



Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.
Colegio de Postgraduados en Cirugía General A.C.
Federación Nacional de Colegios y Asociaciones de Especialistas en Cirugía General A.C.

ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA GENERAL A.C.

COMITÉ DE ELABORACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

México D.F. Julio del 2014



2014

CIRUGÍA CON PASIÓN,
TALENTO Y ESFUERZO.



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

AUTORES	ESPECIALIDAD	INSTITUCION	AREA LABORAL
Dr. Juan Mier Díaz Coordinador de guía.	Cirugía General Ex Presidente AMCG	Centro Médico ABC	Cirugía General
Dr. Alberto Shousleb Kalach Supervisor de guía.	Cirugía general	Centro Médico ABC	Cirugía General
Dr. Leopoldo Guzmán Navarro.	Cirugía General	Centro Médico ABC	Cirugía General
Dr. David Lasky Marcovich	Cirugía General Ex Presidente AMCE	Centro Médico ABC	Cirugía General
Dr. José Garmilla Espinoza	Cirugía General	Centro Médico ABC	Cirugía General
Dr. Gonzalo Hagerman Ruiz Galindo	Cirugía General	Centro Médico ABC	Cirugía General





1.- CLASIFICACIÓN

PROFESIONALES DE LA SALUD	Médicos familiares, Médicos internistas, Cirujanos generales, Gastroenterólogos, Endoscopistas.
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	K21 Enfermedad del reflujo gastroesofágico.
CATEGORÍA DE GPC	Primer y segundo nivel de atención.
USUARIOS POTENCIALES	Personal de la salud perteneciente a la AMCG en forma inicial.
ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Miembros de la Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.
POBLACIÓN BLANCO	Hombres y mujeres > 18 años.
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Resumen de datos de HC, la semiología, Dx., Dx. Dif. y tratamiento de la patología a tratar.
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Referencia oportuna y efectiva. Satisfacción con la atención. Mejora de la calidad de vida. Tratamiento específico y adecuado. Uso adecuado de estudios de gabinete. Actualización médica. Uso eficiente de los recursos. Diagnóstico certero y oportuno.





METODOLOGÍA	<p>Definición del enfoque de la GPC. Elaboración de preguntas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencias. Protocolo sistematizado de búsqueda. Revisión sistematizada de la literatura. Búsqueda de bases de datos electrónicas. Búsqueda de otras guías en centros de elaboradores o compiladores. Búsqueda manual de la literatura Número de fuentes documentales revisadas 9 Guías seleccionadas: 1 Consenso de expertos: 1 Validación de protocolos de búsqueda por el comité de enseñanza e investigación de la AMCG. Adopción de guías internacionales Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas en la presente guía con información sustentada en evidencia. Construcción de la guía para su validación. Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías. Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional. Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistematizada de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones. Emisión de evidencias y recomendaciones (ver anexos).</p>
MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN	<p>Validación de protocolos de búsqueda. Método de validación de la GPC: validación por pares. Validación interna: comité de enseñanza e investigación de la AMCG. Prueba de campo: territorio de la República Mexicana.</p>
CONFLICTO DE INTERÉS	<p>Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente guía de práctica clínica.</p>





2.- INTRODUCCIÓN

El reflujo del contenido gástrico al esófago se presenta en todos los individuos, pero gracias al efecto neutralizante de la saliva y a los mecanismos de depuración esofágica los síntomas atribuibles a éste se observan en relativamente pocas personas. A pesar de ello, la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es uno de los padecimientos frecuentes en la práctica médica. Encuestas realizadas en población abierta han demostrado que al menos 4 a 7% de individuos aparentemente sanos sufren pirosis de manera cotidiana y que hasta 44% la padecen al menos una vez por mes. Se ha calculado que 2% de la población adulta tiene manifestaciones clínicas debidas a ERGE.

3.- ASPECTOS GENERALES

3.1 Justificación:

Es frecuente a nivel mundial en todas sus manifestaciones. En adultos se incrementa con la edad.

La mayoría de los estudios que analizan la prevalencia y la incidencia de la ERGE tienen sesgos de referencia. Las personas acuden a consulta por síntomas presumiblemente debidas al reflujo y son, por lo tanto, “enfermos”. Los estudios en población “abierta” utilizando cuestionarios han demostrado que la ERGE es un padecimiento frecuente y han encontrado cifras muy congruentes entre distintos países y poblaciones. Al menos la tercera parte de la población estudiada ha presentado pirosis una vez por mes (35-44%). Estas cifras no toman en cuenta las manifestaciones extra esofágicas y desconocen la presencia real de la esofagitis, manifestación anatómica del padecimiento que sólo puede diagnosticarse mediante endoscopia.

