



112157

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

**HERNIA HIATAL
CORRELACION ENTRE LOS SINTOMAS DE REFLUJO
GASTROESOFAGICO Y HALLAZGOS ENDOSCOPICOS
DE ESOFAGITIS EROSIVA.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
GASTROENTEROLOGIA

P R E S E N T A E L

DR. JOSE ALBERTO BECERRA NAVA

ASESOR DE TESIS: DR. ENRIQUE PAREDES CRUZ



MEXICO, D. F.

204571

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



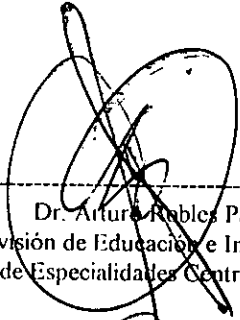
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

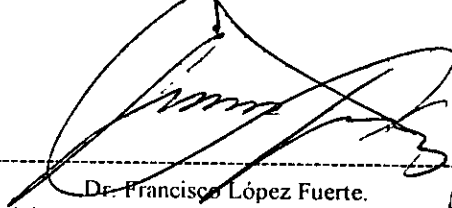
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

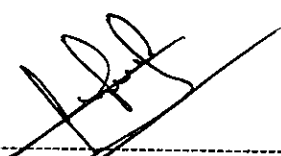
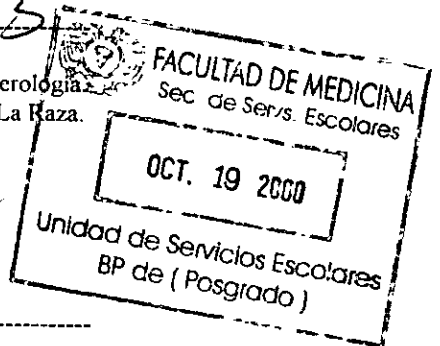
No. De Registro:
99-690-0024



Dr. Arturo Rabiles Páramo.
Jefe de División de Educación e Investigación Médica.
Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza.



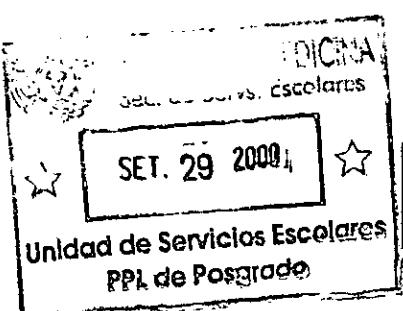
Dr. Francisco López Fuerte.
Jefe del Departamento Clínico de Gastroenterología.
Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza.



Dr. José Alberto Becerra Nava.
Residente de Cuarto año de Gastroenterología.
Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza.



hospital de especialidades



DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA

11215

AGRADECIMIENTOS.

A dios por la oportunidad brindada.

A mi esposa por su comprensión y apoyo.

A mis padres, por que en todo momento han estado a mi lado.

A mis maestros de gastroenterología y Endoscopia por su paciencia y enseñanzas en forma incondicional.

A mis amigos de la residencia, por su amistad.

RESUMEN

Hernia hiatal. Correlación entre los síntomas de reflujo gastroesofágico y hallazgos endoscópicos de esofagitis erosiva.

Objetivo: Determinar el grado de correlación entre los síntomas de reflujo, con la severidad de esofagitis en pacientes con hernia hiatal.

Material y métodos: Se incluyeron los pacientes del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza" que fueron referidos para endoscopia en el periodo comprendido del 1° de mayo al 31 de octubre de 1998 con los siguientes criterios: diagnóstico de hernia hiatal, enfermedad por reflujo gastroesofágico, esofagitis o disfagia, mayores de 18 años. Excluyéndose aquellos con endoscopia de urgencia, estado crítico, embarazo, tratamiento en las últimas 8 semanas con antiácidos, bloqueadores H-2, bloqueadores de la bomba de protones, medicamentos que relajen el esfínter esofágico inferior y procinéticos. Se tomaron biopsias esofágicas en todos los casos.

Resultados: Se estudiaron 156 pacientes en dos poblaciones: con hernia hiatal y sin hernia hiatal. El primer grupo incluyó 69 pacientes; la edad promedio fue 50.7 años; 24 pacientes tuvieron esofagitis erosiva (34.7%); la mayoría de las hernias hiatales tuvieron 3 cm de amplitud (43.4%); el número de síntomas predominantes fue de 2. En el segundo grupo se incluyeron 87 pacientes; edad promedio de 48.2 años; 7 pacientes tuvieron esofagitis erosiva (8%); el número de síntomas fue 2.

