

CASO

CLÍNICO 2

Enfermedad por
reflujo gastroesofágico

Dr. Enrique Coss Adame

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Autor

Dr. Enrique Coss Adame

Gastroenterología y Neurogastroenterología y Motilidad Gastrointestinal
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Departamento de Gastroenterología y Laboratorio de Motilidad Gastrointestinal

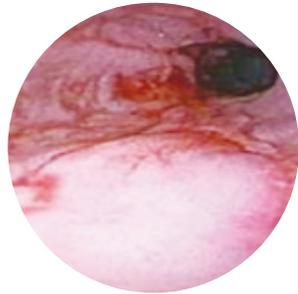
Caso clínico	Ficha de identificación Nombre: IGJ Edad: 45 años Sexo: Masculino Lugar de nacimiento: CDMX Lugar de residencia: CDMX	Antecedentes personales	Cuadro clínico
Antecedentes heredofamiliares	Carga genética para diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica.	Personales no patológicos Habita casa con todos los servicios, come 3 veces al día, baño diario, alimentación con exceso de consumo de carbohidratos. Vacunaciones al corriente.	Presenta pirosis y regurgitación desde hace 4 meses, posterior a transgresión de dieta y consumo abundante de alimentos. Presentaba pirosis al menos 3 veces por semana, de predominio posprandial y nocturno, que lo despertaba por la noche, obligándolo a tomar alimentos y agua para mejorar sus síntomas. Posteriormente presenta disfagia a sólidos, por lo que acude a médico. Se realiza panendoscopia de tubo digestivo alto (Figura 1). Se le prescribe inhibidor de bomba de protones, omeprazol 20 mg 30 min antes de desayuno por 4 semanas, con lo que mejoraron sus síntomas un 80%, sin embargo, continuó con pirosis por la noche. Acude de nueva cuenta para evaluar qué otro tipo de tratamiento utilizar para completar la mejoría.
Exploración física	Signos vitales TA: 125/76 mm Hg Frecuencia cardíaca: 78 lpm Frecuencia respiratoria: 15 rpm Temperatura: 36.7 °C Peso: 83 kg Estatura :1.65 m IMC: 30.4 kg/m ²	Buena coloración de tegumentos. Sin evidencia de alteraciones a la exploración física. Sin masas en abdomen, sin dolor abdominal. No visceromegalias.	

Figura 1.



SOSPECHA DIAGNÓSTICA

Enfermedad por reflujo gastroesofágico, evaluar el fenotipo con endoscopia



PANENDOSCOPIA

Se observan erosiones lineales en tercio distal del esófago, que confluyen entre sí, pero sin sobrepasar el 75 % de la circunferencia del esófago, sin zonas de estenosis. Se observa una pequeña hernia hiatal de 2 cm de largo. No tumoraciones. Sin sangrado de tubo digestivo. El paso del endoscopio a cavidad gástrica es sin dificultad, la cámara gástrica con pliegues conservados, sin lesiones mucosas, píloro central, en retroflexión se observa hernia hiatal Hill grado III, duodeno sin alteraciones.

DIAGNÓSTICO FINAL

Enfermedad por reflujo gastroesofágico variante erosiva clasificación C de los Ángeles

TRATAMIENTO

Se decide adjuntar una barrera esofágica compuesta por ácido hialurónico, sulfato de condroitina más poloxámero 407 en sobres, tomando uno después de cada alimento y uno antes de dormir por 2 semanas, adicional al omeprazol, el cual se incrementa a 40 mg cápsulas 30 minutos antes de desayuno por 4 semanas. Con ello reporta mejoría y se dan recomendaciones higiénico-dietéticas para prevenir recurrencia.

DISCUSIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico presenta múltiples variantes, denominados fenotipos de

la enfermedad.¹ Se debe de individualizar el tratamiento de acuerdo con el subtipo de afectación y la respuesta inadecuada a inhibidores de la bomba de protones (enfermedad refractaria). Se reconocen hoy en día 9 escenarios de la enfermedad por reflujo refractaria (Cuadro 1).² De acuerdo con esta clasificación el paciente presenta el segundo escenario donde hay persistencia de ácido con hernia hiatal pequeña.

