



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES

SERVICIOS DE SALUD DE SONORA

HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE SONORA

"Dr. Ernesto Ramos Bours"

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

TESIS

**"ESTUDIO DE CORRELACIÓN CLÍNICA
CON HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN LA
ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO"**

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN

CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA

DRA. LAURA LILIÁN ESTRADA CASTILLO

ASESOR

DR LUIS ROBERTO DE LEÓN ZAMORA

HERMOSILLO, SONORA

FEBRERO 2008



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE SONORA

HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE SONORA

"Dr. Ernesto Ramos Bours"

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

TESIS

**"ESTUDIO DE CORRELACIÓN CLÍNICA
CON HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN LA
ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO"**

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN
CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA

DRA. LAURA LILIÁN ESTRADA CASTILLO

ASESOR

DR. LUIS ROBERTO DE LEÓN ZAMORA

HERMOSILLO, SONORA

FEBRERO 2008

HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO
“DR. ERNESTO RAMOS BOURS”
División de Enseñanza, Investigación y Capacitación.

*“ESTUDIO DE CORRELACIÓN CLÍNICA CON HALLAZGOS
ENDOSCÓPICOS EN LA ENFERMEDAD POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO”*

Dr. Joaquín Sánchez González

Jefe de la División de Enseñanza, Investigación y Capacitación.

Dr. Luis Roberto De León Zamora

Jefe de la División de Cirugía y Asesor de tesis

Dr. Marcos José Serrato Félix

Jefe del Servicio de Cirugía General

Dr. Francisco César Gracia Gómez

Profesor Titular del Curso de Cirugía General

Dra. Laura Lilián Estrada Castillo

Residente de cuarto año de Cirugía General

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Gracias primeramente a Dios, por haber depositado en mí la capacidad para realizar mi profesión, así como el amor por lo que hago.

A mis padres, con profundo amor, que han estado a mí lado día con día, que saben alentarme para realizar las metas en mi vida. Por sus enseñanzas y ejemplo. A mis hermanos, agradezco su apoyo y comprensión. Al amor de mi vida, gracias.

A mis maestros, por sus enseñanzas y su paciencia.

ÍNDICE

Introducción.....	1
Capítulo I. MARCO TEÓRICO.....	3
1.1 Definición de reflujo gastroesofágico	3
1.2 Antecedentes históricos	3
1.3 Anatomía	4
1.4 Fisiopatología	5
1.5 Patogenia	7
1.6 Factores de riesgo	8
1.7 Presentación clínica	9
1.8 Diagnóstico	10
1.9 Tratamiento médico	12
1.10 Tratamiento quirúrgico	13
1.11 Complicaciones	14
Capítulo II. MATERIALES Y MÉTODOS	17
2.1 Objetivos	17
2.2 Hipótesis	17
2.3 Justificación	17
2.4 Tipo de estudio y descripción general	18
2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	19
2.6 Tamaño de la muestra	19
2.7 Análisis estadístico	19
Capítulo III. RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	21
3.1 Resultados	21
3.2 Discusión	34
3.3 Conclusiones	36
3.4 Recomendaciones	37
Bibliografía	38
Anexos	39

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es una patología muy común, con prevalencia publicada entre el 10 a 20% de la población general. Se desarrolla cuando el reflujo del contenido gástrico ocasiona síntomas molestos para el paciente o complicaciones. Entre estas complicaciones se encuentra la esofagitis reportada con frecuencia de 2 a 7% de pacientes con enfermedad por reflujo. Los síntomas más frecuentes son pirosis y regurgitación. La endoscopia de tubo digestivo alto, es un estudio de gran importancia en esta enfermedad, ya que visualiza directamente la mucosa esofágica con gran sensibilidad y especificidad para detectar complicaciones de la enfermedad por reflujo, tales como esofagitis, grados de severidad y estenosis, esófago de Barrett, sangrado o adenocarcinoma.

En el presente estudio se evalúa la relación existente entre la sintomatología de la enfermedad por reflujo y los hallazgos endoscópicos principalmente con esofagitis. El objetivo del estudio fue determinar la sensibilidad y especificidad del diagnóstico endoscópico asociado con los síntomas de reflujo gastroesofágico. Se realizó un estudio prospectivo, abierto, transversal, descriptivo y observacional. Durante los meses de marzo a agosto de 2007, se captaron 30 pacientes con síntomas de reflujo a los cuales se les aplicó una encuesta y se evaluó la sintomatología típica y atípica de reflujo, severidad de los síntomas, así como frecuencia y evolución. Posteriormente se valoraron los resultados de la endoscopia y se correlacionó la sintomatología y severidad del cuadro clínico con la presencia de esofagitis y el grado de acuerdo a la clasificación de Los Angeles.

Se evaluaron 30 pacientes, 18 del sexo femenino y 12 del sexo masculino, con edades de 19 a 80 años, promedio de 45 años. La frecuencia de síntomas fue pirosis en 90%, regurgitación ácida 90%, regurgitación de alimentos en 53% y síntomas atípicos en 97%. El 80% de los pacientes presentaron pirosis y regurgitación. El 73% de los pacientes consideró sus síntomas como severos, es decir, que interferían con sus actividades diarias y el 27% refería su

sintomatología como leve. De los 30 pacientes del estudio, 14 (64.3%) presentaron esofagitis, de estos, el 64.3% grado A, 7.1% grado B, 21.4% grado C y 7.1% grado D. En 3 pacientes se documentó hernia hiatal, 2 de los cuales presentaron esofagitis. Existe correlación entre la presencia de pirosis y la presencia de esofagitis ($p=0.001$), ya que el 40% de los casos presentaron esofagitis acompañado de pirosis, de acuerdo a esto, la sensibilidad de pirosis para esofagitis es de 92% y la especificidad es de 88%. No se encontró correlación estadísticamente significativa entre los demás síntomas y la presencia de esofagitis. Se requiere un estudio con mayor número de pacientes para determinar la relación entre la severidad de los síntomas y el grado de esofagitis.

Debido a la relación que se demuestra en este estudio de la pirosis y esofagitis, se recomienda ampliar el uso de la endoscopia como método diagnóstico temprano de posibles complicaciones en la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

CAPITULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 Definición.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una condición que se desarrolla cuando el reflujo del contenido gástrico ocasiona síntomas molestos para el paciente y/o complicaciones. Otra definición consiste en el paso del contenido gástrico hacia el esófago a través de la unión gastroesofágica. Esta es una patología común, con prevalencia publicada entre el 10 y 20% en la población general. Existen estudios que reportan la presentación de los síntomas como regurgitación y pirosis semanalmente hasta en 6% de la población (1). En los Estados Unidos, casi el 40% de los adultos presentan pirosis por lo menos una vez al mes, 20% presentan pirosis semanalmente y alrededor de 7% presentan síntomas diariamente. La esofagitis por reflujo se estima que se presenta en 2 a 7%. Las complicaciones como esófago de Barrett se calcula que se desarrolla en 0.25% de los adultos en Estados Unidos. La prevalencia en Norteamérica y países de Europa es similar, mientras que en Asia y África es menor. (2)

1.2 Antecedentes históricos.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico, fue reconocida como entidad clínica hasta mediados de la década de 1930, y su asociación como causa de esofagitis se estableció hasta después de la segunda guerra mundial. Al inicio se consideró la hernia hiatal como causa de los síntomas de la enfermedad.(3) Allison en 1951 fue el primero en utilizar el término de reflujo gastroesofágico, y estableció la sintomatología de esta entidad relacionada con hernia hiatal. Inició el tratamiento quirúrgico de esta enfermedad, resaltando la corrección anatómica de la hernia hiatal, con el cierre de los pilares diafragmáticos. Posteriormente, se utilizaron diversos procedimientos quirúrgicos para tratamiento de hernia hiatal.