3.2 Objetivos:

La finalidad de esta guía es establecer un referente para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia posible para la enfermedad por reflujo gastroesofágico





3. Definición y glosario

Se admite que el reflujo gastroesofágico es el ascenso de material gástrico a través del esfínter esofágico inferior al resto del esófago y estructuras supraesofágicas y que la ERGE son las manifestaciones clínicas y las alteraciones físicas inducidas por la presencia del material refluído. En algunos grupos agregan como componente esencial la afección a la calidad de la vida. La ERGE es una enfermedad que afecta adversamente la calidad de la vida de las personas que la sufren si bien no es una causa reconocida de letalidad.

Bomba de protones: Mecanismo intracelular del estómago para producir el jugo gástrico ácido.

Deglución: Acto de tragar.

Esfínter esofágico inferior (EEI) Zona de Alta presión en el extremo distal del esófago que funciona como una válvula de paso entre éste y el estómago.

Esfínter esofágico superior (EES) Zona de alta presión en el extremo proximal del esófago que funciona como una válvula de paso entre faringe y esófago.

Esofagitis: Inflamación de la mucosa del esófago.

Hernia Hiatal: Ascenso del estómago desde su posición normal en la cavidad abdominal hacia el tórax.

Pirosis: Sensación de ardor que sube por el centro del pecho.

Regurgitación: Devolución del contenido gástrico ácido, alimentos o ambos.

Reflujo gastroesofágico: Ascenso de jugos gástricos, alimentos o ambos desde el estómago al esófago.

Reflujo gastroesofágico patológico: Ascenso de ácido del estómago al esófago capaz de producir enfermedad del esófago.

Endoscopia gastrointestinal superior: Prueba para examinar la parte superior del aparato digestivo. También conocida como gastroscopia o esofagogastroduodenoscopia (EGD).

Esófago de Barrett: Trastorno en el que las células normales del revestimiento del esófago inferior se sustituyen por células similares a las que revisten el estómago. El reflujo ácido prolongado está asociado con un aumento de la probabilidad de desarrollar esófago de Barrett. En algunos casos, el esófago de Barrett puede conducir al desarrollo de cáncer de esófago.





Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.
Colegio de Postgraduados en Cirugía General A.C.
Federación Nacional de Colegios y Asociaciones de Especialistas en Cirugía General A.C.

Inhibidor de la bomba de protones o IBP: Un tipo de fármaco que es muy eficaz para bloquear la secreción de ácido en el estómago. Esomeprazol, lansoprazol, omeprazol, pantoprazol y rabeprazol son todos ellos IBP.

Disfagia: Dificultad para tragar, que puede ser un síntoma de enfermedad por reflujo.





EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas corresponden a la información disponible organizadas según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas en forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron según la escala del documento original, utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente a nivel de evidencia y recomendación, el número y / o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la Información.

Cuando no contamos con GPC anterior como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, meta análisis, ensayos clínicos, estudios observacionales, y Consensos de expertos. La escala utilizada para la gradación de las Evidencias y recomendaciones de esos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra, y posteriormente el nombre del primer autor y año de su publicación.





Clasificación de nivel de evidencia y fuerza de recomendación

Shekelle

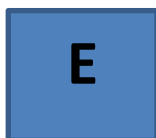
CATEGORÍA DE LA EVIDENCIA	FUERZA DE RECOMENDACIÓN
Ia.- Evidencia por meta-análisis de estudios clínicos aleatorizados	A.- Directamente basada en evidencia categoría I
Ib.- Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorizado.	
IIa.- Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización.	B.- Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb.- Al menos otro tipo de estudio cuasi-experimental o estudios de cohorte.	
III.- Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, de correlación y casos y controles. Revisiones clínicas.	C.- Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia categoría I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas.	D.- Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I, II

Modificado de Shekelle P, Woolf S, Eccles M, Grimshaw J, Clinical guidelines Developing guidelines BMJ 1999; 318: 593-596.

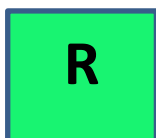




Tabla de referencia de símbolos utilizados en esta guía



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



BUENA PRÁCTICA





PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

- ¿Qué es la enfermedad por reflujo Gastroesofágico?**
- ¿Qué tan frecuentes es la ERGE?**
- ¿Cuáles son los mecanismos fisiopatológicos de la ERGE?**
- ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de la ERGE?**
- ¿Cuáles son las complicaciones esofágicas de la ERGE?**
- ¿Cuáles son las variedades fenotípicas de la ERGE?**
- ¿Cómo se realiza el diagnóstico de la ERGE?**
- ¿A qué paciente se debe de realizar endoscopia?**
- ¿Cuándo debe de realizarse un esofagograma?**
- ¿Cuándo debe de realizarse una manometría?**
- ¿Cuándo está indicado realizar pH-metría esofágica?**
- ¿Cuándo hay que tomar biopsias en un paciente con ERGE?**
- ¿Cuáles son los objetivos de tratamiento médico de la ERGE?**





¿Cuál es el papel de las modificaciones dietéticas?