Conclusiones: La presencia de hernia hiatal incrementa el riesgo de desarrollar esofagitis erosiva ($p < 0.05\%$) pero no existe correlación con el tamaño de la hernia hiatal.

Palabras claves: Hernia hiatal; esofagitis; enfermedad por reflujo gastroesofágico.

SUMMARY

Hiatus hernia. Correlation among the symptoms of gastroesophageic reflux and endoscopic finds of erosive esophagitis.

Objective: To determine the degree of correlation among the symptoms of reflux, with the severity of esophagitis in patient with hiatus hernia.

Material and methods: were included the patient of the Hospital of Specialties of the Medical Center "La Raza" that were referred for endoscopic study in the period between the 1° from May to October 31, 1998 with the following criteria: diagnostic of hiatus hernia, illness by gastroesofagic reflux, esophagitis or disphagia, over 18 years old. Being excluded those with endoscopic study of emergency, critical state, embarrassment, processing in the last 8 weeks with antiácids, blockaders H-2, inhibits of the proton bomb, durgs that relax the lower oesophagic sphincter and prokinetics. They were taken esofágic biopsys in all the cases.

Results: were studied 156 patient in two populations: with hiatus hernia and without it. The first group included 69 patient; the age average was 50.7 years old; 24 patient had erosive esophagitis (34.7%); the majority of the hiatus hernias had 3 cm of amplitude (43.4%); the predominant number of symptoms went of 2. In the second group were included 87 patient; age average of 48.2 years; 7 patient they had erosive esophagitis (8%); the number of symptoms was 2.

Conclusions: The presence of hiatus hernia increases the risk of developing erosive esophagitis ($p < 0.05\%$) but not correlation with the size of the hiatus hernia exists.

Key words: Hiatus hernia; esophagitis; illness by gastroesophagic reflux.

INTRODUCCION:

El papel de la hernia hiatal en la enfermedad por reflujo gastroesofágico ha sido debatido por décadas. Allison fue el primero, en 1951, en enfatizar la asociación entre la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la hernia hiatal por deslizamiento, y durante dos décadas la hernia hiatal fue sinónimo de enfermedad por reflujo gastroesofágico¹. A partir de 1970, se empezó a prestar atención al esfínter esofágico inferior, y la importancia de la hernia hiatal decayó^{2,3}. Gradualmente se reconoció que la patogénesis de la enfermedad por reflujo gastroesofágico es multifactorial. El esfínter esofágico inferior, la peristalsis esofágica, la depuración esofágica y la función gástrica fueron todas aceptadas como factores importantes^{4,5}. Hoy en día el significado de la hernia hiatal está siendo sometido a reevaluación. Nuevas evidencias sugieren que el esfínter esofágico inferior y la crura diafragmática trabajan juntos para formar un esfínter, donde el músculo liso del esfínter esofágico inferior se coordina con el músculo estriado del diafragma para proteger al esófago del reflujo^{6,7}. Al alterar esta relación anatómica, la hernia hiatal puede contribuir a la incompetencia de la unión esofagogástrica. Algunos autores han encontrado que existe cierto grado de correlación entre la presencia de pirosis y la presencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico diagnosticada en base a criterios endoscópicos, histológicos, o monitoreo del pH intraesofágico. Por otro lado no existe correlación entre la severidad de los síntomas y el grado de esofagitis observada endoscópicamente o histológicamente al momento del diagnóstico inicial⁸. Otros autores afirman que los síntomas de reflujo gastroesofágico se correlacionan pero no precisamente predicen la presencia de erosiones. En algunas partes del mundo se ha visto que los pacientes con pirosis considerada lo suficientemente severa para necesitar una esofagogastroscoopia tienen solo del 50 al 65% de prevalencia de esofagitis⁹. Algunos autores han demostrado que aquellos pacientes con hernia hiatal gigante (>3cm) presentan un esfínter esofágico inferior insuficiente, con peristalsis esofágica menos efectiva, más reflujo ácido, y más esofagitis severa, comparado con aquellos pacientes con hernia hiatal pequeña (<3cm).¹⁰ Por otro lado, el uso de medicamentos que disminuyen la presión del esfínter esofágico inferior (bloqueadores de canales de calcio, anticolinérgicos, beta-

adrenérgicos, teofilina, benzodiazepinas y opiáceos), al producir relajación del esfínter esofágico inferior tienden a producir episodios de reflujo gastroesofágico, esofagitis y consiguientes síntomas asociados, sin que exista un cambio anatómico verdadero (hernia hiatal) -11-.