Nissen en 1961 y Skinner y Belsey en 1967, iniciaron con la funduplicatura para el manejo quirúrgico, y de esta manera con la cirugía antirreflujo. Por otro lado, la esofagoscopia, se utilizó por primera vez por Waldenberg en 1868 con un instrumento rígido y visualizó el segmento cervical del esófago. Kussmaul en ese mismo año, realizó una esofagoscopia con un uretroscopio y diagnosticó un adenocarcinoma. En 1881, Mickulicz utilizó un esofagoscopio con fuente de luz eléctrica y Einhorn en 1902 adaptó una luz incandescente. La esofagoscopia con instrumentos flexibles y de fibra óptica fueron introducidos por LoPresti e Hilmi en 1964. (4)

1.3 Anatomía.

El esófago es un tubo muscular que se inicia en la laringe y termina en el cardias en el estómago, el inicio corresponde a la sexta vértebra cervical. Se encuentra unido en su extremo superior al cartílago cricoides y en su extremo inferior al diafragma. Existen tres áreas de estrechamiento normales del esófago que se pueden observar durante la endoscopia, el estrechamiento superior se debe al músculo cricofaríngeo, el medio se debe a la compresión anterior e izquierda por el paso del bronquio principal izquierdo y el cayado aórtico. El estrechamiento inferior se debe al diafragma a nivel del esfínter gastroesofágico. La porción cervical del esófago mide aproximadamente 5 cm de largo, la porción torácica 20 cm y se relaciona con la pared posterior de la tráquea y la fascia prevertebral. La porción abdominal del esófago mide 2 cm de largo, se inicia al pasar por el hiato esofágico del diafragma y lo rodea la membrana frenoesofágica. La capa muscular del esófago se divide en una capa longitudinal externa y una capa circular interna. Contiene músculo estriado en los primeros 2 a 6 cm, y a partir de estos, presenta músculo liso. El esófago recibe riego sanguíneo en su porción cervical de la arteria tiroidea inferior y en su porción torácica de las arterias bronquiales, además de 2 ramas esofágicas provenientes directamente de la aorta. La porción abdominal recibe irrigación de la arteria gástrica izquierda y de

las arterias diafragmáticas inferiores. Las venas esofágicas desembocan en la vena tiroidea inferior, en las venas bronquiales, ácigos y hemiácigos y en la región abdominal en la vena coronaria. La inervación parasimpática del esófago es del nervio vago, a través de los nervios recurrentes. (5)

1.4 Fisiopatología.

En los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, se consideran 3 factores que aumentan la exposición esofágica al contenido gástrico. El primero de ellos, es un esfínter esofágico mecánicamente incompetente, el segundo es una depuración esofágica ineficaz y el tercer factor conocido, es el aumento del reflujo fisiológico debido a alteraciones en el reservorio gástrico. La cirugía antirreflujo se debe utilizar en pacientes que tengan alteraciones en la competencia del esfínter esofágico inferior, y no en las otras causas.

Las alteraciones en la función del esfínter esofágico inferior, se presentan cuando este tiene una presión inadecuada, un acortamiento en su longitud total, o una porción abdominal demasiado corta. Manométricamente, esta disfunción del esfínter esofágico inferior se detecta, si la presión es menor de 6 mm de Hg, la longitud total menor de 2 cm o su porción abdominal es menor de 1 cm. La falla en alguno de los componentes mencionados, aumenta la exposición esofágica al contenido gástrico, de esta manera, al presentarse falla de un componente, la probabilidad de presentar ERGE es de 69-76%, en caso de 2 componentes de 65-82% y de 92% en caso de falla de los tres componentes. La causa más común de disfunción del esfínter esofágico inferior es una alteración en la presión, que probablemente está relacionada a la función miogénica, es decir, de la longitud y tensión del músculo liso. (3)

Por otro lado, un esfínter esofágico inferior corto, no es eficaz para proteger al esófago de la exposición ácida en circunstancias que aumentan la presión intraabdominal o intragástrica y generalmente padecen de reflujo postprandial. Así, la resistencia del esfínter esofágico inferior, al reflujo gastroesofágico, se logra por la combinación de una presión y longitud adecuadas.

Otro de los factores para evitar la exposición del esófago al reflujo de contenido gástrico, es el de la depuración esofágica, que tiene que ser eficaz ante el reflujo fisiológico. Se presentan cuatro factores en la depuración esofágica: fuerza de gravedad, actividad motora esofágica, salivación y el anclaje del esófago distal en el abdomen. Cuando una persona se encuentra en decúbito, la fuerza de gravedad no actúa en la depuración y depende en su totalidad de la motilidad esofágica. Por esta razón, los episodios de reflujo, son más prolongados en la posición de decúbito. La mayoría del contenido gástrico que refluye fisiológicamente al esófago, es eliminado por la onda peristáltica primaria iniciada por la deglución faríngea. Las ondas peristálticas secundarias tienen muy poca participación en la eliminación del reflujo gástrico, por el contrario, disminuyen la depuración esofágica, contribuyendo al reflujo hacia la faringe y la predisposición a la aspiración. Además, son probablemente la causa del dolor torácico de la presentación atípica del reflujo gastroesofágico. La salivación actúa en la depuración esofágica, al neutralizar la escasa cantidad de ácido que queda después de la onda peristáltica eficaz. En presencia de ácido en el esófago inferior, la producción de saliva se aumenta. Durante la noche, la reducción en la salivación, también contribuye al aumento en la duración de los episodios de reflujo. Cuando existe una hernia hiatal, se afecta también la depuración esofágica, debido a un defecto de la propulsión, como resultado de la pérdida de la fijación esofágica del segmento abdominal. Esto se observa en mayor grado cuando se presenta hernia hiatal irreductible. (3).

El último de los componentes del mecanismo antirreflujo, consiste en la adecuada función de reservorio gástrico. Las alteraciones del estómago que predisponen al reflujo son dilatación gástrica, aumento de la presión intragástrica, reservorio gástrico persistente y un aumento en la secreción ácida. Al presentarse dilatación gástrica, se acorta la longitud del esfínter esofágico inferior. Una de las causas observadas de dilatación gástrica en los pacientes con ERGE es la aerofagia, ya que inconscientemente se aumenta la deglución para intentar la depuración esofágica. Así los pacientes dentro del cuadro clínico pueden referir además distensión abdominal. El aumento de la presión intragástrica se observa en pacientes con antecedentes de vagotomía o gastropatía diabética. Esta presión puede superar la resistencia del esfínter esofágico inferior y resultar en reflujo. La disminución en el vaciamiento gástrico se observa en pacientes con atonía gástrica, ya sea por enfermedades neuromusculares, diabetes, fármacos o infecciones postvirales. La hipersecreción ácida es otro factor que aumenta el reflujo. Se ha observado que en 28% de los pacientes con ERGE, se encuentra además hipersecreción gástrica, sin embargo, este factor no es más importante que la función mecánica del esfínter esofágico inferior. (3)

1.5 *Patogenia.*

Se considera que la patogénesis de la ERGE es multifactorial. La relajación transitoria del esfínter esofágico inferior es la alteración que contribuye a los casos leves y moderados de ERGE. Normalmente durante la deglución, el esfínter esofágico inferior se relaja durante algunos segundos después de que la onda peristáltica pasa el bolo alimenticio al esófago distal. En contraste con esto, la relajación transitoria del esfínter esofágico no se inicia con la deglución, ocurre independientemente de la peristalsis y dura más de 10 segundos. Esto inhabilita al esfínter esofágico como barrera antirreflujo. Los pacientes con ERGE presentan relajaciones transitorias del esfínter esofágico con mayor frecuencia que individuos asintomáticos. El factor que se relaciona con la esofagitis y reflujo severo es la

disminución en la presión del esfínter esofágico inferior. Otros factores de la motilidad esofágica ya mencionados son la dismotilidad del cuerpo esofágico y el retardo en el vaciamiento gástrico. Dentro de los factores anatómicos identificados se encuentra la hernia hiatal que interfiere con la función del esfínter al acortar su longitud y disminuir la amplitud de la zona de alta presión. (2).

La infección por *Helicobacter pylori*, se considera como un factor protector contra la esofagitis por reflujo gastroesofágico, ya que se relaciona con hipoclorhidria y reducción de la exposición de la mucosa esofágica al ácido. Este hecho se apoya en la observación del incremento de la incidencia de ERGE en pacientes bajo tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori*.

En conclusión, aunque se conocen algunos factores relacionados con la patogenia de esta enfermedad, aún existen dudas sobre todo en relación al efecto de la exposición del esófago al contenido gástrico y porque no todos los pacientes desarrollan esofagitis o complicaciones debidas al reflujo. (2).

1.6 Factores de riesgo.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico se ha reportado ser más frecuente en el sexo masculino, la presencia de esófago de Barrett se ha observado que aumenta de 3 a 5 veces más en hombres que en mujeres. El reflujo gastroesofágico es más frecuente y más severo en caucásicos en relación a afroamericanos. La obesidad se relaciona frecuentemente con el reflujo, considerándose que se observa 3 veces más frecuente en obesos que en personas no obesas. La incidencia de esofagitis por reflujo y sus complicaciones aumentan con la edad, y se atribuye al daño que sufre la mucosa debido a la exposición al ácido a través del tiempo. Existen otros factores de riesgo para la

enfermedad por reflujo como son alcoholismo debido a la disminución en la presión del esfínter esofágico inferior y efectos adversos en la peristalsis esofágica. El tabaquismo aumenta el reflujo ácido y disminuye la integridad de la mucosa. El ejercicio contribuye aumentando la presión intraabdominal. En cuanto a factores dietéticos se ha demostrado que los alimentos ricos en grasas disminuyen la presión del esfínter esofágico, así como cítricos, condimentos, café, té, refrescos de cola y chocolate. Los medicamentos que disminuyen la presión y exacerbaban el reflujo gastroesofágico son nifedipino, otros bloqueadores de canales de calcio y nitratos (2).