¿Qué se requiere antes de considerar cirugía?

¿Qué tipo de cirugía es la de elección?

¿La edad afecta los resultados de la cirugía antirreflujo?

¿Cuál es la respuesta a la cirugía de los pacientes con síntomas extra esofágicos?





5.1 DIAGNÓSTICO

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
E	<p>¿Qué es la enfermedad por reflujo gastroesofágico?</p> <p>Cierto grado de reflujo gastroesofágico se considera fisiológico, este ocurre comúnmente en el periodo posprandial, es de corta duración, asintomático y rara vez ocurre durante el sueño. La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una de las patologías más frecuentes del tracto gastrointestinal, se define como las manifestaciones sintomáticas o las complicaciones como resultado del acenso del contenido gástrico hacia el esófago, orofaringe, nasofaringe o pulmón y que afecta el bienestar y calidad de vida de la persona que lo padece. No necesariamente se asocia a inflamación del esófago. La esofagitis por reflujo se presenta en un subgrupo de personas con síntomas de reflujo gastroesofágico, en las que se demuestra evidencia endoscópica o histopatológica de inflamación en la mucosa del esófago.</p>	<p>I A</p> <p>The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus, Am J Gastroenterol 2006</p>





E

¿Qué tan frecuentes es la ERGE?

Es una patología muy frecuente, sin embargo existen limitantes en la estimación epidemiológica de la prevalencia de ERGE, pues se basa en la presunción de que la pirosis y la regurgitación son los únicos indicadores de la patología. Sin embargo pacientes con evidencia objetiva de ERGE como esofagitis o esófago de Barrett no siempre presentan pirosis y la pirosis no siempre se asocia a ERGE. En Estados Unidos afecta hasta al 40% de la población al menos una vez al mes y en Finlandia se reporta una prevalencia diaria en una población mayor de 65 años del 8% en hombres y 15% en mujeres. Se reporta más en población anciana que en jóvenes.

III C

Albert J Bredenoord, Gastro-oesophageal reflux disease, Lancet 2013





E

¿Cuáles son los mecanismos fisiopatológicos de la ERGE?

1.- Disfunción de la unión gastroesofágica.

Constituida por el esfínter esofágico inferior, la crura diafragmática y el pliegue o válvula gastroesofágica.

El esfínter esofágico inferior, es un segmento de músculo liso circular de 3 a 4 cms al final del esófago, con contracción tónica, que en reposo varía entre 10 a 35 mmHg en relación a la presión intragástrica en individuos sanos. Existiendo variaciones después de las comidas, actividad física y durante el sueño. El reflujo aparece cuando la presión intrabdominal sobrepasa la presión disminuida del esfínter esofágico inferior.

La causa más común de reflujo son las relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior (RTEEI), que son independientes de los mecanismos de deglución, y mediados por un reflejo vagal desencadenado por la distensión gástrica y que sirve para ventilar el gas en el estómago. Las RTEEI tienen un promedio de duración de 20 segundos, que son significativamente más largas que las relajaciones inducidas durante el trago.

III C

Albert J Bredenoord, Gastro-oesophageal reflux disease, Lancet 2013





En personas sanas, existe un pliegue anatómico en la unión esofagogástrica, que mantiene la porción distal del esfínter esofágico inferior intrabdominal y preserva el ángulo de His. Cuando se pierde esta configuración y se desplaza el esfínter esofágico inferior por encima de la crura, se pierde la zona de alta presión y el esfínter se vuelve más débil, siendo más severo el reflujo cuando el esfínter esofágico inferior asume una posición permanente por encima del diafragma.

2.- Disfunción del cuerpo esofágico.

El aclaramiento esofágico inicia con la peristalsis que limpia el material refluído del esófago y se completa con la dilución del ácido con la saliva tragada. Una peristalsis esofágica disfuncional o fallida y contracciones peristálticas hipotensas (<30 mm Hg), causan un vaciado incompleto y se asocian a esofagitis.

3.- Retraso en el vaciamiento gástrico

La relajación postprandial de la porción proximal del estómago está aumentada o prolongada en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, y se asocia a una presencia prolongada del alimento en esta porción del estómago, habiendo una





relación positiva entre el lento vaciamiento gástrico proximal y la exposición del esófago al ácido.

4.- Presión intragástrica aumentada.