En nuestro medio más del 35% de los estudios endoscópicos solicitados se hacen por el diagnóstico clínico de hernia hiatal. Determinar si el diagnóstico radiológico es un buen parámetro para decidir quién es candidato a estudio endoscópico permitiría reducir el abuso de este recurso diagnóstico. Se diseñó este estudio con el objetivo de demostrar que la evaluación clínica de los síntomas de reflujo gastroesofágico no es un criterio universal para solicitar el estudio endoscópico; la correlación para la búsqueda de las complicaciones de la hernia hiatal (esofagitis erosiva, úlcera, estenosis, etc.) debiera ser con base en las dimensiones radiológicas.

Mientras que para la mayoría de los autores no existe correlación entre los síntomas de reflujo y la presencia de esofagitis erosiva. ¿existe, en presencia de hernia hiatal, correlación entre los síntomas de reflujo gastroesofágico y la presencia (y severidad) de esofagitis erosiva?, y por ende la presencia de hernia hiatal es razón más que suficiente para realizar endoscopia de rutina en todos los pacientes portadores de esta última.

MATERIAL Y METODOS:

Se incluyeron a todos los pacientes del servicio de endoscopias del hospital de especialidades del centro Médico Nacional La Raza que fueron referidos para estudio endoscopico en el período comprendido entre el primero de mayo y el 31 de octubre de 1998 y que cumplieron con los siguientes criterios.

Criterios de inclusion

- 1.-Pacientes enviados a estudio endoscópico proximal con diagnóstico de hernia hiatal, enfermedad por reflujo gastroesofágico, esofagitis y/o disfagia.
- 2.-Pacientes enviados con diagnóstico otro diagnóstico, pero que endoscópicamente se documente hernia hiatal y/o esofagitis.
- 3.-Hombres y mujeres mayores de 18 de edad
- 5.-Consentimiento por escrito del paciente.

Criterios de no inclusion

- 1.-Estudios de urgencia.
- 2.-Paciente en estado crítico que imposibilite su interrogatorio directo.
- 3.-Pacientes con otro diagnóstico agregado que obligue a un estudio endoscópico rápido o breve.
- 4.-Embarazo.
- 5.-Tratamiento en las últimas 8 semanas con antiácidos, bloqueadores H-2 o bloqueadores de la bomba de H-K ATPasa.
- 6.-Tratamiento en las últimas 4 semanas con procinéticos.
- 7.-Estudio endoscópico solicitado para control de esofagitis en tratamiento.

8.-Tratamiento en las últimas 4 semanas con medicamentos que relajen el esfínter esofágico inferior (bloqueadores de canales de calcio, anticolinérgicos, beta-adrenérgicos [isoprenalina], teofilina, benzodiazepinas, y opiáceos).

Criterios de exclusión

- 1.-Complicaciones transendoscópicas que pongan en peligro la vida del paciente.
- 2.-Estudio o procedimiento incompleto.
- 3.-Biopsias insuficientes en pacientes con esofagitis erosiva.

Se les abrió expediente de protocolo de estudio a todos los pacientes, dividiéndolos en dos grupos (según el diagnóstico de envío). En un grupo se colocaron aquellos pacientes con diagnóstico clínico de hernia hiatal. El otro grupo agrupó a todos aquellos pacientes sin hernia hiatal.

A todos se les realizó interrogatorio directo para obtener la siguiente información: nombre, afiliación, edad, sexo, fecha de estudio, número secuencial asignado, diagnóstico de envío. Antecedentes relevantes como tabaquismo, alcoholismo, uso crónico de anti-inflamatorios no esteroideos, consumo previo (y duración) de antiácidos, bloqueadores H-2, inhibidores H-K ATPasa y procinéticos, cirugía previa antirreflujo y tipo, fármacos que disminuyan la presión del esfínter esofágico inferior (y duración). Así mismo se registraron los síntomas del reflujo gastroesofágico: pirosis diaria, regurgitación, disnea nocturna y dolor torácico tipo angina.