1.7 Presentación clínica.

La pirosis y la regurgitación constituyen los síntomas característicos del síndrome de reflujo típico. La pirosis se define como una sensación de ardor en el área retroesternal, se considera el síntoma cardinal. Esta sensación se inicia desde el epigastrio y se irradia retroesternalmente hacia la garganta y cuello. Se exagera generalmente con las comidas y bebidas ácidas y se alivia típicamente con la ingesta de antiácidos, leche u otros alimentos alcalinos, así como con la posición de pie. La regurgitación, otro de los síntomas típicos, se define como la percepción del flujo del contenido gástrico hacia la boca o la hipofarínge. Se ha reportado una sensibilidad del 78% y una especificidad del 60% para la pirosis en el diagnóstico clínico de ERGE. Así mismo, existen diversos estudios que indican que la prevalencia de pirosis y regurgitación en pacientes con ERGE es de 75-98% y 48-91% respectivamente. (1-2).

Las náuseas y vómitos son raros en la ERGE, y deben sugerir otras patologías. Los pacientes ocasionalmente refieren dolor torácico, el cual puede ser indistinguible del dolor cardiaco isquémico, y este puede estar acompañado o no

de pirosis y regurgitación. Cuando se presenta disfagia y síntomas de ERGE, se deben sospechar complicaciones tales como estenosis péptica, esófago de Barrett y/o adenocarcinoma de esófago, principalmente en pacientes de edad avanzada y que además presentan pérdida de peso.

Por otra parte, la enfermedad por reflujo gastroesofágico se relaciona frecuentemente con trastornos del sueño, que se atribuye a la presencia de síntomas nocturnos como pirosis y regurgitación. Estas alteraciones del sueño se observan en aproximadamente 25% de los pacientes y se observa mejoría tras la terapia con fármacos inhibidores de la bomba de protones o con la cirugía antirreflujo. (1).

En el último consenso global sobre definición y clasificación de Montreal de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, en 2006, se clasificaron las manifestaciones clínicas de la ERGE en esofágicas, las cuales ya fueron mencionadas y en extraesofágicas, considerandolas como agrupaciones en donde los expertos consideran que es mejor agrupar a dichas manifestaciones (1). Éstas últimas, a las cuales se les llamaba reflujo atípico, consisten en manifestaciones pulmonares causadas por microaspiración de ácido y pepsina al árbol traqueobronquial durante los episodios de reflujo. Además se considera que pueden ser resultado de un reflejo vagal de broncoconstricción mediado por la irritación esofágica por el reflujo. Frecuentemente se asocia asma con reflujo gastroesofágico, los síntomas de asma, son predominantemente nocturnos y se refiere disnea, sensación de ahogo y tos no productiva. Aproximadamente 50% de los pacientes que presentan ERGE y asma, presentan los síntomas típicos o el síndrome esofágico del reflujo. La tos crónica es un síntoma que se asocia frecuentemente a ERGE. En pacientes asmáticos de inicio en edad adulta, sin antecedentes familiares de atopia, con pobre respuesta al manejo con broncodilatadores y que refieran pirosis, se debe considerar esta asociación. (2,

6). En el consenso global de Montreal, se concluyó que la tos crónica, la laringitis crónica y el asma tienen una relación significativa con la ERGE y que suelen ser procesos patológicos multifactoriales en donde el reflujo gastroesofágico puede ser un cofactor agravante, y rara vez es la causa única de estas manifestaciones. (1) El reflujo también se ha asociado con otras manifestaciones como sinusitis, faringitis, fibrosis pulmonar y otitis media recurrente, aún no se ha esclarecido adecuadamente el papel de la ERGE en estas patologías. (1).

1.8 Diagnóstico.

Existen auxiliares en el diagnóstico de reflujo gastroesofágico, aunque debemos considerar que el diagnóstico se realiza inicialmente por los síntomas típicos de la enfermedad y se basa en la presentación clínica de la enfermedad. Laboratorialmente los pacientes con ERGE no complicada no presentan anormalidades. En casos de esofagitis con hemorragia se puede presentar anemia, pero esto no es lo común. En pacientes con cuadro clínico sugestivo de reflujo gastroesofágico, se inicia una terapia empírica con inhibidores de bomba para suprimir la producción de ácido, durante 6 semanas se administra un inhibidor de bomba y se observa si presentan mejoría de los síntomas, posterior a esto, se suspende el fármaco y la prueba es positiva si se presenta nuevamente la sintomatología. (2, 7).

El esofagograma consiste en administrar oralmente material de contraste y realizar una radiografía. Tiene utilidad para identificar anormalidades anatómicas asociadas a ERGE, tales como hernia hiatal, estenosis péptica o úlceras esofágicas. Puede detectar reflujo de material gástrico hacia el esófago, pero la sensibilidad es baja para detectar lesiones como esofagitis. (60%). La endoscopia es un estudio de gran importancia en ERGE, se visualiza directamente la mucosa esofágica, por lo que tiene alta sensibilidad y especificidad para detectar esofagitis

por reflujo, grados de severidad y complicaciones como esófago de Barrett, estenosis, sangrado o adenocarcinoma. Además, es posible por este método realizar biopsias de la mucosa esofágica e identificar cambios histológicos por reflujo, confirmar la presencia de metaplasia o carcinoma. (2-4). El monitoreo del pH ambulatorio de 24 horas consiste en colocar un electrodo durante 24 horas, 5 cm superior al esfínter esofágico inferior y medir el pH continuamente. Es una medida directa de la exposición esofágica al jugo gástrico. Detecta reflujo patológico de ácido independientemente de la existencia de lesión esofágica. Además se utiliza para demostrar que las manifestaciones extraesofágicas son causadas por reflujo. (2,3).

La manometría esofágica es una técnica utilizada para medir la función motora del esófago y sus esfínteres. Se realiza colocando transductores electrónicos sensibles a la presión. En pacientes con ERGE, se puede detectar por este método un esfínter esofágico inferior mecánicamente defectuoso. Mide la presión en reposo y la amplitud de las contracciones peristálticas en la evaluación de los pacientes para la cirugía antirreflujo. Cuenta con baja sensibilidad para el diagnóstico de ERGE. Actualmente existen otros métodos que no se utilizan de rutina, como la impedancia esofágica y el monitoreo de reflujo biliar, que están indicados cuando se sospecha de reflujo no ácido. (2, 3).

1.9 Tratamiento médico.

Consiste en modificaciones en la dieta y estilo de vida en conjunto con tratamiento farmacológico. Estas modificaciones consisten en disminución de peso en pacientes obesos, omitir comidas copiosas, alimentos que relajan el esfínter esofágico. Evitar consumir alcohol y dejar de fumar. Se recomienda a los pacientes evitar ropa o cinturones ajustados y elevar la cabecera de la cama para disminuir las manifestaciones de reflujo nocturno. El tratamiento farmacológico consiste en antiácidos como terapia adyuvante para el rápido alivio de los

síntomas, particularmente la pirosis. Los fármacos inhibidores de la bomba de protones como omeprazol, esomeprazol, lansoprazol, rabeprazol y pantoprazol, constituyen el tratamiento estándar para el reflujo severo y se observa mejoría en aproximadamente 80% de los casos de esofagitis severa. Los antagonistas de receptores de histamina 2 como ranitidina, cimetidina, famotidina, suprimen la producción de ácido, son menos eficaces que los inhibidores de bomba (60% de mejoría en esofagitis severa). La metoclopramida tiene un efecto moderado en relación a la pirosis, sin embargo, no tiene efecto en la remisión de la esofagitis por reflujo. El sucralfato se indica para el reflujo gastroduodenal.(2)

1.10 Tratamiento quirúrgico.

La cirugía antirreflujo tiene como propósito corregir efectivamente la función de válvula mecánica y evitar la pérdida de función del esfínter cuando el estómago se distiende. El objetivo es corregir los síntomas de reflujo y pirosis, aliviar la esofagitis por reflujo y evitar la progresión de la enfermedad hacia complicaciones como estenosis o metaplasia. Anteriormente se indicaba la cirugía antirreflujo para pacientes con complicaciones como esofagitis severa o estenosis. La demostración del éxito de los procedimientos antirreflujo y la disminución en su morbilidad, hacen que actualmente pacientes con enfermedad por reflujo no complicada sean los mejores candidatos para el tratamiento quirúrgico.

El éxito de la cirugía depende de la elección de los pacientes, el predictor mas importante es la presencia de síntomas típicos, pHmetría positiva y una respuesta favorable al tratamiento médico. Los candidatos para la cirugía antirreflujo son pacientes con ERGE en los que es necesaria una dosis ascendente de inhibidores de bomba, en los que remiten los síntomas tras la suspensión del tratamiento médico. Además quienes la terapia farmacológica a largo plazo representa una carga financiera mayor que la cirugía y pacientes que

no desean el apego a los cambios en el estilo de vida y la dieta que se recomienda en el manejo médico y que se debe mantener de por vida. Otra indicación es en pacientes que presentan progresión de la esofagitis a pesar del manejo médico.

