

CARRERA DE MEDICINA

Nombre del Ensayo

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Autor

Marceley Jesús Barcia Piguave

Curso & Paralelo

4 to semestre "A"

Asignatura

Fisiopatología

Fecha

10 de febrero del 2018
Manta- Manabí - Ecuador



Resumen

El estómago segrega ácido y pepsina, necesarios para la digestión de los alimentos. Si la el anillo que se encuentra entre el esófago y el estómago denominado esfínter gastroesofágico se relaja en exceso, permite el escape del ácido hacia el esófago. Cuando esto se repite con demasiada frecuencia, produce síntomas y, en algunos casos, pequeñas heridas debidas al efecto corrosivo de sus componentes produciendo una esofagitis erosiva. Existen manifestaciones típicas y atípicas, que son el resultado de la disfunción de la barrera gastroesofágica. Las complicaciones que se pueden presentar si no se tratan a los síntomas a tiempo podrían ser esófago de Barret. Este problema de salud pública es muy frecuente y es necesario conocer cuáles son las consecuencias de no tratarlo a tiempo.

Abstrac

The stomach segregates acid and pepsin, necessary for the digestion of the food. If the aniño who is between(among) the esophagus and the stomach named sphincter gastroesofágico relaxes in excess, it(he,she) allows the leak of the acid towards the esophagus. When this repeats itself too often, it(he,she) produces symptoms and, in some cases, small wounds due to the corrosive effect of his(her,your) components producing an erosive esofagitis. There exist typical and atypical manifestations, which are the result of the dysfunction of the barrier gastroesofágica. The complications that they can present if they do not treat each other to the symptoms in time might be A Barret's esophagus. This problem of public health is very frequent and it is necessary to know which are the consequences of not treating it in time.

Introducción

Cuando ingerimos los alimentos estos se desplazan desde la garganta hacia el estómago a través del esófago y un anillo de fibras musculares en la parte inferior del esófago impide que el alimento deglutido vuelva a subir. Estas fibras musculares se denominan esfínter esofágico inferior; cuando se produce una dilatación de este esfínter en un momento imprudente o más bien luego de que los alimentos ya se han acentuado en el estómago, esto provoca un reflujo de estas sustancias que no se han digerido completamente aun en el estómago, esto se refleja con lo que el paciente describe como un acides estomacal que en si en lo que se denomina pirosis. Aunque suelen presentarse manifestaciones clínicas típicas, también existen síntomas atípicos que dificultan el diagnostico, esas manifestaciones son el producto de la disfunción de la barrera antirreflejo, la cual puede surgir a partir de varios mecanismos que resultan del desequilibrio de los factores defensivos y los factores agresivos de esta barrera. Además existen factores predisponentes para esta enfermedad desde el estrés de las rutina diaria, habitos alimenticios inadecuados, consumo excesivo de alcohol, entre otros.

El tratamiento podría estar dedicado a un cambio estricto en la dieta pero también se ha visto necesario el uso de fármacos para lograr contrarrestar los efectos del reflujo gástrico. Las manifestaciones que se suelen presentar afectan la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad, aunque este reflujo puede suceder por un simple cambio de posición es necesario acudir al médico si estos signos resultan repetitivos y alarmantes, además que el diagnóstico diferencial se debe tener muy en cuenta por la afectación a otros sistema como el respiratorio.

Desarrollo

Se entiende por reflujo gástrico al paso del contenido gástrico al esófago, esta sustancia que en si es el reflujo puede provenir del estómago o del duodeno; esta situación ocasionalmente suele suceder en personas sanas, sin embargo resulta ser un problema frecuente en quienes padecen enfermedad por reflujo gastroesofágico, razón por la cual se la denomina de tal forma.

En condiciones fisiológicas normales el esfínter gastroesofágico impide el paso de los alimentos del estómago hacia el esófago cuando este esfínter se relaja permitiendo el reflujo de los alimentos.

“El estómago segrega ácido y pepsina, necesarios para la digestión de los alimentos. Si la válvula que separa el esófago del estómago se relaja en exceso, permite el escape del ácido hacia el esófago. Cuando esto se repite con demasiada frecuencia, produce síntomas y, en algunos casos, pequeñas heridas (erosiones) debidas al efecto corrosivo de sus componentes (esofagitis erosiva). Si la calidad de vida del enfermo se altera por este fenómeno o simplemente aparecen lesiones en el esófago (aunque éstas no lleguen a producir síntomas) decimos que el enfermo padece una enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). La hernia del hiato es una alteración anatómica que, a veces, puede favorecer el reflujo.” (Alcedo, 2004)

Con el pasar del tiempo la patogenia de esta enfermedad ha cambiado desde creer que esta solía producirse desencadenada por factores anatómicos como el ya mencionado hernia de hiato y que en la actualidad a esta teoría se le suma otro factor desencadenante que es la disfunción del esfínter esofágico inferior.

