estrategia diagnóstica y terapéutica en la ERGE, es conveniente recordar algunos conceptos básicos que hacen más sencillo entender el abordaje de esta enfermedad.

El reflujo gastroesofágico se define como el paso de contenido gástrico o intestinal al esófago en ausencia de náuseas, vómitos o eructos. El reflujo es un fenómeno fisiológico, casi siempre sin consecuencias clínicas, que aparece especialmente después de las comidas, durante un breve período de tiempo, y que suele deberse a las relajaciones espontáneas del esfínter esofágico inferior.

La esofagitis por reflujo ocurre como consecuencia del reflujo gastroesofágico patológico, cuando produce alteraciones inflamatorias de la mucosa esofágica. Su diagnóstico precisa de la realización de una endoscopia. La pérdida de sustancia y/o la discontinuidad de la mucosa esofágica indica la presencia de esofagitis, pero no así los llamados «cambios menores», como son el eritema, edema y/o friabilidad<sup>2</sup>.

La hernia de hiato consiste en la introducción de la parte más proximal del estómago en la cavidad torácica a través del hiato del diafragma. En la mayoría de los casos no produce síntomas, pero puede manifestarse con molestias torácicas o propiciar síntomas de reflujo. Su presencia es mayor en pacientes con reflujo y puede favorecerlo, aunque ello no significa que sea la causa de ERGE<sup>3</sup>.

La ERGE engloba a todos los pacientes que presentan un menoscabo de su salud o un deterioro de su calidad de vida como consecuencia de los síntomas producidos por el reflujo. También incluye a todos aquellos pacientes que están expuestos al riesgo de complicaciones físicas (esofagitis) como consecuencia del reflujo gastroesofágico, una vez que se ha comprobado, con todas las exploraciones necesarias, la benignidad de sus síntomas<sup>2</sup>.

Se define como pirosis funcional la presencia de este síntoma (pirosis) en ausencia de reflujo esofágico patológico, alteraciones motoras esofágicas u otras causas conocidas<sup>4</sup>. Aquí se incluyen también aquellos pacientes con reflujo cuantitativamente normal durante la pH-metría esofágica ambulatoria y cuyos síntomas están asociados temporalmente con los escasos episodios de reflujo ácido.

Dependiendo de cuáles sean los hallazgos observados en la endoscopia, la ERGE se puede clasificar en: ERGE con endoscopia positiva (ERGE erosiva) y ERGE con endoscopia negativa (ERGE no erosiva). A este respecto es importante recordar que en más de la mitad de los pacientes con síntomas típicos de ERGE no se observa ninguna lesión esofágica en la endoscopia<sup>2</sup>.

La ERGE puede presentarse de forma típica o atípica. Los síntomas típicos y más significativos de ERGE son la pirosis y la regurgitación ácida. Otros síntomas que pueden acompañar a la ERGE son: eructos, náuseas, hipersalivación, disfagia, hipo y dolor epigástrico. Ocasionalmente la ERGE se puede presentar con síntomas atípicos que incluyen, entre otros, tos crónica, disfonía y dolor torácico.

### Diagnóstico de la ERGE

#### Utilidad de la clínica en el diagnóstico de la ERGE

Debido a la ausencia de una prueba diagnóstica definitiva (*gold standard*), no existen estudios concluyentes sobre la capacidad predictiva de los síntomas en el diagnóstico de la ERGE. No obstante, la sensibilidad y especificidad de la clínica en la ERGE parecen ser relativamente altas. Cuando la pirosis es el único síntoma, o el síntoma predominante, las posibilidades de que el paciente padezca una ERGE son superiores al 75%<sup>5</sup>. Así, la ERGE tiene gran probabilidad de estar presente cuando la pirosis ocurre dos o más días por semana, los síntomas aparecen predominantemente después de las comidas, rara vez despiertan al paciente, y mejoran con antiácidos (en ausencia de úlcera péptica)<sup>2</sup>. La utilización de una descripción de los síntomas (p. ej., «sensación de ardor o quemazón que empieza en el estó-

\*Este artículo está basado en la Guía de Práctica Clínica (GPC) de la de ERGE (Manejo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico) de la Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. Ed. Doyma, octubre 2001. Sus autores son: P. Alonso (Centro Cochrane Iberoamericano. Barcelona); X. Bonfill (Centro Cochrane Iberoamericano. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona); M. Fernández Jirones (Centro Documental del ICS. Centro Cochrane Iberoamericano. Barcelona); J. Ferrándiz (Gerencia de Atención Primaria. Área 11. Madrid); G. Martínez Sánchez (CAP Les Corts. Barcelona); F. Mearin (Centro Médico Teknon. Barcelona); M. Marzo (Centro Cochrane Iberoamericano. Barcelona); J.J. Mascort (CAP La Florida Sud. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona); J.M. Piqué (Hospital Clínico y Provincial. Barcelona); J. Ponce (Hospital La Fe. Valencia); M. Sáez (EAP Buena Vista. Boadilla del Monte. Madrid).