Existen diversos abordajes quirúrgicos y técnicas de cirugía antirreflujo. Por vía transtorácica se encuentran la gastroplastia de Belsey, Mark IV, Nissen y Collis. En cuanto al abordaje abdominal se encuentran las técnicas de funduplicatura de Nissen, Nissen-Rossetti y de Hill. (8)

La cirugía antirreflujo laparoscópica, se considera actualmente como el Estándar de oro para el tratamiento quirúrgico de la ERGE. En una revisión de la literatura, se demostró que es tan efectiva y segura como la cirugía abierta. Tiene las ventajas, en relación a los procedimientos abiertos, que presenta menor morbilidad, se acorta la estancia hospitalaria y la recuperación postquirúrgica es más rápida. Las funduplicaturas pueden ser parciales como la de Dor, Toupet y Watson o totales como la de Nissen. (8,9).

1.11 Complicaciones.

Las complicaciones esofágicas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico son la esofagitis por reflujo, la hemorragia, la estenosis, el esófago de Barret y el adenocarcinoma. La esofagitis por reflujo se diagnostica endoscópicamente como lesiones visibles en la mucosa esofágica distal o en la unión gastroesofágica. Se cuenta con diversas clasificaciones para la esofagitis por reflujo, entre ellas la de Savary-Miller y la de Los Angeles,(1) la cual se encuentra vigente actualmente y que es la que se utiliza en esta investigación.

CLASIFICACIÓN ENDOSCÓPICA DE ESOFAGITIS
DE LOS ANGELES

GRADO A	Una o más lesiones de la mucosa inferiores a 5 mm, que no se extienden entre dos extremos superiores de dos pliegues de la mucosa.
GRADO B	Una o más lesiones de la mucosa superiores a 5 mm, que no se extienden entre dos extremos superiores de dos pliegues de la mucosa.
GRADO C	Una o más lesiones de la mucosa que se continúan entre dos extremos superiores de dos pliegues de la mucosa, pero los cuales se limitan a menos del 75% de la circunferencia.
GRADO D	Una o más lesiones de la mucosa que se limitan al menos al 75% de la circunferencia.
	Lundell, 1999.

En pacientes con el síndrome de esofagitis por reflujo, puede haber presencia intermitente de lesiones de la mucosa. No existen datos sobre la evolución natural de la esofagitis, sin embargo se considera que en la mayoría de los pacientes, esta condición no progresa a lo largo de un periodo de 20 años. (1)

La estenosis por reflujo se define como el estrechamiento luminal persistente del esófago ocasionado por el reflujo gastroesofágico. El síntoma característico de la estenosis es la disfagia persistente.

Otra complicación relacionada con la ERGE es el esófago de Barrett, el cual se define como el reemplazo del epitelio escamoso normal del esófago distal, por epitelio columnar. Este se presenta en por lo menos 3 cm superiores a la unión esofagogástrica, el epitelio consiste en metaplasia intestinal especializada y posee potencial maligno. Se considera que 5 a 15% de los pacientes con reflujo gastroesofágico, desarrollan esófago de Barrett. Los pacientes con larga evolución de la enfermedad presentan mayor probabilidad de desarrollar esta metaplasia. La presencia de esófago de Barrett aumenta el riesgo relativo de desarrollar

adenocarcinoma de 30 a 120 veces más comparado con personas sin esófago de Barrett.(10)

Ni la frecuencia, ni la severidad de la pirosis resultan útiles para el pronóstico de la presencia, tipo o grado de metaplasia columnar esofágica o esófago de Barrett.

Adenocarcinoma esofágico. La incidencia de este padecimiento se ha aumentado rápidamente en las últimas décadas. Este crecimiento se ha calculado hasta en 300% desde 1970. El adenocarcinoma de esófago es una complicación de la ERGE. El riesgo de desarrollar adenocarcinoma se aumenta con la frecuencia, severidad y duración de los síntomas de reflujo. El esófago de Barrett de segmento largo con metaplasia de tipo intestinal es el factor de riesgo más importante identificado para el adenocarcinoma esofágico. En base a lo anterior, se ha propuesto realizar endoscopias de escrutinio en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico de alto riesgo, con la finalidad de detectar pacientes con adenocarcinoma en estadios tempranos. (1,10).

CAPITULO II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Objetivos

Determinar la sensibilidad y especificidad del diagnóstico endoscópico asociado con los síntomas en la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Objetivos secundarios

- A) Comparar los datos que se obtengan con 30 pacientes asistidos en el Hospital General del Estado de Sonora con la literatura publicada recientemente.
- B) Detectar factores de riesgo que pueden producir sesgos en el diagnóstico clínico y/o endoscópico.

2.2 Hipótesis

Al contrastar el diagnóstico clínico con el diagnóstico endoscópico, se observará mayor número de sesgos en la acertividad del diagnóstico clínico que en el diagnóstico endoscópico.

La severidad de los síntomas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico no está relacionada directamente con el diagnóstico endoscópico o la severidad de la esofagitis.

2.3 Justificación

La importancia de realizar esta investigación consiste en establecer una relación de la sintomatología del reflujo gastroesofágico y los hallazgos

endoscópicos. Tomando en cuenta que la enfermedad por reflujo gastroesofágico es una patología muy común, en donde los pacientes se diagnostican principalmente por los síntomas de reflujo, si demostramos que no existe relación con la severidad de los síntomas y el grado de esofagitis, se podrá mejorar la atención de aquellos pacientes con síntomas leves y con riesgo de complicaciones por ERGE como son: estenosis pépticas, esofagitis, esófago de barrett e incluso adenocarcinoma esofágico.

Es común que los pacientes con esta patología solo cuenten con tratamiento médico y no sean evaluados con endoscopia. Así, un gran número de pacientes no son detectados oportunamente para diagnosticar esofagitis o complicaciones y por consiguiente se retrasa el tratamiento adecuado. Es necesario identificar oportunamente pacientes que deben recibir tratamiento quirúrgico con técnicas antirreflujo.

2.4 Tipo de estudio y descripción general

Se realizó un estudio prospectivo, abierto, transversal, descriptivo y observacional. Durante los meses de marzo a agosto de 2007 se captaron pacientes valorados en la consulta externa del Hospital General del Estado de Sonora, con síntomas de reflujo gastroesofágico que fueron enviados para realizar endoscopia alta. Previo a la endoscopia se les aplicó una encuesta que incluye datos demográficos como edad y sexo, así como parámetros clínicos como frecuencia y duración de los síntomas típicos de ERGE, presencia de síntomas atípicos y tratamientos al momento de la endoscopia.

Para el estudio se definió pirosis como sensación de ardor retroesternal. La regurgitación se define como percepción del flujo de contenido gástrico hacia la boca, y este puede ser ácido o alimentos. Los síntomas atípicos que se

interrogaron fueron tos, asma, disfonía, náuseas, vómitos, disnea y dolor torácico. Además, en la encuesta se incluyó una pregunta sobre la severidad de los síntomas y los clasificaba en leves, si no interferían con sus actividades diarias y en severos si existían limitaciones en las actividades.

Posteriormente se valoraron los resultados de la endoscopia y se correlacionó la sintomatología y severidad del cuadro clínico con la presencia de esofagitis y el grado de acuerdo a la clasificación de Los Angeles. Las endoscopias se realizaron en el servicio de corta estancia del hospital General del Estado de Sonora por 5 médicos endoscopistas.

2.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Se incluyó en el estudio pacientes mayores de 18 años, con síntomas de reflujo gastroesofágico, valorados en la consulta externa del hospital General del Estado de Sonora y enviados al servicio de corta estancia para realizar endoscopia alta por la sintomatología de reflujo. Se excluyeron pacientes sin síntomas de reflujo y se eliminaron pacientes a los que no se les realizó endoscopia debido a que no aceptaron el procedimiento.

2.6 Tamaño de la muestra

Durante los meses de marzo a agosto de 2007 se captaron 30 pacientes con síntomas de reflujo gastroesofágico enviados para estudio endoscópico.

2.7 Análisis estadístico

Se aplicaron recursos de estadística descriptiva en las variables demográficas tales como edad y sexo, así como las variables clínicas como

pirosis, regurgitación, síntomas atípicos de reflujo, tiempo de evolución de la sintomatología, severidad y su correlación con los resultados del estudio endoscópico, específicamente la presencia o ausencia de esofagitis y el grado de acuerdo a la clasificación de Los Angeles.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables de manera individual usándose medidas de tendencia central como media y desviación estándar, y frecuencias con porcentajes para las variables nominales o numéricas discretas.

