

Manifestaciones extraesofágicas por reflujo

### **1.- introducción:**

El reflujo gastroesofágico se define el paso de contenido gástrico por encima del esfínter esofágico inferior (EEI), en ausencia de náuseas, vómitos o eructos. En determinadas situaciones se puede considerar como fisiológico, como ocurre tras las comidas i su duración es breve. La mucosa por encima del EEI no está especialmente preparada para defenderse frente al ácido, ni alcalinos, ni pepsina. La mucosa de hipofaringe es especialmente susceptible frente a poca cantidad de dicho material i con poco tiempo de exposición. Los órganos diana fisiopatológicamente hablando serán el esófago i la mucosa por encima del esfínter esofágico superior (ESS). Cuando afecta al esófago hablamos de esofagitis por reflujo o reflujo gastroesofágico i por encima del EES manifestaciones extraesofágicas por reflujo.

El reflujo gastroesofágico (RGE) se caracteriza por lesiones esofágicas (endoscopia esofágica) i clínica definida como ardor retroesternal o reflujo de ácido hacia hipofarige o boca. El RGE si presenta lesiones endoscópicas se denomina RGE con esofagitis i si no hay lesiones se denomina RGE no erosivo, que según el resultado de la pHmetría se diferenciará en: si la pHmetría es patológica se denomina RGE no erosivo i si la pHmetría es normal se denomina hipersensibilidad esofágica. La prevalencia de los síntomas típicos de RGE en España está cifrada aproximadamente en un tercio de la población i de éstos sólo un 10% acuden a atención primaria.

Las manifestaciones extraesofágicas por reflujo, también descrito como síntomas atípicos, en los que hay mayor evidencia científica i se presentan con mayor frecuencia incluyen: dolor torácico no cardiogénico, asma, tos crónica, disfonía i otras manifestaciones laríngeas i erosiones dentales.

Otras complicaciones extraesofágicas, que se presentan con menor frecuencia son:

cavidad oral: halitosis, quemazón bucal i alteraciones del gusto.

Nasal: sinusitis crónica.

Oído: otalgia, otitis.

Faringe: faringitis crónica, hipertrofia adenoidea.

Vías aéreas superiores: úlceras/granulomas en cuerdas vocales, estenosis subglótica, laringospasmo, croup laríngeo, cáncer laríngeo.

Neumología: neumonía por aspiración, fibrosis pulmonar, bronquiectasias i apneas del sueño.

Los pacientes con síntomas atípicos no presentan síntomas típicos en 60-95% de pacientes i la prevalencia de esofagitis es baja del 10-30%

## **2.- Reflujo gastroesofágico:**

### **2.1 síntomas RGE:**

#### **2.1.1- ardor retroesternal o pirosis:**

Es el síntoma más frecuente, aparece 30-60 minutos tras la ingesta i suele aliviarse con la toma de antiácidos, aunque sea de forma transitoria. Es importante remarcar que no existe correlación entre intensidad de sintomatología i la severidad de las lesiones esofágicas. De tal forma, que casi la mitad de los pacientes con síntomas típicos de reflujo no presentan lesiones de esofagitis en la endoscopia i en un 10% de sujetos asintomáticos se pueden evidenciar lesiones esofágicas en la endoscopia.

#### **2.1.2.- regurgitación:**

la regurgitación ácida es un síntoma muy específico de RGE, aunque menos frecuente que la pirosis. Consiste en tránsito de secreción gástrica hacia la boca. Es habitual que aparezca al inclinarse hacia delante o en decúbito lateral derecho. Si la regurgitación es nocturna se puede presentar como disnea o de crisis de tos de tipo irritativo.

### **2.2 complicaciones RGE.**

#### **2.2.1 esófago Barret**

Se define como la presencia de metaplasia intestinal (islotos de mucosa gástrica con epitelio cilíndrico) en la mucosa del esófago. La prevalencia se cifra en 3-4%. se diferencia esófago de Barret corto si es menor de 3 cm. I largo si es mayor de 3 cm. Siendo discutido si el corto presenta menor riesgo de degeneración neoplásica. El riesgo de adenocarcinoma de esófago se estima entre un 0.5 i un 1% anual. Actualmente el manejo del Barret más aceptado consiste en practicar una endoscopia inicial con toma de biopsias de los cuatro cuadrantes, cada dos

centrímetros a lo largo del trayecto de la mucosa ectópica. Dicha toma puede dar como resultado displasia o inflamación, si es éste último se trata con antiácidos durante 8-12 semanas i se vuelve a repetir. En el caso de displasia puede resultar:

Displasia de bajo grado, tratamiento con IBP i repetir la biopsia en el plazo de 6 meses, para posteriormente practicar endoscopias anuales.