**Palabras clave:** Reflujo gastroesofágico. Diagnóstico. Tratamiento. Guía práctica clínica.

**Key words:** Gastroesophageal reflux. Diagnosis. Treatment. Clinical guidelines.

Correspondencia: Dr. F. Mearin. Servicio de Aparato Digestivo. Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos. Centro Médico Teknon. Vilana, 12. 08002 Barcelona. Correo electrónico: fmearin@meditex.es

Recibido el 11-11-2001; aceptado para su publicación el 18-12-2001.

mago o en la parte inferior del tórax y asciende hacia el cuello») y no sólo de términos aislados (ardor, quemazón) mejora la capacidad discriminativa de la anamnesis<sup>6</sup>. A su vez, el uso de sencillos cuestionarios autoadministrados puede mejorar la capacidad diagnóstica de la clínica<sup>7</sup>, aunque su utilidad no ha sido completamente validada.

Cuando la historia clínica es típica de ERGE no complicada, se puede comenzar con un tratamiento empírico mientras que aquellos que presentan síntomas que sugieren ERGE complicada deberán ser sometidos a exploraciones diagnósticas. No existe acuerdo acerca de si ciertos pacientes seleccionados (con ERGE intensa y de larga duración o que requieren tratamiento continuo) pueden beneficiarse de la realización de una endoscopia para estudiar la posible existencia de esófago de Barrett, ya que no todos los estudios han encontrado una relación entre estos factores y la presencia de metaplasia intestinal en el esófago<sup>8</sup>.

#### *Utilidad de la endoscopia en el diagnóstico de la ERGE*

Hay que recordar que, aunque la endoscopia sea muy útil para valorar la esofagitis, su sensibilidad en el diagnóstico de la ERGE es escasa. En más del 50% de los pacientes que padecen pirosis dos o más veces por semana no se encuentran lesiones endoscópicas de esofagitis<sup>2</sup>. Tampoco existe una buena correlación entre la intensidad o frecuencia de los síntomas de ERGE y la gravedad de las lesiones endoscópicas<sup>2</sup>.

Por tanto, no debe realizarse una endoscopia digestiva a todos los pacientes que aquejan síntomas de ERGE. De acuerdo con la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal<sup>9</sup> la endoscopia está indicada en las siguientes circunstancias: *a)* disfagia u odinofagia; *b)* síntomas que persisten o progresan estando en tratamiento; *c)* síntomas extraesofágicos de ERGE; *d)* síntomas en pacientes inmunodeprimidos; *e)* presencia de masas, estenosis o úlceras en un esofagograma previo; *f)* evidencia de hemorragia digestiva o anemia ferropénica, y *g)* cuando se va a plantear el tratamiento quirúrgico.

La endoscopia de seguimiento es generalmente innecesaria y sólo está indicada en los siguientes casos<sup>9</sup>: *a)* pacientes que no responden al tratamiento; *b)* ante la presencia de úlceras esofágicas, y *c)* cuando son necesarias biopsias y/o citologías adicionales para clarificar el diagnóstico.

La biopsia esofágica añade poca información a la endoscopia en la valoración de la esofagitis. En la biopsia esofágica no se demuestran signos de esofagitis en muchos pacientes con síntomas típicos de ERGE y exposición esofágica excesiva al ácido durante la pH-metría<sup>10</sup>. No obstante, la endoscopia con toma de biopsias es el único método fiable para el diagnóstico del esófago de Barrett. Cuando éste se sospecha endoscópicamente, es obligatoria la realización de biopsias múltiples. Sin embargo, su utilidad ante un esófago de apariencia normal para el diagnóstico de Barrett ultracorto no ha sido demostrada<sup>11</sup>. De hecho, no está clara la relación coste/eficacia de la realización de endoscopia para descartar esófago de Barrett<sup>12</sup>. Tampoco existe consenso en cuanto a la necesidad y periodicidad idónea con que deben llevarse a cabo los estudios de seguimiento.

En caso de existir síntomas otorrinolaringológicos, estará indicada la realización de una laringoscopia.

#### *Utilidad de la radiología con contraste en el diagnóstico de la ERGE*

En la actualidad no hay dudas de que la endoscopia tiene mayor sensibilidad y especificidad que la radiología baritada

en el diagnóstico y evaluación del daño mucoso esofágico. Aunque las esofagitis intensas o moderadas pueden visualizarse mediante esofagograma con doble contraste (sensibilidad del 98,7 y 81,6%, respectivamente), en los casos leves su sensibilidad es pequeña (24,6%)<sup>13</sup>. Además, la demostración fluoroscópica de reflujo gastroesofágico es de escaso valor en el diagnóstico de ERGE; puede ser positiva sólo en el 25 al 75% de los pacientes con ERGE y falsamente positiva en el 20% de los controles normales<sup>14</sup>.