Se evaluó el estudio radiológico (esofagograma) realizado previamente y tamaño (centímetros). Se efectuó estudio endoscópico: distancia de arcada dentaria a la unión esofagogástrica, y al hiato diafragmático (constante o reversible), anillo de schatzki, esofagitis erosiva (según clasificación original de Savary-Miller). Se tomaron biopsias del esófago a 2 cm de la unión esofagogástrica (si el estudio no demuestra esofagitis erosiva) y a la misma distancia y sobre las erosiones en caso de

encontrarse durante endoscopia. El estudio histológico se realizó para confirmar la presencia de esofagitis erosiva, úlcera y esófago de Barrett.

El presente estudio cumple con los principios básicos de investigación en humanos, de acuerdo a la declaración de Helsinki y la OMS.

Se ha elaborado una carta de aceptación para participar en el protocolo, con conocimiento del mismo y de las complicaciones del procedimiento

El análisis descriptivo se efectuará con medidas de tendencia central. La diferencia entre medias para variables continuas se analizará con prueba t de student para muestras no relacionadas. La diferencia entre proporciones se comprará mediante prueba de Chi-cuadrada. Se usará la prueba de correlación de Spearman o Pearson dependiendo de la distribución (no paramétrica o paramétrica respectivamente) de las variables. Se utilizará el paquete estadístico Stats ver. 1.1 para Windows.

RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre el 1º de mayo al 31 de octubre de 1998 se recibieron un total de 332 pacientes, de los cuales quedaron solo 156 pacientes elegibles para este estudio. Se formaron dos grupos: el grupo A con diagnóstico clínico de hernia hiatal y el grupo B sin hernia hiatal.

El grupo A incluyó 69 pacientes, 32 masculinos y 37 femeninos; la edad promedio fue 53.3 con una desviación estándar de 14.2 años de edad. Veintiseis pacientes fumaban (37.6%); 23 pacientes ingerían alcohol (33.3%) y el mismo número de pacientes tomaban antiinflamatorios no esteroideos (33.3%). Por otro lado el grupo B se conformó de 87 pacientes, 34 masculinos y 53 femeninos. La edad promedio fue de 48.2 con desviación estándar de 13.4 años de edad. Treinta y cuatro pacientes fumaban (39%), 26 ingerían alcohol (29.8%) y 25 tomaban antiinflamatorios no esteroideos (28.7%). Sin demostrar diferencias significativas entre ambos grupos en estos parámetros (Tabla I).

La esofagitis erosiva estuvo presente en 24 pacientes con hernia hiatal (34.78%), mientras que en los pacientes sin hernia hiatal solo estuvo presente en 7 casos (8.04%) [$p < 0.05$] (Tabla II). La distribución del grado de esofagitis según el tamaño de la hernia hiatal fue la siguiente: cuando hubo 3 cm de amplitud de hernia hiatal, hubo 13 casos; con 4 cm hubo 3 casos; con 5 cm hubo 7 casos y con más de 5 cm de amplitud de la hernia hiatal solo hubo 1 caso (Tabla III); observándose que no hubo correlación entre el tamaño de la hernia hiatal y la severidad de la esofagitis erosiva. Al contrario de lo esperado, se observó que a menor tamaño de la hernia hiatal, fue más frecuente la esofagitis erosiva, y esta a su vez era grado I de Savary y Miller, predominantemente [$p < 0.05$]. Por otro lado, la esofagitis en los pacientes del grupo B, sin hernia hiatal, se presentó en 5 casos con grado I, y en 2 casos con grado IV de Savary y Miller.

La presencia de los síntomas de reflujo gastroesofágico en los pacientes con hernia hiatal, se distribuyó de la siguiente forma: 42 pacientes presentaron síntomas con una hernia hiatal de 3 cm de

amplitud; 13 pacientes con hernia de 4 cm presentaron síntomas; 10 pacientes con hernia de 5 cm presentaron síntomas, y finalmente 2 pacientes con hernia hiatal de más de 5 cm presentaron síntomas de reflujo gastroesofágico (Tabla IV); no se encontró correlación estadística entre el número de síntomas y el tamaño de la hernia hiatal. El grupo B, presentó 27 pacientes con 1 síntoma, 31 pacientes con 2 síntomas, 14 pacientes con 3; y 5 pacientes con 4 síntomas de reflujo gastroesofágico.

En el grupo A, la correlación entre los síntomas y el grado de esofagitis se describe en la Tabla V en donde no se observa correlación entre los síntomas y la severidad de la esofagitis. La correlación entre los síntomas y la severidad de la esofagitis en el grupo B se describe en la Tabla VI, en donde los hallazgos son similares a la tabla previa.