Displasia de alto grado, en estos casos el riesgo de adenocarcinoma se cita en 35%-40% i está discutido si realizar un meticuloso programa de biopsias (más de 35-40 por exploración) o realizar esofagectomía.

### **2.2.2 estenosis**

Su prevalencia es de 10-15% siendo situaciones predisponentes la edad avanzada, historia antigua de reflujo i la coexistencia de un trastorno motor esofágico severo asociado.

### **2.2.3. hemorragia**

Es una complicación rara, pudiendo presentarse desde una anemia ferropénica hasta una hematemesis franca.

### **2.2.4 ulcera péptica del esófago.**

Suele asentar en el tercio inferior del esófago, sobre el esófago de Barret.

## **2.3 Pruebas complementarias:**

la endoscopia es la exploración princeps para ver las consecuencias del reflujo en la mucosa esofágica i nos valora el grado de severidad. La pHmetría i la manometría serán útiles para la evaluación preoperatoria del paciente.

Clasificación de Los Angeles

GRADO A una o más lesiones en 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 en 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 en mucosa que se continúan entre dos extremos superiores de dos pliegues de la mucosa, però los cuales se limitan a menos del 75% de la circunferencia.

GRADO D una o más lesiones en mucosa que se limitan al menos al 75% de la circunferencia.

## **3. manifestaciones extraesofágicas por reflujo:**

### **3.1.- Asma:**

La asociación entre asma y reflujo está ampliamente discutida en la literatura. Parece que el reflujo sería un potente inductor o cofactor en determinados pacientes. Estaría indicado un tratamiento de prueba con dosis altas de IBP en pacientes con asma de difícil control, asmáticos no alérgicos, en aquellos en que tengan reflujo gastroesofágico i pacientes con asma nocturna.

Field and Sutherland revisaron 12 estudios que incluían 326 pacientes con asma tratados con IBP i concluyen que los síntomas asmáticos mejoraron en un 69% de los pacientes i se pudo reducir la medicación asmática en un 62%.

La patogenésis del asma se explica por:

- El asma podría estar provocado por microaspiraciones de ácido gástrico.
- A través del reflejo esofago-bronquial vehiculizado por el vago.

### **3.2.- Tos crónica**

Se define como la persistencia de tos entre 3 i 8 semanas. En cuanto a la etiología de la tos crónica se considera que en pacientes no inmunodeprimidos, que no son fumadores, con una radiografía normal i que no reciben tratamiento con IECAS, las causas más frecuentes son el goteo nasal posterior, el asma bronquial i la enfermedad por reflujo.

La patogenésis de la tos se debe a:  
por microaspiraciones.

El reflejo traqueo-bronquial-esofágico.

Se discute sobre si el RGE es la causa de la tos o el efecto. Ya que los esfuerzos realizados con la tos pueden provocar aumento de la presión abdominal i favorecer el RGE.

### **3.3.- Dolor torácico**

El dolor torácico no coronario se puede definir como el dolor retroesternal recurrente sin relación con enfermedad coronaria después de una evaluación cardíaca razonable que actualmente incluye coronariografía normal. Dolor torácico no cardiogénico es aquel que no aparece con esfuerzo, no cede con reposo, no se irradia a la espalda, dura más de 20 minutos, que aparezca postprandial o en decúbito y no suele acompañarse de síntomas vegetativos.