#### *Utilidad de la pH-metría ambulatoria en el diagnóstico de la ERGE*

La precisión diagnóstica de la pH-metría esofágica ambulatoria se ha cuestionado en los últimos años debido a que, aunque su sensibilidad, especificidad y reproducibilidad son muy altas para distinguir a pacientes con síntomas típicos de reflujo de controles sanos, su eficacia disminuye considerablemente cuando el grupo a comparar son pacientes con ERGE pero sin esofagitis<sup>15</sup>. Por tanto, la pH-metría esofágica de 24 h no es lo suficientemente sensible como para ser considerada el *gold standard* en el diagnóstico de la ERGE.

Así, los pacientes con síntomas típicos de ERGE y esofagitis demostrada en la endoscopia se beneficiarán poco de la realización de una pH-metría esofágica ambulatoria. Sin embargo, esta exploración puede ser de utilidad diagnóstica cuando los síntomas son atípicos (p. ej., dolor torácico, manifestaciones respiratorias u otorrinolaringológicas)<sup>16</sup>. La realización de pH-metría durante el tratamiento también puede ser de ayuda cuando no existe una buena respuesta terapéutica para valorar la eficacia del tratamiento antisecreto<sup>17</sup>. La utilidad clínica de la cuantificación del reflujo biliar o alcalino o del reflujo no ácido/no alcalino continúa siendo controvertida.

#### *Utilidad de las pruebas de provocación en el diagnóstico de la ERGE*

El test de Bernstein, que evalúa la sensibilidad del esófago a la instilación intraluminal de ácido, es positivo en el 80% de los pacientes con esofagitis grave, pero cuando no existe esofagitis su sensibilidad disminuye al 40%<sup>18</sup>; además, un problema añadido es su posible negatividad en enfermos con esófago de Barrett<sup>19</sup>.

En la actualidad el test de Bernstein no se considera útil en el diagnóstico de ERGE y sólo se utiliza como prueba de provocación en algunos casos en que se sospecha que un dolor torácico puede ser secundario a reflujo gastroesofágico ácido.

#### *Utilidad de la manometría esofágica en el diagnóstico de la ERGE*

La presencia de un esfínter esofágico inferior hipotónico o de una alteración motora del cuerpo esofágico en un paciente con clínica de ERGE no sólo apoya el diagnóstico, sino que tiene implicaciones pronósticas, siendo mayor el índice de recurrencias; sin embargo, su utilidad clínica es discutible.

La manometría esofágica es el mejor método para localizar el esfínter esofágico inferior y, por tanto, situar adecuadamente el electrodo de pH-metría<sup>20</sup>.

Aunque la manometría esofágica se ha considerado necesaria antes de la realización de cirugía antirreflujo con el fin de disminuir el riesgo de disfagia postoperatoria, este aspecto no ha sido definitivamente confirmado<sup>21</sup>. El hecho es que en un estudio prospectivo en 107 pacientes, la realización de manometría esofágica hizo cambiar la actitud quirúrgica en el 10% de los casos<sup>22</sup>.