Se realizó un análisis comparativo entre los dos grupo para conocer la relación con la presencia de síntomas y la presencia de esofagitis en la muestra, el análisis se realizó con la prueba "t de Student" para muestras independientes en variables numéricas y "Xi²" para variables categóricas, se definió significancia estadística cuando $p < 0.05$.

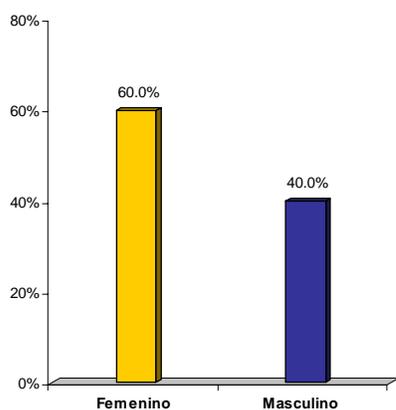
CAPITULO III. RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1 Resultados

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

Sexo

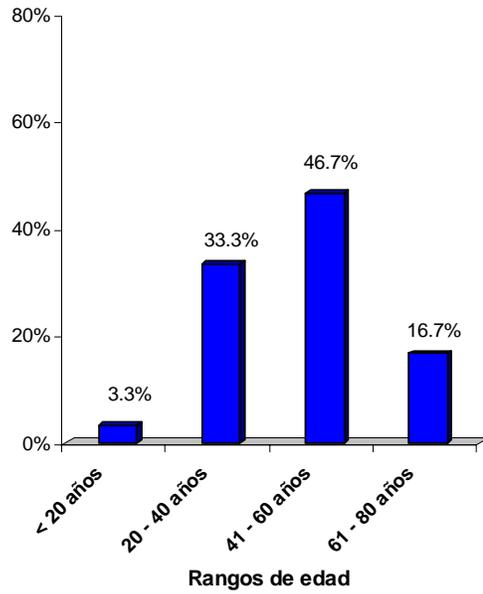
El 60% de la muestra eran mujeres con una edad promedio de 44.2 años y los hombres fueron solo el 40% con una media de 48.63 años, no existen diferencias entre las edades promedio de los dos sexos ($p=0.52$).



Sexo	Frec.	%	Edad Media
Femenino	18	60.0%	44.2 años
Masculino	12	40.0%	48.3 años
Total	30	100%	

Edad

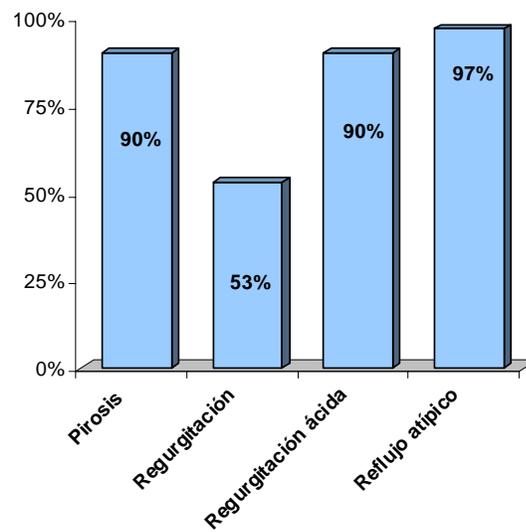
La edad promedio de la muestra era 45.9 ± 16.6 años, con un mínimo de 19 a 80 años. La tendencia del grupo es hacia adultos de 47 años en adelante (más del 50% de la muestra). El rango de edad más común fue 41 a 60 años con 46.7%.



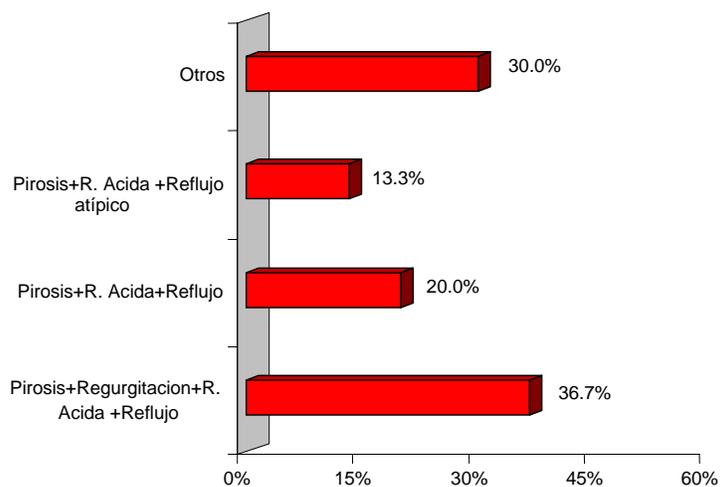
Edad	Frec.	%
< 20 años	1	3.3%
20 - 40 años	10	33.3%
41 - 60 años	14	46.7%
61 - 80 años	5	16.7%
Total	30	100%

VARIABLES DE SÍNTOMAS

La presencia de los síntomas estudiados fue la siguiente:



El 36.7% de los casos presentaron pirosis, regurgitación, regurgitación ácida y datos de reflujo atípico.



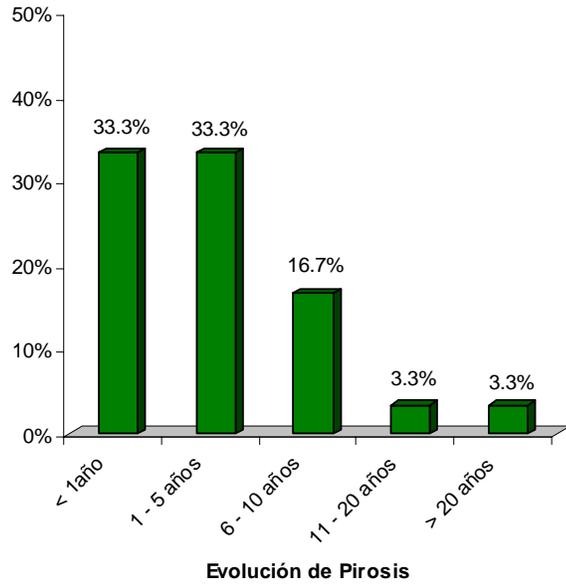
<i>Frecuencia</i>	Pac.	%
Pirois+Regurgitación+R. Acida +Reflujo atípico	11	36.7%
Pirois+R. Acida+Reflujo atípico	6	20.0%
Pirois+R. Acida +Reflujo atípico	4	13.3%
Otros	9	30.0%

El 80% de los casos presentaron pirosis y regurgitación ácida, siendo ésta combinación de síntomas la más frecuente.

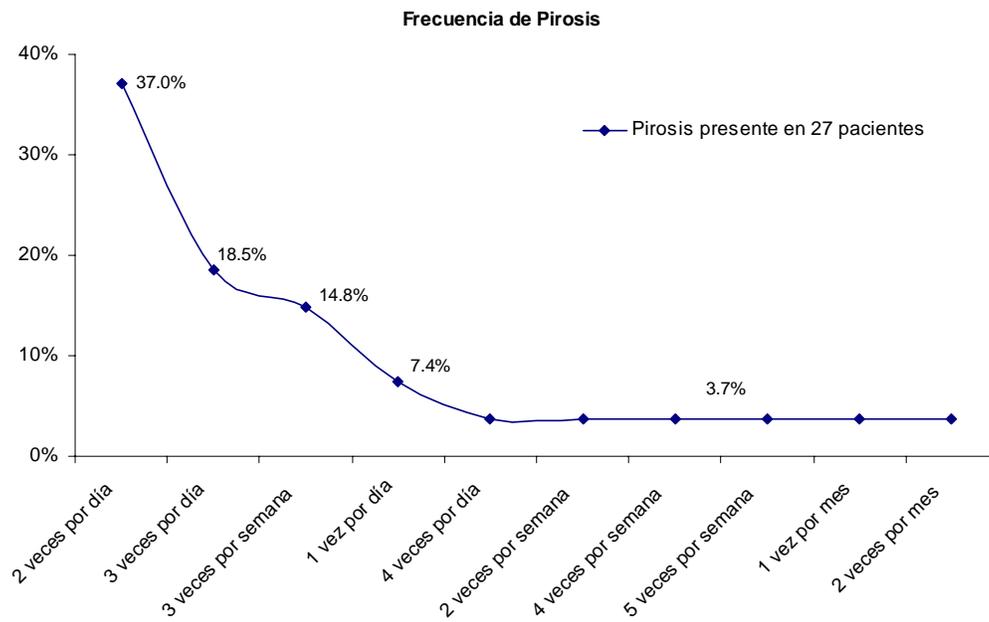
Pirosis

La pirosis estuvo presente en el 90% de los casos. El tiempo de evolución era muy amplio, se encontraron evoluciones de un mes a 28 años, pero el tiempo de evolución promedio de pirosis fue 4.1 ± 6 años. El 66.6% de la muestra tenía menos de 5 años de evolución. El 55.6% presentaba una frecuencia del malestar entre 2 a 3 veces al día.