“Actualmente el conocimiento más exhaustivo de la fisiopatología de la ERGE, derivado de la introducción de los estudios funcionales (manometría esofágica y pH-metría), permite afirmar que su patogenia es multifactorial, aceptándose que la ERGE sería el resultado del desequilibrio entre factores defensivos y factores agresivos al nivel de la mucosa esofágica”. (A. Arín, 2003)

Entre los factores defensivos del ERGE se encuentran la barrera antireflujo que si bien está compuesta por el esfínter esofágico inferior, la crura diafragmática, el ligamento freno esofágico y por la porción intraabdominal del esófago, el aclaramiento esofágico que

permite la normalización del pH intraesofágico merced al peristaltismo primario y la resistencia de la mucosa esofágica; y en cuanto a los factores nocivos, el ácido refluido 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 disfunción de la barrera anti-reflujo estará ocasionada por la pérdida del equilibrio entre los factores defensivos y nocivos ya mencionados.

Existen tres mecanismos por los cuales esta barrera anti reflujo puede perder funcionalidad mediante el desequilibrio de sus factores defensivos y agresivos.

Hipotonía del esfínter esofágico inferior (EEI)

Entre 12 y 30 mmhg es el tono basal en el que se encuentra el esfínter esofágico inferior en un apersona sana, sin embargo este varía durante el día, ya sea por factores desencadenantes como la ingesta de ciertos alimentos, fármacos, entre otros. Esta hipotonía se considera severa cuando el tono basal es menor a 5mm hg, lo que da lugar al reflujo espontáneo del contenido gástrico hacia el esófago. Existe hipotonía moderada con valores presivos basales ligeramente superiores a 10 mm de Hg.

Relajaciones transitorias inadecuadas del EEI

“Reciben el nombre de relajaciones transitorias del EEI (RTEEI) los descensos bruscos y de gran duración (>10 s) de la presión esfinteriana, descensos no relacionados con la deglución y que por lo tanto no se acompañan, en el registro de manometría, de una secuencia peristáltica” (A. Arín, 2003)

Hernia de hiato

“Definida como desplazamiento de la unión esofagogástrica por encima del hiato esofágico del diafragma y que incluye una porción mayor o menor del estómago, ha sido implicada en la patología de la ERGE.” (A. Arín, 2003)

La HH favorece el desarrollo de la ERGE a través de los siguientes mecanismos:

- Pérdida del soporte extrínseco del diafragma crural sobre el EEI.
- Interacción con un EEI hipotónico, intensificando el grado de incompetencia de la barrera anti-reflujo y aumentando la frecuencia de RTEEI.
- Dificultando el aclaramiento esofágico mediante el desarrollo del fenómeno del re-

reflujo, por el cual, el contenido ácido retenido en la hernia tras un episodio de reflujo volvería nuevamente al esófago tras una relajación transitoria del EEI.

Entonces, podemos decir que la disfunción del aclaramiento esofágico, relacionada fundamentalmente con trastornos del peristaltismo esofágico y, en menor medida, con la reducción de la secreción salivar y el fenómeno de re-reflujo que condiciona la hernia de hiato cuando está presente, puede contribuir al desarrollo de la ERGE. Algo que no se puede dejar pasar por alto es el hecho de que la sensibilidad visceral esofágica varía en cada persona, pudiendo estar aumentada en ciertos individuos y que en ellos puede dar lugar a síntomas de reflujo.