DISCUSION

Al igual que otros autores, encontramos que la edad, el uso de antiinflamatorios no esteroides, tabaco y alcohol no parecen influir en la presencia de esofagitis erosiva entre los pacientes con hernia hiatal comparados con aquellos sin hernia hiatal pero con síntomas de reflujo gastroesofágico.

Por otro lado nuestro estudio, a diferencia de los hallazgos publicados en los 80's, demostró una mayor frecuencia de esofagitis erosiva cuando existe hernia hiatal y síntomas de reflujo gastroesofágico, que cuando no existe hernia hiatal pero si síntomas de reflujo. Sin embargo, no logramos demostrar que esta mayor frecuencia se debiera al simple hecho de la existencia de la hernia hiatal, pues no correlacionó el tamaño de la misma con la severidad de la esofagitis; de hecho fueron más los pacientes sin esofagitis erosiva (45 pacientes) que los que si tuvieron (24 pacientes). Sin embargo, al correlacionarlo con los pacientes sin hernia hiatal, observamos que fueron mucho más los pacientes sin esofagitis erosiva (80 pacientes) que aquellos que si la desarrollaron (7 pacientes).

Tal pareciera que el tamaño de la hernia hiatal no se correlaciona con la presencia de síntomas de reflujo gastroesofágico, sin embargo al hacer analisis estadístico de la Tabla IV, se demuestra que a menor tamaño de hernia hiatal, mayor es la percepción de los síntomas por el paciente, y que la frecuencia de síntomas referidos es de 2 en la mayoría de los casos. Esto pudiera explicarse con el hecho de que una hernia pequeña tiende a ser más tolerada por el paciente antes de acudir con el médico, mientras que una gran hernia hiatal, hará que el paciente acuda pronto al médico aun cuando los síntomas no sean numerosos (cuantitativos) pero si intensos (cualitativos).

Esta última razón pudiera explicar tambien el hecho de que no se demostrara correlación entre los síntomas el número de estos) y la severidad de la esofagitis. Si se analiza la Tabla V se observa que la presencia de 2 síntomas (más que 1, 3 y 4 síntomas) es el renglón que más correlaciona con la

presencia de esofagitis en los pacientes con hernia hiatal. Por otro lado, en los pacientes sin hernia hiatal (Tabla VI), no existe ninguna correlacion entre el numero de síntomas y la presencia de esofagitis erosiva. Esto se puede explicar, y de hecho todo el estudio apunta hacia ese sentido, con el hecho de que la presencia de la hernia hiatal es un factor importante que influye en el desarrollo de la esofagitis erosiva, aunque su presencia no correlaciona proporcionalmente con la esofagitis y su severidad.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIONES

La edad, sexo e ingesta de tabaco, alcohol y antiinflamatorios no esteroideos no se correlaciona con el desarrollo de hernia hiatal por deslizamiento.

La hernia hiatal es un factor de riesgo que incrementa la presencia de esofagitis erosiva; pero es más importante anotar que en pacientes con síntomas de reflujo gastroesofagico y en ausencia de hernia hiatal, difícilmente desarrollarán esofagitis erosiva.

El tamaño de la hernia hiatal no se correlaciona con la severidad de la esofagitis (estadísticamente no significativo). Pareciera ser más frecuente el desarrollo de esofagitis erosiva de grado I en pacientes con hernia hiatal pequeña; mientras que en hernia hiatal de más de 5 cm de longitud parecieran ser menos frecuentes el número de casos con esofagitis, aunque en estos casos la esofagitis es más severa (grado IV de Savary y Miller). Se sugiere realizar un estudio prospectivo de mayor duración de manera tal que permita capturar mayor número de pacientes con hernias hiales de más de 5 cm de longitud, y así corroborar esta observación que no se pudo comprobar en este estudio.

No existe correlación entre el número de síntomas y la severidad de la esofagitis. Esto pudiera deberse a el estado cualitativo de los síntomas y no a la condición cuantitativa de los mismos. Debiera desarrollarse un estudio más amplio que permitiera incluir en la evaluación no tan solo el número de síntomas sino también el estado cualitativo de cada uno de ellos (¿qué tan intenso es cada síntoma?).