<i>Pirosis</i>	Frec.	%
Presente	27	90%
Ausente	3	10%
Total	30	100%



Evolución	Frec.	%
< 1 año	10	33.3%
1 - 5 años	10	33.3%
6 - 10 años	5	16.7%
11 - 20 años	1	3.3%
> 20 años	1	3.3%
Total	27	90%

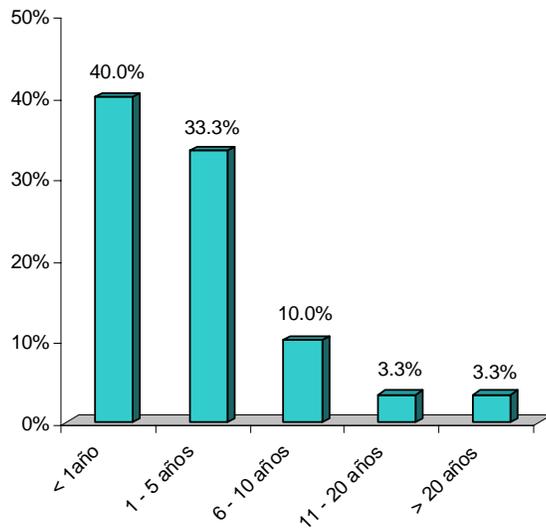


<i>Frecuencia de Pirosis</i>	Pacientes	%
2 veces por día	10	37.0%
3 veces por día	5	18.5%
3 veces por semana	4	14.8%
1 vez por día	2	7.4%
4 veces por día	1	3.7%
2 veces por semana	1	3.7%
4 veces por semana	1	3.7%
5 veces por semana	1	3.7%
1 vez por mes	1	3.7%
2 veces por mes	1	3.7%
Total	27	100%

Regurgitación ácida

La regurgitación ácida estuvo presente en el 90% de los casos. El tiempo de evolución era muy amplio y semejante a pirosis, se encontraron evoluciones de un mes a 28 años. El 73.3% de la muestra tenía menos de 5 años de evolución. El 40% presentaba una frecuencia del malestar al menos 2 veces por día.

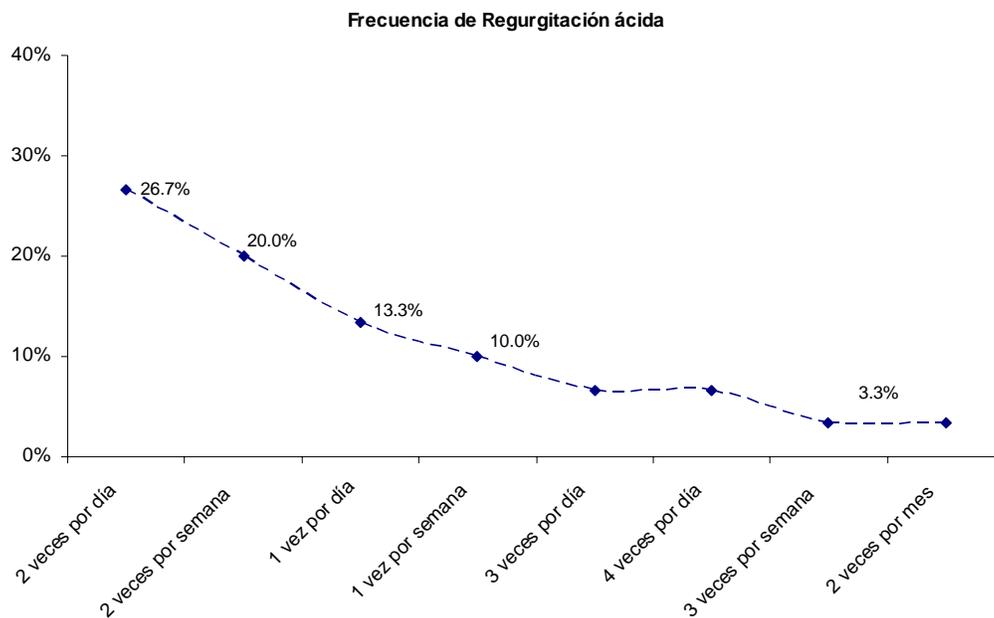
<i>Regurgitación</i>	Frec.	%
Presente	27	90%
Ausente	3	10%
Total	30	100%



Evolución de Regurgitación ácida

<i>Evolución</i>	Frec.	%
< 1 año	12	40.0%
1 - 5 años	10	33.3%
6 - 10 años	3	10.0%
11 - 20 años	1	3.3%
> 20 años	1	3.3%
Total	27	90%

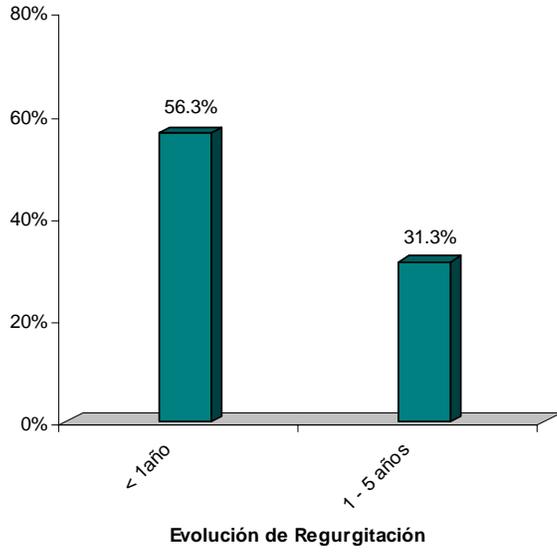
<i>Frecuencia de regurgitación ácida</i>	Pacientes	%
2 veces por día	8	26.7%
2 veces por semana	6	20.0%
1 vez por día	4	13.3%
1 vez por semana	3	10.0%
3 veces por día	2	6.7%
4 veces por día	2	6.7%
3 veces por semana	1	3.3%
2 veces por mes	1	3.3%
Total	27	90%



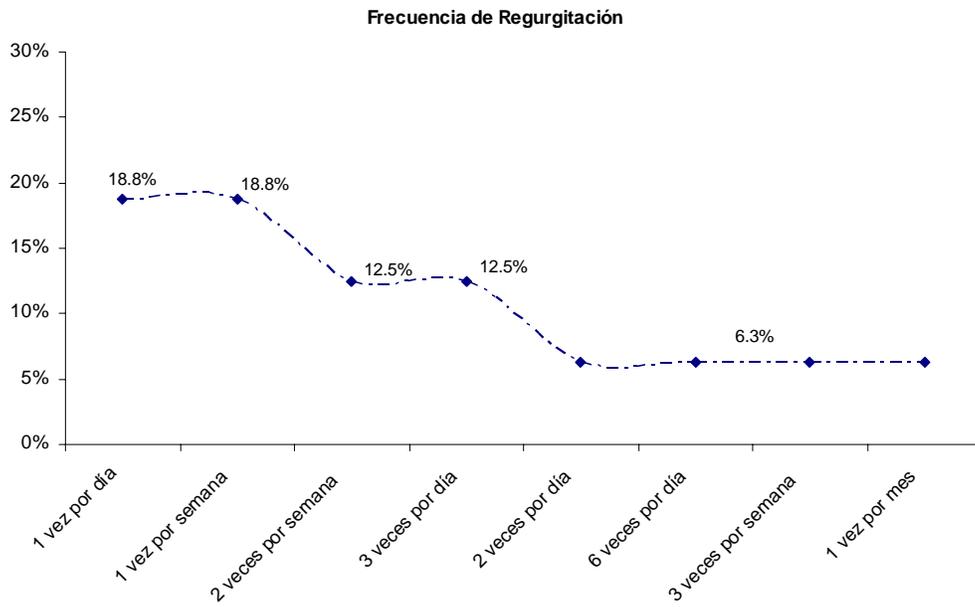
Regurgitación

La regurgitación estuvo presente en el 53% de los casos. El tiempo de evolución de un año o menos fue de 56.3% y 31.3% entre uno y cinco años. El 31.3% presentaba una frecuencia del malestar entre una y dos veces por semana.

<i>Regurgitación</i>	Frec.	%
Presente	16	53%
Ausente	14	47%
Total	30	100%



<i>Evolución</i>	Frec.	%
< 1 año	9	56.3%
1 - 5 años	5	31.3%
Total	14	100%



<i>Frecuencia de regurgitación</i>	Pacientes	%
1 vez por día	3	18.8%
1 vez por semana	3	18.8%
2 veces por semana	2	12.5%
3 veces por día	2	12.5%
2 veces por día	1	6.3%
6 veces por día	1	6.3%
3 veces por semana	1	6.3%
1 vez por mes	1	6.3%
Total	14	100%

Reflujo atípico

El reflujo atípico estuvo presente en el 97% de la muestra, se interrogó específicamente la presencia de tos, asma, disfonía, náuseas, vómitos, disnea, y dolor torácico. El síntoma atípico más frecuente fue náuseas en 20 pacientes (68%), seguido de tos que se presentó en 15 pacientes (51.7%).