Entre los factores de riesgo para el desarrollo del reflujo están:

- Consumo de alcohol (posiblemente)
- Hernia de hiato (una afección en la cual parte del estómago pasa por encima del diafragma, el músculo que separa el tórax y la cavidad abdominal)
- Obesidad
- Embarazo
- Esclerodermia
- Tabaquismo

La acidez gástrica y el reflujo gastroesofágico se pueden producir o empeorar por el embarazo. Los síntomas también pueden ser causados por ciertos medicamentos, como:

- Anticolinérgicos (por ejemplo, para el mareo)
- Broncodilatadores para el asma
- Bloqueadores de los canales del calcio para la hipertensión arterial
- Fármacos dopaminérgicos para el mal de Parkinson
- Progestágeno para el sangrado menstrual anormal o el control natal
- Sedantes para el insomnio o la ansiedad
- Antidepresivos tricíclicos

“Debido a que el reflujo del estómago consiste en ácido, uno de los síntomas principales de la GERD es la acidez estomacal o la indigestión ácida frecuentes, y un gusto ácido amargo en la boca. Si el líquido del estómago llega hasta la laringe (tubo respiratorio), también se producen accesos de tos. Determinados alimentos, como el chocolate, las frutas cítricas, los alimentos sazonados o a base de tomate, la cafeína y el alcohol; o el

hecho de comer inmediatamente antes de acostarse, pueden agravar los síntomas de la GERD. Los ataques cardíacos y las úlceras estomacales pueden confundirse con la acidez estomacal.” (Ryszard M. Pluta, Gabriela D. Perazza, & Robert M. Golub, 2011)

La sintomatología de la ERG es muy amplia, va más allá de una acidez estomacal, se suelen presentar síntomas típicos y atípicos. Entre las manifestaciones más típicas se encuentra la pirosis, que se describe como una sensación de ardor o quemazón que surge del estómago esta suele presentarse unos 30-60 minutos después de la ingesta y puede aliviarse con la toma de antiácidos, aunque sea sólo de forma transitoria; otro síntoma específico es la regurgitación, la cual consiste en el paso de material contenido en el estómago a la boca y esto debido a posiciones que aumentan la presión intraabdominal ya se inclinándose hacia delante o en decúbito lateral derecho; también es característico que los pacientes expresen que sienten dificultad de que el alimento siga su trayecto desde la boca hacia el estómago, esto es conocido como disfagia; y aunque no es un síntoma habitual también se suele presentar odinofagia.

En cuanto a los síntomas atípicos o si bien son manifestaciones extraesofágicas pueden que pueden afectar al árbol respiratorio, al área otorrinolaringológica y a la cavidad oral, lo cual resulta un obstáculo debido al diagnóstico diferencial y para poder relacionar estas manifestaciones extra esofágicas con la ERG. Se pueden mencionar las siguientes manifestaciones:

Manifestaciones otorrinolaringológicas

- Laringitis posterior
- Otras; faringitis, sinusitis, globo faríngeo, laringospasmo...

Manifestaciones respiratorias

- Tos crónica
- Asma bronquial
- Otras; neumonitis recidivante, fibrosis pulmonar

Manifestaciones orales

- Erosiones dentales
- Quemazón oral

“Dentro de las manifestaciones extraesofágicas, el dolor torácico, merece una especial consideración, ya que en ocasiones es una entidad de difícil manejo clínico. Es un síntoma, generalmente alarmante, que puede estar causado por un amplio espectro de procesos que van desde graves enfermedades cardiovasculares a procesos banales de origen musculoesquelético. La anamnesis, en algunas ocasiones, puede ayudar a orientar sobre un posible origen digestivo, de forma que el dolor torácico relacionado con el reflujo es frecuente que sea posprandial o en decúbito, no suele acompañarse de síntomas vegetativos, presenta una mejoría clínica clara con la ingesta o la toma de antiácidos, y en ocasiones se acompaña de síntomas típicos de ERGE. Una vez descartado adecuadamente el origen cardiovascular del dolor, puede plantearse un estudio digestivo con endoscopia y exploraciones funcionales.” (A. Arín, 2003)

“La ERGE puede producir complicaciones potencialmente graves, como úlceras esofágicas, hemorragia, estenosis y esófago de Barrett. Este último, definido por la sustitución del epitelio escamoso del esófago distal por un epitelio columnar con metaplasia intestinal, tiene gran importancia por el riesgo que conlleva de adenocarcinoma.” (Enrique Rey Díaz Rubio, 2004)