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Allison PR.Reflux esophagitis,sliding hiatal hernia,and anatomy of repair.Surg Gynecol Obstet.1951;92:419-431.
- 2.-Cohen S,Harris LD .Does hiatus hernia affect competence of the gastroesophageal sphincter? NEJM.1971;284:1053-1056.
- 3.-Zaninotto G,DeMeester TR ,Schwizer W ,et al.The lower esophageal sphincter in health and disease. Am J Surg. 1998;155:104-111.
- 4.-Kahrilas PJ,Dodds WJ,Hogan WJ,et al. Esophageal peristaltic dysfunction in peptic esophagitis.Gastroenterology.1986;91:897-904.
- 5.-Kahrilas PJ,Dodds WJ,Hogan WJ. Effect of peristaltic dysfunction on esophageal volume clearance. Gastroenterology.1988;94:73-80.
- 6.-Boyle JT,Altschuler SM,Nixon TE,et al. Role of the diaphragm in the genesis of lower esophageal sphincter pressure in the cat .gastroenterology.1985;88:723-730.
- 7.-Mittal RK,Rochester DF,McCallum RW. Sphincteric action of the diaphragm during a relaxed lower esophageal sphincter in humans.Am J Physiol.1989;256:G139-G144.
- 8.-Vigneri S,Termini R,Leandro G,et al. Multicenter study on five long-term treatments for reflux esophagitis.Gut.1994;35-(suppl 4):176.
- 9.-Spechler SJ. Epidemiology and natural history of gastroesophageal reflux disease.Digestion.1992;(suppl 1):24-29.
- 10.-Patti MG,Goldberg HI,Arcerito M, et al. Hiatal hernia size affects lower esophageal sphincter function ,esophageal acid exposure,and the degree of mucosal injury.Am J Surg .1996;171:182-186.
- 11.-Smout AJPM, Akkermans LMA. Fisiología y patología de la motilidad gastrointestinal. Petersfield:Wrightson Biomedical Publishing LTD, 1992:71.

TABLA I. DATOS GENERALES

<i>Población Total</i>		
	CON HERNIA HIATAL	SIN HERNIA HIATAL
	n = 69	n = 87
EDAD \pm S.D.	53 \pm 14.2	48 \pm 13.4
SEXO M:F	32 : 37	34 : 53
TABACO	26	34
ALCOHOL	23	26
AINE'S	23	25

TABLA II. DISTRIBUCION DE LA ESOFAGITIS

	ESOFAGITIS EROSIVA	
	GRADO 0	GRADO I - IV
CON HERNIA HIATAL	45	24
SIN HERNIA HIATAL	80	7

TABLA III. SEVERIDAD DE LA ESOFAGITIS EN LA POBLACION ESTUDIADA

<i>ESOFAGITIS EROSIVA</i> Según Savary & Miller					
	GRADO 0	GRADO I	GRADO II	GRADO III	GRADO IV
SIN	80	5	0	0	2
HERNIA H.					
3 CM	30	12	0	0	1
4 CM	10	3	0	0	0
5 CM	4	4	2	0	1
> 5 CM	1	0	0	0	1

**TABLA IV. SINTOMAS DE REFLUJO GASTROESOFAGICO EN RELACION AL
TAMAÑO DE LA HERNIA HIATAL**

**SINTOMAS DE REFLUJO
GASTROESOFAGICO**

	0	1	2	3	4
SIN HERNIA HIATAL	10	27	31	14	5
3 CM	1	16	19	6	1
4 CM	1	2	8	2	1
5 CM	0	2	4	3	1
> 5 CM	0	0	2	0	0

TABLA V. HERNIA HIATAL: CORRELACION ENTRE LOS SINTOMAS Y LA SEVERIDAD DE LA ESOFAGITIS EROSIVA

		<i>ESOFAGITIS EROSIVA</i> Según Savary & Miller				
		0	I	II	III	IV
SINTOMAS	1	14	6	0	0	0
	2	20	10	1	0	3
	3	7	2	1	0	0
	4	2	1	0	0	0

TABLA VI. . SIN HERNIA HIATAL: CORRELACION ENTRE LOS SINTOMAS Y LA SEVERIDAD DE LA ESOFAGITIS EROSIVA

		<i>ESOFAGITIS EROSIVA</i> Según Savary & Miller				
		0	I	II	III	IV
SINTOMAS	1	23	3	0	0	1
	2	30	0	0	0	1
	3	12	2	0	0	0
	4	5	0	0	0	0