<i>Reflujo Atípico</i>	Frec.	%
Presente	29	97%
Ausente	1	3%
Total	30	100%

El 73% de los pacientes respondió que sus síntomas eran severos, es decir, que interferían con sus actividades diarias y el 27% de los pacientes presentaba sintomatología que clasificaron como leve.

<i>Grado</i>	Frec.	%
Leve	8	27%
Severo	22	73%
Total	30	100%

Esofagitis

El 47% presentó esofagitis, de éstos el 64.3% eran del tipo grado A y 21.4% de grado C, 1 paciente presentó grado B (7.1%) y uno más tenía grado D (7.1%). En 3 pacientes se documentó hernia hiatal, 2 de los cuales presentaron esofagitis.

<i>Esofagitis</i>	Frec.	%
Presente	14	47%
Ausente	16	53%
Total	30	100%

<i>Grado</i>	Frec.	%
A	9	64.3%
B	1	7.1%
C	3	21.4%
D	1	7.1%
Total	14	100%

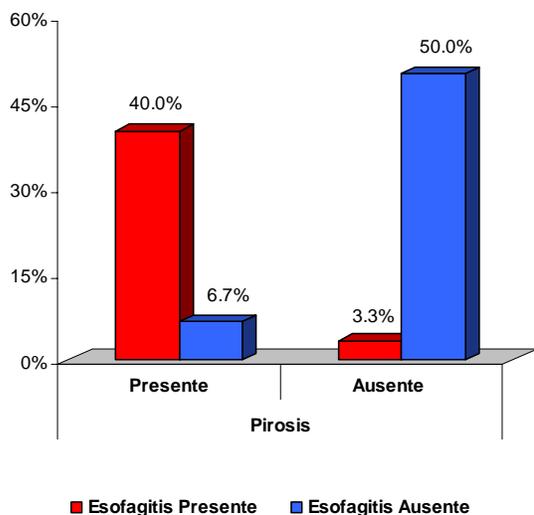
VARIABLES ENTRE DOS GRUPOS

Para determinar la relación de la esofagitis con los síntomas, se dividió la muestra de pacientes en dos grupos, uno con esofagitis y el otro sin hallazgos de esofagitis por endoscopia. Con respecto a la edad, no existen diferencias significativas entre los dos grupos ($p=0.52$).

Se buscó significancia de la presencia o ausencia de cada síntoma y la presencia o ausencia de esofagitis resultando lo siguiente:

Pirosis

Si existe correlación entre la presencia de éste síntoma y la presencia de esofagitis ($p= 0.001$), el 40% de los casos presentaron esofagitis acompañado de pirosis.

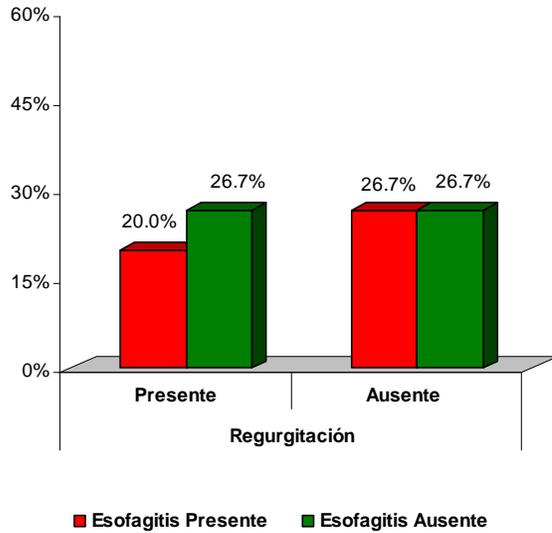


		Esofagitis	
		Presente	Ausente
Pirosis	Presente	12	2
	Ausente	1	15

De usarse la pirosis como un metodo diagnóstico sin uso de biopsia, se asegura una sensibilidad del 92% y una especificidad del 88%.

Regurgitación

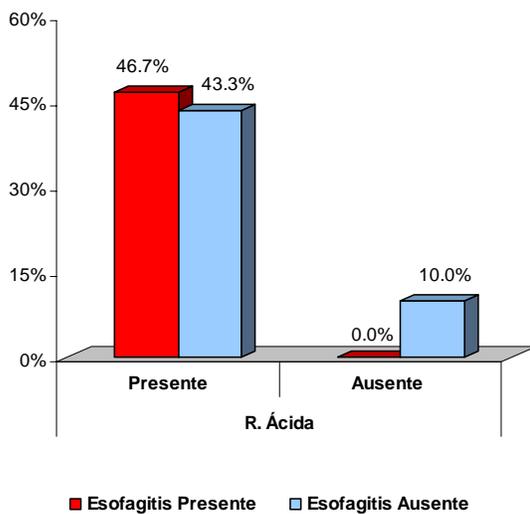
No existe correlación entre la presencia de éste síntoma y la presencia de esofagitis ($p= 0.73$), la proporción de pacientes con y sin regurgitación es similar en los dos grupos, con ausencia y presencia de esofagitis.



		Esófagitis	
		Presente	Ausente
Regurgitación	Presente	6	8
	Ausente	8	8

Regurgitación ácida

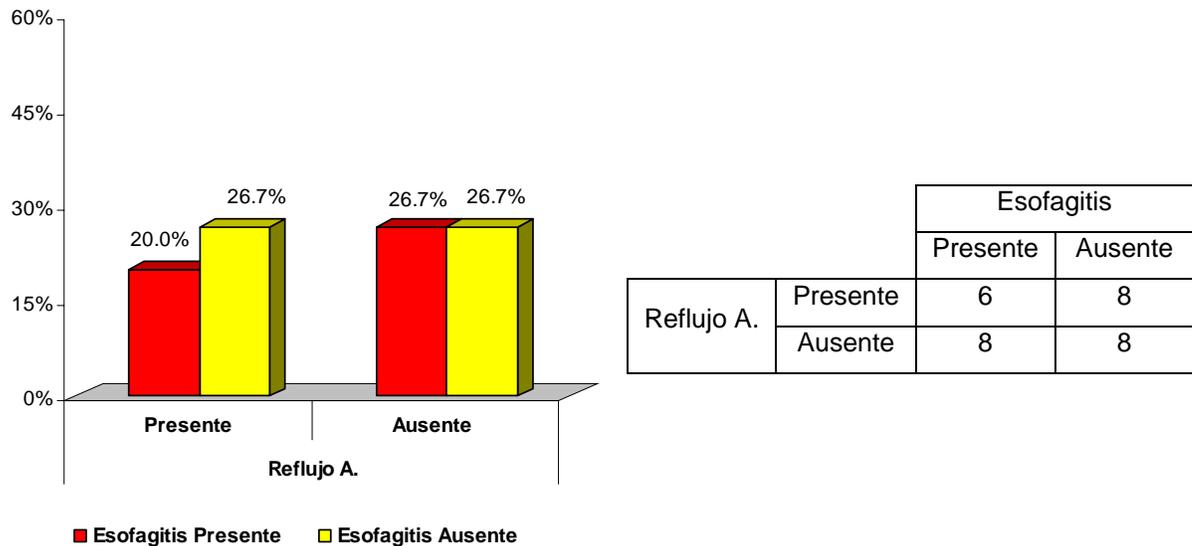
No existe correlación entre la presencia de éste síntoma y la presencia de esofagitis ($p= 0.24$), la proporción de pacientes con y sin regurgitación ácida es similar en los dos grupos, con ausencia y presencia de esofagitis.