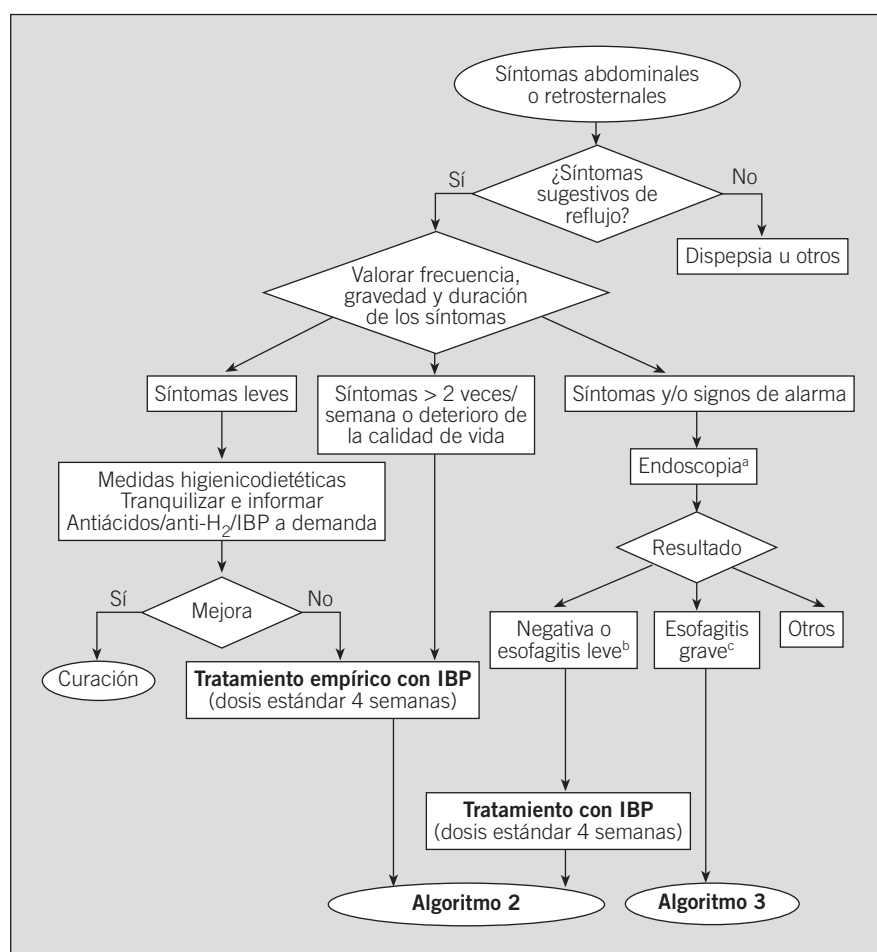


Fig. 1. Algoritmo 1 de diagnóstico y tratamiento inicial de la ERGE. <sup>a</sup>Se practicará endoscopia o se derivará al especialista en aparato digestivo para su realización; <sup>b</sup>esofagitis leve. Equivalente a los grados A-B de Los Ángeles o I-II de Savary-Miller; <sup>c</sup>esofagitis grave. Equivalente a los grados C-D de Los Ángeles o III-IV de Savary-Miller. IBP: inhibidores de la bomba de protones.

#### Utilidad del tratamiento empírico en el diagnóstico de la ERGE

Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son los fármacos de elección para efectuar un tratamiento empírico en la ERGE, y su sensibilidad aumenta cuando se utilizan dosis altas. La utilización de un tratamiento con omeprazol a dosis de 20 mg/12 h tiene una sensibilidad del 75% y una especificidad del 55% en el diagnóstico de ERGE cuando se compara con la endoscopia y pH-metría<sup>23</sup>. En otro estudio en que se utilizó omeprazol a dosis de 40 mg/día durante 14 días, el valor predictivo positivo y negativo de la prueba fue del 68 y el 63%, respectivamente, idénticas a las de la pH-metría esofágica<sup>24</sup>. Su utilidad también se ha demostrado en casos de laringitis crónica y de dolor torácico de origen incierto.

#### Tratamiento de la ERGE

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

Los fármacos disponibles para uso clínico se pueden diferenciar, según su acción farmacológica, en dos grandes grupos: los que actúan sobre la secreción ácida gástrica (antiácidos, alginatos y antisecretorios) y los que activan la motilidad digestiva (procinéticos).

#### Utilidad de los cambios de estilo de vida en el tratamiento de la ERGE

Los cambios en el estilo de vida, y las medidas higienicodietéticas se recomiendan con frecuencia en la estrategia terapéutica inicial de la ERGE. Entre ellos se incluye: evitar el sobrepeso, las comidas copiosas, el tabaco y las bebidas alcohólicas, así como dormir con la cabecera de la cama elevada y evitar el decúbito inmediatamente después de la comida. No obstante, una revisión sistemática de la bibliografía indica que muchas de estas medidas son empíricas y que existen pocos estudios que demuestren su eficacia<sup>25</sup>.

#### Utilidad de los antiácidos y los alginatos en el tratamiento de la ERGE

Los antiácidos y los alginatos actúan neutralizando la secreción ácida. Su utilidad se limita al control temporal de los síntomas. La mayoría de los estudios ha demostrado que su uso, aislado o combinado, es más eficaz que el placebo<sup>26,27</sup>.

#### Utilidad de los antagonistas H<sub>2</sub> en el tratamiento de la ERGE

Los antagonistas H<sub>2</sub> actúan bloqueando el receptor de histamina de la célula parietal. Los antagonistas H<sub>2</sub> son superiores al placebo en la mejoría sintomática de la ERGE y en la cicatrización de la esofagitis<sup>28</sup>, pero su eficacia es claramente inferior a los IBP.

### Utilidad de los inhibidores de la bomba de protones (IBP) en el tratamiento de la ERGE

Los IBP actúan sobre la bomba de protones celular, bloqueando la enzima  $H^+/K^+ATPasa$  y disminuyendo de forma intensa la secreción de ácido clorhídrico. En el momento actual se dispone de 4 fármacos: omeprazol, lansoprazol, pantoprazol y rabeprazol, a los que se añadirá el esomeprazol. La eficacia de los IBP es superior a la de los antagonistas  $H_2$ , tanto en el tratamiento sintomático a corto plazo como en la curación de la esofagitis o el control de las recurrencias<sup>29</sup>.

La utilidad de los diferentes IBP es muy similar, tanto en el tratamiento agudo como en la prevención de las recurrencias<sup>29</sup>, aunque hay estudios recientes que indican cierta superioridad del esomeprazol en relación con el omeprazol<sup>30</sup>. Ante la presencia de un fracaso terapéutico es aconsejable doblar la dosis estándar del IBP. Por el contrario, durante el tratamiento de mantenimiento, dosis inferiores a las habituales pueden ser también eficaces<sup>31</sup>.

Actualmente se están ensayando nuevas pautas terapéuticas, como son el tratamiento intermitente y el tratamiento «a demanda», con la intención de que el paciente tome el fármaco sólo si tiene síntomas. Los resultados iniciales conseguidos con el tratamiento «a demanda» son esperanzadores<sup>32</sup>.