“El médico dispone de tres procedimientos para el diagnóstico. El primero se basa en los síntomas referidos por el propio enfermo. Cuando éstos son típicos, la probabilidad de que el paciente presente ERGE es tan alta que es suficiente para iniciar un tratamiento. Si los síntomas son de muy larga evolución, muy frecuentes o se asocian a cualquier síntoma de alarma, se puede proponer una endoscopia (exploración de esófago y estómago mediante un instrumento flexible). Así se comprueba si existen erosiones u otras complicaciones de la enfermedad (estrechez, úlcera profunda o el llamado esófago de Barrett). En el último caso, la mucosa del esófago cambia su apariencia, pareciéndose a mucosa intestinal. Esto es poco frecuente, pero haría necesario vigilar periódicamente el esófago. Otras veces, se podría hacer una pHmetría, exploración que permite medir el tiempo que su esófago permanece expuesto a los efectos del ácido. Puede así confirmar que sus síntomas obedecen al reflujo y no a otra causa.” (Alcedo, 2004)

“Los síntomas persistentes de GERD requieren tratamiento, especialmente si se producen con mayor frecuencia que 2 veces por semana durante un período más prolongado. En función de los síntomas, el médico puede recomendar cambios en el

estilo de vida, como dejar de fumar, evitar determinados alimentos, bajar de peso si es necesario y comer a más tardar 3 horas antes de ir a dormir o recostarse. Asimismo, el profesional puede recetarle antiácidos de venta libre o medicación que disminuya la producción de ácido en el estómago, como antagonistas de los receptores de H₂ o inhibidores de la bomba de protones. Si los síntomas persisten, los procedimientos adicionales de diagnóstico incluyen endoscopia superior (examen del esófago y el estómago mediante un tubo flexible provisto de una cámara) o una esofagografía con bario (un contraste radiológico). En algunos casos, puede ser necesario hacer un monitoreo del pH (para detectar acidez estomacal) y una manometría (para medir la fortaleza del esfínter esofágico). Ambos exámenes implican la introducción de un tubo por la nariz, que se hace descender por la garganta hasta el extremo del esófago. Estos exámenes pueden confirmar la GERD e indicar la necesidad de tratamiento médico o quirúrgico adicional.” (Ryszard M. Pluta, Gabriela D. Perazza, & Robert M. Golub, 2011)

Entre los medicamentos de venta bajo receta médica para tratar la ERGE, se encuentran aquellos fármacos conocidos como antagonistas del receptor H₂ (bloqueadores H₂) y los inhibidores de la bomba de protones (PPI), que ayudan a reducir el ácido estomacal que tiende a empeorar los síntomas, y funcionan estimulando la cicatrización; así como los agentes promotilidad que ayudan a eliminar el ácido del esófago.

Conclusión

El reflujo gastroesofágico es una enfermedad muy frecuente en nuestro medio, esta puede afectar la calidad de vida de quienes lo padecen, siendo una de las más frecuentes quejas, la ya mencionada pirosis, y aunque para su diagnóstico se diferenciaron los síntomas típicos y atípicos, son estos los que provocan un obstáculo para el diagnóstico eficaz de la enfermedad por reflujo. Debido a la poca información que la población tiene sobre esta enfermedad, suelen automedicarse, lo que podría complicar los síntomas que al inicio se caracterizan por una acidez estomacal, siendo este un problema de salud pública. Para prevenir sus complicaciones es necesario inculcar a la población el cuidado de su salud empezando desde una adecuada alimentación, con esto nos referimos no solo a los alimentos que ingerimos sino también a educar a nuestro organismo en el horario de las comidas, si bien la rutina diaria y el estrés pueden ser causas que indirectamente pueden provocar esta enfermedad es necesario preocuparnos por nuestra salud desde ahora e inculcar a la población en general. Seguir las técnicas de prevención de la acidez gástrica puede ayudar a prevenir los síntomas. La obesidad está ligada a la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), así que mantener un peso corporal saludable puede ayudar a prevenir la enfermedad.

Referencias

Trabajos citados

- A. Arín, M. I. (2003). Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*.
- Alcedo, M. A. (2004). Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Rev. esp. enferm. dig.* .
- Enrique Rey Díaz Rubio, A. Á. (2004). Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*.
- Ryszard M. Pluta, M. P., Gabriela D. Perazza, M. I., & Robert M. Golub, M. E. (2011). Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *La Revista de la American Medical Association*.

Linografía

- <file:///C:/Users/Ing.Mariana/Downloads/pdfpat051811.pdf>
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272003000300008&script=sci_arttext&tIng=en
- <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1318057>
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082004000500009
- <http://arh.adam.com/content.aspx?productid=102&pid=5&gid=000265>
- http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/documento-grupo/enfermedad_por_reflujo_gasrtosofagico_erge.pdf
- <https://patients.gi.org/recursos-en-espanol/erge/>