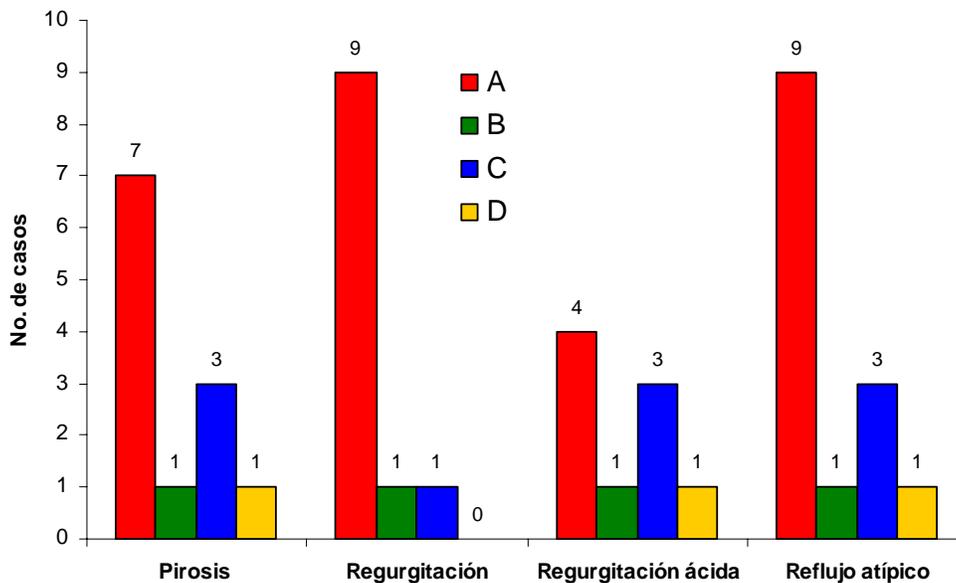
		Esófagitis	
		Presente	Ausente
R. Ácida	Presente	14	13
	Ausente	0	3

Reflujo atípico

No existe correlación entre la presencia de éste síntoma y la presencia de esofagitis ($p= 0.24$), la proporción de pacientes con y sin regurgitación ácida es similar en los dos grupos, con ausencia y presencia de esofagitis.



En la siguiente tabla se muestran la presencia de los síntomas en cada grado de esofagitis, no se pudieron comparar debido al reducido tamaño de la muestra:



3.2 *Discusión*

En este estudio se evaluó la sintomatología del reflujo gastroesofágico y su relación con el diagnóstico endoscópico de esofagitis. Los objetivos fueron evaluar la sensibilidad de la sintomatología para determinar complicaciones como la esofagitis y los grados de esta de acuerdo a la clasificación de Los Angeles. Los resultados muestran que el único parámetro clínico con significancia estadística para esofagitis es la pirosis, así mismo, este es el síntoma que se presenta más frecuentemente en los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico. Sin embargo no se logró establecer una relación con el grado de esofagitis y la presencia de síntomas ni con la severidad de estos. Se requiere una muestra de pacientes mayor que la del presente estudio para poder concluir la relación en cuanto al grado de esofagitis.

La severidad de los síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico es un parámetro difícil de evaluar ya que es un factor subjetivo y dependiente de cada paciente en particular. En este estudio no fue posible establecer una relación estadísticamente significativa entre la severidad de los síntomas y la frecuencia de esofagitis. La mayoría de los pacientes (el 73%) considera sus síntomas como severos, es decir, que limitan sus actividades y su estilo de vida. Esto apoya la idea de que esta patología debido a la frecuencia reportada en la literatura y la severidad que refieren los que la padecen, requiere de prevención y tratamiento oportuno.

Todos los pacientes evaluados recibían algún tipo de tratamiento médico al momento de la endoscopia, los inhibidores de bomba predominaron en el manejo. Este tratamiento al realizar endoscopia puede ser que modifique los resultados del estudio endoscópico y que los pacientes no tengan esofagitis debido al manejo. Sería útil realizar el estudio endoscópico y los resultados más confiables en pacientes sin tratamiento previo. Otro factor que influye en los resultados,

consideramos que es el médico endoscopista, en este estudio fueron 5 diferentes médicos y esto puede influenciar en los resultados.

En el consenso global sobre definición y clasificación de ERGE, se concluyó que las náuseas como síntomas acompañantes de reflujo no son frecuentes. En este estudio se presentó como síntoma atípico con mayor frecuencia, lo que no corresponde a lo reportado en la literatura.

De los pacientes que se incluyeron en el estudio, 47% presentaron algún grado de esofagitis, así apoyamos la idea de que esta patología no por ser tan frecuente es inocua o carece de complicaciones. Se requiere continuar con estudios prospectivos y con mayor número de casos para mejorar la atención de los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico.

3.3 Conclusiones

- a) En este estudio, el síntoma de pirosis es el más frecuente en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- b) La combinación de pirosis y regurgitación también es frecuente en 80% de los casos.
- c) Si se utiliza la pirosis como síntoma diagnóstico presenta una sensibilidad de 92% y una especificidad de 88% para la presencia de esofagitis.
- d) La edad de los pacientes no se relaciona con la presencia o ausencia de esofagitis.
- e) Los síntomas atípicos de reflujo son frecuentes en pacientes con ERGE.
- f) La mayoría de los pacientes con esofagitis es de grado leve o grado A de la clasificación de Los Angeles.
- g) La mayoría de los pacientes considera los síntomas como severos, que limitan sus actividades diarias.
- h) Se requiere el estudio con mayor número de pacientes para determinar la relación entre la severidad de los síntomas y el grado de esofagitis.

3.4 Recomendaciones

- a) Debido a la relación que se demuestra en este estudio de la pirosis y esofagitis, se recomienda ampliar el uso de la endoscopia como método diagnóstico temprano de posibles complicaciones en la enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- b) En aquellos pacientes que presenten pirosis además de síntomas de reflujo atípico, en especial tos crónica o asma de inicio en edad adulta es recomendable una evaluación precoz con endoscopia y pHmetría.
- c) Para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico es necesario conocer adecuadamente esta patología, realizar estudios complementarios y así detectar un mayor número de pacientes candidatos para cirugía antirreflujo.
- d) Es necesario continuar con estudios prospectivos y con mayor número de pacientes para establecer relaciones entre los síntomas y complicaciones de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, no solo de esofagitis, sino de metaplasia e incluso adenocarcinoma esofágico.

ANEXOS

1. ENCUESTA

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Expediente: _____

Fecha: _____

1. ¿Tiene usted la sensación de ardor retroesternal o agruras? (pirosis)
 - A) Si
 - B) No
2. ¿Desde cuándo? _____
3. ¿Con qué frecuencia?
 - A) _____ veces al día
 - B) _____ veces a la semana
 - C) _____ veces al mes
4. ¿Tiene usted la sensación de que regresa ácido del estómago? (regurgitación ácida)
 - A) Si
 - B) No
5. ¿Desde cuándo? _____
6. ¿Con qué frecuencia?
 - A) _____ veces al día
 - B) _____ veces a la semana
 - C) _____ veces al mes
7. ¿Ha presentado regurgitación de alimentos desde el estómago? (regreso de alimentos hacia la boca, sin ser vómito)
 - A) Si
 - B) No
8. ¿Desde cuándo? _____
9. ¿Con qué frecuencia?
 - A) _____ veces al día
 - B) _____ veces a la semana
 - C) _____ veces al mes

10. Marcar si presenta además alguno de los síntomas siguientes:

- A) Tos
- B) Asma
- C) Ronquera
- D) Náuseas
- E) Vómitos
- F) Sensación de ahogamiento
- G) Dolor en el pecho

11. ¿Cómo considera la severidad de los síntomas que usted presenta?

- A) Leves (cuando no afectan sus actividades diarias)

- B) Severos (cuando se modifican sus actividades sociales o físicas, realiza cambios en los alimentos o bebidas que consume, alteran el sueño, etc)

12. ¿Ha recibido algún tratamiento para los síntomas?

13. ¿Cuál?

14. ¿Por cuánto tiempo?

HALLAZGOS ENDOSCOPICOS

Esófago:

Estómago:

Duodeno:

ESOFAGITIS : SI _____ NO: _____

GRADO: (Clasificación de Los Angeles) _____

Toma de biopsia. SI _____ NO: _____

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nimish Vakil, et al. Definición y clasificación de Montreal de la Enfermedad por reflujo gastroesofágico: consenso global basado en evidencia. *The American Journal of Gastroenterology* 2006; 101: 1900-1920.
2. Cappell Mitchel et al. Clinical presentation, diagnosis, and management of gastroesophageal reflux disease. *Medical Clinics of North America* 2005; 89, 2.
3. Zinner et al. Maingot Operaciones abdominales. Tomo I, 10a edición, 2000. pag. 729-780.
4. Sabinston David, Et al. Tratado de patología quirúrgica. XV edición. Vol I. 1999. Pag 827-844.
5. Schwartz. Principios de Cirugía. 7a Edición. Vol. I, Editorial Mc Graw Hill, 2000. Pag. 1157-1199.
6. Fennerty et al. Extraesophageal reflux disease. Presentations and approach to therapy. *Gastroenterol Clin North Am* (1999); 28:p 861-873.
7. Numans et al. Short-Term treatment with proton-pump inhibitors as a test for gastroesophageal reflux disease. *Annals of internal medicine*, 2004. vol 140, p 518-527.
8. Baker et al. El dominio de la Cirugía. 4ª Edición. Vol I. Editorial Panamericana, 2004. Pag. 885-955.
9. Catarci et al. Evidence-Based Appraisal of antireflux Fundoplication. *Annals of Surgery*, 2004; Vol 239,p 325-337.
10. Chang et al. Gastroesophageal Reflux disease, Barrett esophagus and esophageal adenocarcinoma. *Arch Intern Med*, 2004; 164: 1482-1488.