### Utilidad de los procinéticos en el tratamiento de la ERGE?

Los fármacos procinéticos aumentan la capacidad contráctil de la musculatura digestiva, y su utilidad potencial se basa

en su capacidad para estimular la motilidad esofagogástrica, aumentar el tono del esfínter esofágico inferior y acelerar el vaciamiento gástrico. En este grupo se incluyen la metoclopramida, la domperidona, la cisaprida y la cinitaprida. La cisaprida ha sido el procinético más estudiado y empleado en el tratamiento de la ERGE; su eficacia es comparable a la de los antagonistas- $H_2$ , pero muy inferior a la de los IBP<sup>2</sup>. Por otra parte, la aparición de efectos adversos cardiovasculares en algunos pacientes ha limitado enormemente su uso clínico.

### Papel de la cirugía en el tratamiento de la ERGE

El tratamiento quirúrgico tiene como objetivo reconstruir la barrera antirreflujo. La técnica quirúrgica más ampliamente aceptada es la funduplicatura. El abordaje de la intervención quirúrgica puede ser por la vía abierta –o clásica– o por vía laparoscópica.

Las posibles indicaciones de la cirugía son el fracaso de la medicación (recurrencias frecuentes, intolerancia al tratamiento farmacológico) y/o el deseo expreso del paciente. Está especialmente indicada en pacientes jóvenes y el porcentaje de éxito es de aproximadamente el 90% a los 10 años, tanto para el control de los síntomas como para la prevención de la sobreexposición al ácido y las lesiones endoscópicas<sup>33</sup>.

Los resultados de la cirugía antirreflujo dependen en gran manera de la experiencia del cirujano en relación con la técnica aplicada. La mortalidad operatoria es generalmente inferior al 0,5% y la morbilidad de aproximadamente el 5%,

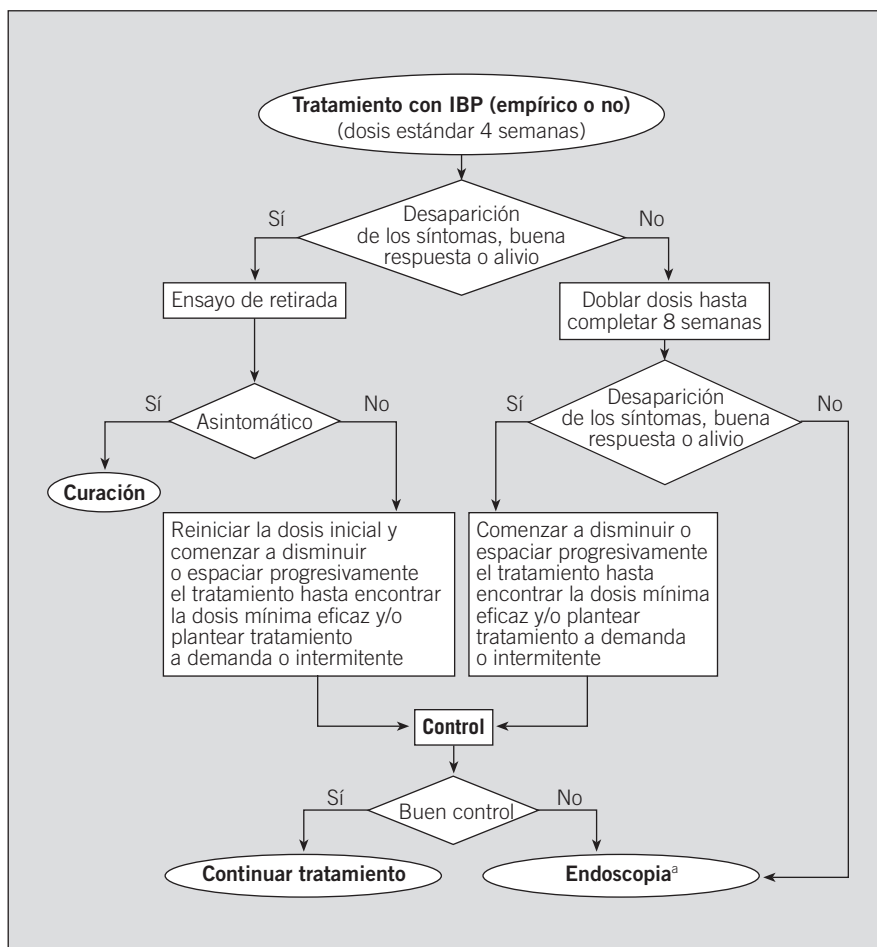


Fig. 2. Algoritmo 2 de tratamiento empírico de la ERGE. <sup>a</sup>Se practicará endoscopia o se derivará al especialista en aparato digestivo para su realización. IBP: inhibidores de la bomba de protones.