Ante este escenario, es necesario reforzar el tratamiento médico, en este caso, se optó por incremento de inhibidor de bomba de protones a doble dosis, y se agregó una barrera esofágica compuesta por ácido hialurónico, sulfato de condroitina y poloxámero 407 para favorecer un alivio más rápido de la sintomatología.

En relación con el último tratamiento, se ha visto que el ácido hialurónico y sulfato de condroitina se puede usar como terapia adjunta al inhibidor de bomba de protones para favorecer una más rápida mejoría.³

El ácido hialurónico y sulfato de condroitina, generan una capa que aísla la mucosa del esófago del contenido regurgitado desde el estómago al esófago, protegiendo así y evitando el contacto directo. Con ello se favorece la cicatrización y la mejoría de los síntomas en pacientes con ERGE.⁴



Cuadro 1



Escenario	Características clínicas
1. Exceso de ácido con hernia hiatal grande	Exposición anormal al ácido > 6% Hernia hiatal \geq 3 cm
2. Exceso de ácido con hernia hiatal pequeña / ausente	Exposición anormal al ácido > 6% Hernia hiatal < 3 cm o ausente
3. Sensibilidad al reflujo con pirosis, con exposición al ácido normal y con hernia hiatal grande	Exposición normal al ácido \leq 6% Probabilidad asociación de síntomas positivo para pirosis Hernia hiatal \geq 3 cm
4. Sensibilidad al reflujo con regurgitación, con exposición al ácido normal y con hernia hiatal grande	Exposición normal al ácido \leq 6% Probabilidad asociación de síntomas positivo para regurgitación Hernia hiatal \geq 3 cm
5. Sensibilidad al reflujo con pirosis, con exposición al ácido normal y con hernia hiatal pequeña o ausente	Exposición normal al ácido \leq 6% Probabilidad asociación de síntomas positivo para pirosis Hernia hiatal \leq 3 cm o ausente
6. Sensibilidad al reflujo con regurgitación, con exposición al ácido normal y con hernia hiatal pequeña o ausente	Exposición normal al ácido \leq 6% Probabilidad asociación de síntomas positivo para regurgitación Hernia hiatal \leq 3 cm o ausente
7. Episodios de reflujo elevados y hernia hiatal grande	Exposición normal al ácido \leq 6% Probabilidad asociación de síntomas negativo para pirosis \geq 80 episodios de reflujo por pH-metría Hernia hiatal \geq 3 cm
8. Episodios de reflujo elevados con hernia hiatal pequeña o ausente	Exposición normal al ácido \leq 6% Probabilidad asociación de síntomas negativo para pirosis \geq 80 episodios de reflujo por pH-metría Hernia hiatal \leq 3 cm o ausente
9. Estudio negativo para ERGE	Exposición normal al ácido \leq 6% Probabilidad asociación de síntomas negativo para pirosis \leq 80 episodios de reflujo por pH-metría Hernia hiatal ausente

Fuente: tomado de Yadlapati R, Vaezi MF, Vela MF, Spechler SJ, Shaheen NJ, Richter J, et al. Management options for patients with GERD and persistent symptoms on proton pump inhibitors: recommendations from an expert panel. Am J Gastroenterol. 2018;113:980-6.

REFERENCIAS

- 1) Katzka DA, Pandolfino JE, Kahrilas PJ. Phenotypes of Gastroesophageal Reflux Disease: Where Rome, Lyon, and Montreal Meet. Clin Gastroenterol Hepatol. 2020;18:767-76.
- 2) Yadlapati R, Vaezi MF, Vela MF, Spechler SJ, Shaheen NJ, Richter J, et al. Management options for patients with GERD and persistent symptoms on proton pump inhibitors: recommendations from an expert panel. Am J Gastroenterol. 2018;113:980-6.
- 3) Savarino V, Pace F, Scarpignato C. Randomised clinical trial: mucosal protection combined with acid suppression in the treatment of non-erosive reflux disease - efficacy of Esoxx, a hyaluronic acid-chondroitin sulphate based bioadhesive formulation. Aliment Pharmacol Ther. 2017;45:631-42.
- 4) Palmieri B, Merighi A, Corbascio D, et al. Fixed combination of hyaluronic acid and chondroitin-sulphate oral formulation in a randomized double blind, placebo controlled study for the treatment of symptoms in patients with non-erosive gastroesophageal reflux. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2013;17:3272-8.