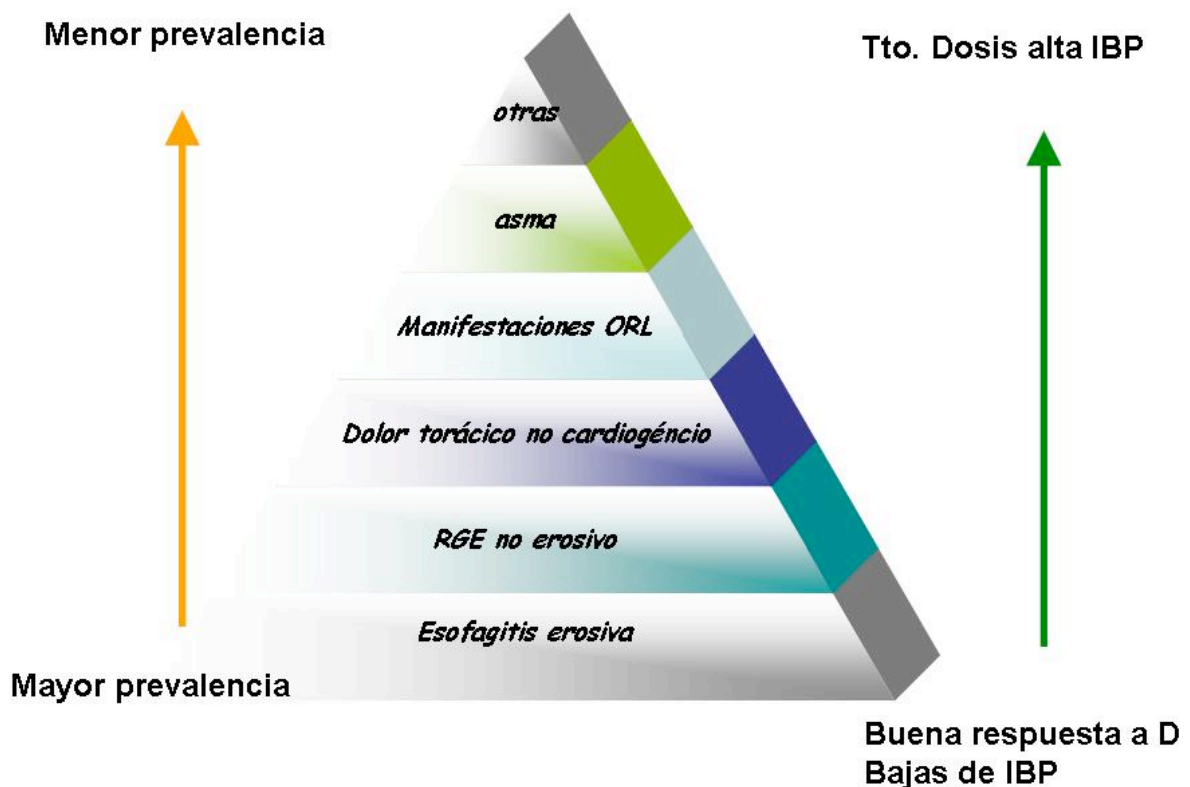
La etiología del dolor torácico no coronario se cifra en enfermedad por reflujo 50%, los trastornos motores 10%, las alteraciones en la percepción (hiperalgesia) 30%, y una miscelánea 10%, que englobaría alteraciones psicológicas.

3.4. Otros síndromes pulmonares:

3.4.1.- síndrome de apnea obstructiva del sueño

3.4.2.- fibrosis idiopática pulmonar

3.5. Manifestaciones ORL



Pirámide de Richter hace referencia a la prevalencia diagnóstica y la respuesta de tratamiento. En la base de la pirámide estaría la patología más prevalente y conforme subimos la pirámide están las enfermedades cada vez menos frecuentes. Las situaciones más prevalentes son las que mejor responden mejor al tratamiento, de IBP y con dosis bajas. Por otra parte, esta pirámide refleja que a medida que disminuye la prevalencia del reflujo es más necesaria la prueba terapéutica con omeprazol para establecer una relación causal entre enfermedad por reflujo y la manifestación que tiene.

Pruebas complementarias

Cuándo realizar una esofagoscopia:

- x ante signos de alarma: anemia, hemorragia, pérdida de peso i disfagia.
- x Cuando se presentan síntomas intensos, historia crónica de REE o falta de respuesta al tratamiento.
- x En el caso de RGE verificar qué tipo de esofagitis i si hay complicaciones.

Qué información nos aporta la esofagoscopia:

- ✓ nos informa de lesiones macroscópicas de esofagitis, presencia de mucosa ectópica en esófago. También nos permite la toma de biopsias.
- ✓ Complicaciones: úlceras, esófago de Barret, neoplasia i estenosis.
- ✓ Aporta valor pronóstico (peor respuesta al tratamiento i fácil recidiva en esofagitis graves).
- ✓ Podemos ver condiciones asociadas a RGE como la hernia de hiato.

El 10% de los que padecen RGE desarrollan esófago de Barret; de éstos el 10% pueden desarrollar adenocarcinoma Y sólo el 7% de ellos continúan vivos tras 5 años de diagnóstico.