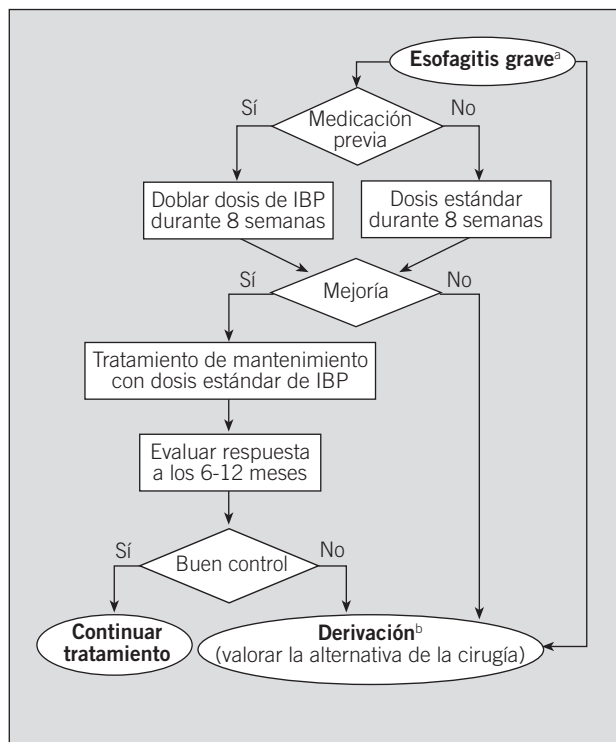


Fig. 3. Algoritmo 3 de tratamiento de la esofagitis grave. <sup>a</sup>Esofagitis grave: equivalente a los grados C-D de Los Angeles o III-IV de Savary-Miller; <sup>b</sup>el hallazgo de complicaciones de la ERGE tales como esófago de Barrett o estenosis requieren evaluación por parte de su especialista. IBP: inhibidores de la bomba de protones.

incluyendo complicaciones médicas y quirúrgicas<sup>34</sup>. Las molestias posquirúrgicas más frecuentes son la disfagia, la distensión gástrica con imposibilidad de eructar (*gas-bloating syndrome*), la dificultad para el vómito, así como la plenitud posprandial y la saciedad temprana.

No existen datos suficientes, obtenidos de la comparación a largo plazo del tratamiento quirúrgico con el médico, pero la efectividad parece ser bastante similar<sup>35</sup>.

### Resumen de las recomendaciones para el abordaje práctico de la ERGE

Por su posible utilidad práctica, se adjuntan las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas relacionadas con la ERGE (anexo 1), así como los algoritmos de actuación recientemente publicados en la Guía de Práctica Clínica<sup>1</sup> (figs. 1-3).

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía de Práctica Clínica (GPC) de la ERGE (Manejo del paciente con enfermedad por reflujo gastro-esofágico) de la Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericanos. Barcelona: Ed. Doyma, 2001.
2. Dent J, Brun J, Fendrick AM, Fennerty MB, Janssens J, Kahrilas PJ, et al. An evidence-based appraisal of reflux disease management-The Genval Workshop Report. *Gut* 1999;44(Suppl 2):1-16.
3. Weinberg DS, Kadish SL. The diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Med Clin North Am* 1996;80:411-29.
4. Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Kock KL, Malagelada JR, Tytgat GNJ. Functional gastroduodenal disorders. *Gut* 1999;45(Suppl 2):37-42.
5. Klauser AG, Schindbeck NE, Müller-Lissner SA. Symptoms in gastro-oesophageal reflux disease. *Lancet* 1990;335:205-8.
6. Carlsson R, Dent J, Bolling-Sternevald E, Johnsson F, Junghard O, Lauritsen K, et al. The usefulness of a structured questionnaire in the assessment of symptomatic gastroesophageal reflux disease. *Scand J Gastroenterol* 1998;33:1023-9.
7. Locke GR, Talley NJ, Weaver AL, Zinsmeister AR. A new questionnaire for gastroesophageal reflux disease. *Mayo Clin Proc* 1994;69:539-47.
8. Johnson DA, Winters C, Spurling TJ, Chobanian SJ, Cattau EL Jr. Esophageal acid sensitivity in Barrett's esophagus. *J Clin Gastroenterol* 1987;9:23-7.
9. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. The role of endoscopy in the management of GERD: guidelines for clinical application. From the ASGE. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. *Gastrointest Endosc* 1999;49:834-83.
10. Collins BJ, Elliott H, Sloan JM, McFarland RJ, Love AH. Oesophageal histology in reflux esophagitis. *J Clin Pathol* 1985;38:1265-72.
11. Spechler SJ, Zerogian JM, Antonioli DA, Wang HH, Goyal RK. Prevalence of metaplasia at the gastro-oesophageal junction. *Lancet* 1994;344:1533-5.
12. Provenzale D, Schmitt C, Wong JB. Barrett's esophagus: a new look at surveillance based on emerging estimates of cancer risk. *Am J Gastroenterol* 1994;8:2043-53.
13. Creteur V, Thoeni RF, Federle MP, Cello JP, Moss AA, Ominsky SH, et al. The role of single and double-contrast radiography in the diagnosis of reflux esophagitis. *Radiology* 1983;147:71-5.
14. Johnston BT, Troshinsky MB, Castell JA, Castell DO. Comparison of barium radiology with esophageal pH monitoring in the diagnosis of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 1996;91:1181-5.
15. Ghillebert G, Demeyere AM, Janssens J, Vantrappen G. How well can quantitative 24-hour intraesophageal pH monitoring distinguish various degree of reflux disease? *Dig Dis Sci* 1995;40:1317-24.
16. Jacob P, Kahrilas PJ, Herzog G. Proximal esophageal pH-metry in patients with «reflux laryngitis». *Gastroenterology* 1991;100:305-10.
17. Klinkenberg-Knol EC, Meuwissen SG. Combined gastric and oesophageal pH-metry in patients with reflux disease, resistant to omeprazole. *Aliment Pharmacol Therap* 1990;4:485-9.
18. Battle WS, Nyhus LM, Bombeck GT. Gastroesophageal reflux: diagnosis and treatment. *Ann Surg* 1973;177:560-5.
19. Johnson DA, Winters C, Spurling TJ, Chobanian SJ, Cattau EL Jr. Esophageal acid sensitivity in Barrett's esophagus. *J Clin Gastroenterol* 1987;9:23-7.
20. Monés J, Clavé P, Mearin F. Esophageal pH monitoring: are you sure that the electrode is properly placed? *Am J Gastroenterol* 2001;96:975-8.
21. Fibbe C, Luyer P, Keller J, Strate U, Emmermann A, Zorning C. Esophageal motility in reflux disease before and after funduplication: A prospective, randomized, clinical and manometric study. *Gastroenterology* 2001;121:5-14.
22. Waring JP, Hunter JG, Oddsdottir M, Wo J, Katz E. The preoperative evaluation of patients considered for laparoscopic antireflux surgery. *Am J Gastroenterol* 1995;90:35-8.
23. Johnsson F, Weywadt L, Sonhaug JN, Hernquist H, Bengtsson L. One-week omeprazole treatment in the diagnosis of gastro-oesophageal reflux disease. *Scand J Gastroenterol* 1998;33:15-20.
24. Schenk BE, Kuipers EJ, Klinkenberg-Knol EC, Festen HP, Jansen EH, Tuynman HA, et al. Omeprazole as a diagnostic tool in gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 1997;92:1997-2000.
25. Meining A, Classen M. The role of diet and lifestyle measures in the pathogenesis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2000;95:2692-7.
26. Earnest D, Robinson M, Rodríguez-Stanley S, Ciociola AA, Jaffe P, Silver MT, et al. Managing heartburn at the «base» of the GERD «iceberg»: efferescent ranitidine 150 mg b.d. provides faster and better heartburn relief than antacids. *Aliment Pharmacol Ther* 2000;14:911-8.
27. Chatfield S. Comparison of the efficacy of the alginate preparation, Gaviscon Advance, with placebo in the treatment of gastro-oesophageal reflux disease. *Curr Med Res Opin* 1999;15:152-9.
28. Chiba N, De Gara CJ, Wilkinson JM, Hunt RH. Speed of healing and symptom relief in grade II to IV gastroesophageal reflux disease: a meta-analysis. *Gastroenterology* 1997;112:1798-1810.
29. Systematic review of PPI and H2A in GORD. Bandolier, 1997. Disponible en: <http://www.jr2.ox.ac.uk/Bandolier/bandopubs/gordf/gord.html>
30. Richter JE, Kahrilas PJ, Johanson J, Maton P, Breiter JR, Hwang C, et al. Efficacy and safety of esomeprazole compared with omeprazole in GERD patients with erosive esophagitis: a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol* 2001;96:656-65.
31. Jones R, Crouch SL. Low-dose lansoprazole provides greater relief of heartburn and epigastric pain than low-dose omeprazole in patients with acid-related dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 1999;13:413-9.
32. Lind T, Havelund T, Lundell L, Glise H, Lauritsen K, Pedersen SA, et al. On demand therapy with omeprazole for the long-term management of patients with heartburn without oesophagitis—a placebo-controlled randomized trial. *Aliment Pharmacol Ther* 1999;13:907-14.
33. Katzka DA. Digestive system disorders: gastroesophageal reflux disease. *West J Med* 2000;173:48-53.
34. Rantanen TK, Salo JA, Sipponen JT. Fatal and life-threatening complications in antireflux surgery: analysis of 5,502 operations. *Br J Surg* 1999;86:1573-7.
35. Nilsson G, Larsson S, Johnsson F. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open fundoplication: blind evaluation of recovery and discharge period. *Br J Surg* 2000;87:873-8.

## ANEXO 1

Resumen de las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de la ERGE<sup>1</sup>**Diagnóstico**

## Por síntomas

- B El paciente que presenta síntomas típicos de ERGE puede diagnosticarse a partir de la historia clínica y generalmente no requiere otras investigaciones
- B Durante la anamnesis es conveniente utilizar un vocabulario sencillo y describir los términos al paciente (p. ej., el término «pirosis» se puede describir como ardor o quemazón que va desde el estómago hacia el cuello)

## Papel del tratamiento empírico

- A El ensayo terapéutico con inhibidores de la bomba de protones (IBP) tiene valor diagnóstico en los pacientes con síntomas típicos de ERGE
- A El ensayo terapéutico con IBP tiene mayor valor diagnóstico cuando se emplean dosis superiores a la estándar
- B El ensayo terapéutico con IBP también puede tener un valor diagnóstico en los síntomas atípicos

## Endoscopia

- B La endoscopia digestiva no está indicada como método diagnóstico inicial en todos los pacientes que aquejan síntomas típicos de ERGE
- La endoscopia digestiva debe realizarse ante la presencia de síntomas o signos de alarma: disfagia, odinofagia, pérdida de peso, hematemesis, anemia y melenas

## Otros métodos diagnósticos

- B La pH-metría está indicada para investigar la presencia de reflujo en pacientes que no responden al tratamiento empírico y presentan una endoscopia negativa
- La pH-metría debe ir precedida de la realización de una endoscopia
- La radiología con contraste, el test de Bernstein y la manometría esofágica no son métodos diagnósticos de la ERGE en atención primaria y, de manera excepcional, en la atención especializada

**Tratamiento**

## Estilos de vida

- En los pacientes con síntomas de reflujo gastroesofágico, sobre todo leves, se recomienda realizar consejo sanitario acerca de los estilos de vida y medidas higienicodietéticas
- El médico de atención primaria puede ayudar a identificar y modificar los factores que pueden desencadenar o agravar la sintomatología del paciente

## Antiácidos y alginatos

- A Los antiácidos y los alginatos son menos eficaces que los anti-H<sub>2</sub> e IBP para el tratamiento de la ERGE
- Los antiácidos y los alginatos pueden ser eficaces en el control esporádico de los síntomas leves

Antagonistas H<sub>2</sub>

- A Los antagonistas anti-H<sub>2</sub> son más eficaces que el placebo en el tratamiento de los síntomas de la ERGE y la curación de la esofagitis
- A El aumento de la dosis de anti-H<sub>2</sub> no ha demostrado beneficio

## Inhibidores de la bomba de protones

- A En el tratamiento de los síntomas de la ERGE en los pacientes a quienes no se les ha realizado endoscopia o ésta es negativa, los IBP han demostrado ser eficaces tanto en terapia continua como «a demanda»
- A Los IBP también han demostrado ser eficaces en la curación de la esofagitis. Ante un fracaso terapéutico se debe considerar doblar la dosis de estos fármacos
- A Los IBP se han revelado eficaces en el tratamiento de mantenimiento y la prevención de las recurrencias. Una reducción de las dosis estándar también puede prevenir las recurrencias
- A El tratamiento intermitente con IBP en pacientes con síntomas y/o con esofagitis leve es moderadamente efectivo
- A No existen diferencias importantes entre los IBP disponibles actualmente para uso clínico (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol y esomeprazol)
- Parece razonable realizar un ensayo de retirada en los pacientes que responden adecuadamente al tratamiento empírico inicial. En los pacientes que requieran tratamiento a largo plazo se debe buscar un ajuste del tratamiento hasta encontrar la dosis mínima eficaz, lo que implica disminuir progresivamente la dosis y/o cambiar de grupo farmacológico

Inhibidores de la bomba de protones frente a anti-H<sub>2</sub>

- A Los IBP son los fármacos más efectivos en el tratamiento de la ERGE, tanto en el tratamiento de los síntomas a corto plazo, en la curación de la esofagitis, cualquiera que sea la gravedad, como en el tratamiento de mantenimiento y la prevención de las recurrencias

## Procinéticos

- B La cisaprida no se debe considerar un tratamiento habitual de la ERGE debido a sus efectos secundarios cardiovasculares y debe reservarse para pacientes muy concretos del ámbito hospitalario
- D Evitar la administración concomitante de cisaprida con fármacos que prolonguen el intervalo Q-T y con los que aumenten las concentraciones séricas de cisaprida

## Tratamiento quirúrgico

- B La cirugía antirreflujo es una opción terapéutica comparable en eficacia al tratamiento farmacológico del paciente con ERGE
- Las posibles indicaciones de la cirugía son el fracaso de la medicación (recurrencias frecuentes, intolerancia al tratamiento farmacológico) y/o el deseo expreso del paciente
- Es necesario personalizar la opción del tratamiento quirúrgico e informar al paciente de su existencia y de sus beneficios y riesgos. En general, el contexto, la experiencia del equipo quirúrgico y las preferencias del paciente desempeñan un papel muy relevante

A, B, C, D: grado de recomendación; : recomendación por consenso del grupo revisor.

*Niveles de evidencia y grado de recomendación*

Se establecen 5 niveles de evidencia (de 1 a 5) y 4 grados de recomendación (de A a D). El grado de recomendación A, el más alto, es imperativo y extremadamente recomendable y se corresponde con estudios de nivel 1. El grado de recomendación B, entendiendo como una recomendación favorable, pero no imperativa, se corresponde con estudios de nivel 2 o 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1. El grado de recomendación C, entendida como una recomendación favorable pero de forma no conclusiva, se corresponde con estudios de nivel 4 o extrapolaciones de estudios de nivel 2 o 3. El grado de recomendación D, el cual ni recomienda ni desaprueba la intervención a realizar, se corresponde con estudios de nivel 5 o estudios no concluyentes o inconsistentes de cualquier nivel.