Para que exista el reflujo, la presión en la porción proximal del estómago debe ser mayor que la presión del esófago. El gradiente de presión gastroesofágica se amplía durante actividades que aumentan la presión intrabdominal, como lo es toser o realizar esfuerzo abdominal. Existe un incremento crónico del gradiente de presión durante el embarazo o en personas con sobrepeso y obesidad, lo que conlleva un aumento en el riesgo de síntomas de reflujo, exposición esofágica al ácido, esofagitis y esófago de Barrett.

5.- Bolos ácidos.

La mayoría de los alimentos tiene un efecto amortiguador en el estómago que disminuye la acidez gástrica en la fase posprandial, sin embargo, se observa en el monitoreo del Ph, un reflujo ácido posprandial más pronunciado. En el periodo posprandial una capa de ácido gástrico no amortiguado se





acumula sobre el alimento, más cerca del cardias, listo para refluir. A este fenómeno se le ha llamado “bolo ácido” y se facilita por la falta de contracciones peristálticas en la porción proximal del estómago.

6.-Hipersensibilidad esofágica.

Existen pacientes que presentan síntomas de reflujo gástrico durante rangos normales de exposición esofágica al ácido. Esta hipersensibilidad puede existir en pacientes con esofagitis erosiva y en aquellos con mucosa macroscópicamente sin alteraciones. Los factores que contribuyen a este notado incremento de la sensibilidad esofágica son daños en la función de la barrera mucosa, regulación positiva de los nociceptores y sensibilización central.

7.- Helicobacter pylori.

No tiene un papel importante en la patogénesis de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. La erradicación no conlleva una menor probabilidad de desarrollar esta enfermedad.





E

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de la ERGE?

La enfermedad por reflujo gastroesofágico puede tener manifestaciones clínicas esofágicas o extra esofágicas. Se reconocen como manifestaciones típicas de origen esofágico a la pirosis y a la regurgitación.

La pirosis se describe como ardor en la región retro esternal y que se presenta con más frecuencia en el período posprandial.

Regurgitación se define como la percepción del contenido gástrico refluído a boca o hipofaringe, los pacientes generalmente regurgitan material ácido mezclado con trozos de comida no digerida.

Las manifestaciones extra esofágicas o atípicas con asociación establecida son: tos, laringitis, asma y erosiones dentales por reflujo o con asociación probable como es faringitis, sinusitis, fibrosis pulmonar idiopática y otitis media recurrente.

En algunos casos es posible encontrar complicaciones debidas al reflujo (como esofagitis por reflujo, estenosis esofágica, hemorragia, esófago de Barrett y

1A

Nimish vakil, The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus, Am J Gastroenterol 2006;101:1900–1920





	adenocarcinoma), aún en personas que nunca han presentado síntomas.	
--	---	--





E

¿Cuáles son las complicaciones esofágicas de la ERGE?

Se reconocen como complicaciones de la ERGE la hemorragia, úlceras, estenosis esofágica y el esófago de Barrett.

La frecuencia con la que estas complicaciones se presentan es variable: < 2% sangran, alrededor de 5% se presentan con úlceras y entre 1 y 20% desarrolla estenosis.

La estenosis se presenta con más frecuencia en pacientes de edad avanzada que cursan con hernia hiatal.

Se encuentra esófago de Barrett en 10 al 15% de pacientes con ERGE en quienes se practica estudio endoscópico.

¿Cuáles son las variedades fenotípicas de la ERGE?

Erosiva: evidencia macroscópica de pérdida de la continuidad de la mucosa esofágica.

No-erosiva: síntomas inducidos por reflujo patológico sin evidencia de

I A

Gastroesophageal reflux disease. Gastroenterology Mexican association consensus. Mexican group for the GERD study. Rev Gastroenterol Mex. 2002

III C

Distinct phenotypic presentations of gastroesophageal reflux disease: a new view of the natural history. Dig Dis. 2004.





	<p>pérdida de la continuidad de la mucosa esofágica.</p> <p>Esófago hipersensible: índice de síntomas positivo con pH-metría y endoscopia normales.</p> <p>Dos estudios son esenciales para utilizar esta clasificación de presentación clínica: a. Endoscopia para investigar la existencia de erosiones y b. pH-metría, justificada en los casos de ERGE con endoscopia normal para establecer el diagnóstico de ERGE no-erosiva (reflujo patológico) o esófago hipersensible (reflujo fisiológico con índice de síntomas positivo definido como la correlación de al menos 50% de las veces entre un episodio de reflujo ácido y la presencia de regurgitación o pirosis).</p>	
--	---	--





R

¿Cómo se realiza el diagnóstico de la ERGE?

El diagnóstico de la ERGE se puede basar en la presentación clínica y la sintomatología por sí misma, y en la respuesta favorable de la sintomatología al tratamiento médico, sin requerir pruebas de diagnóstico.

Si el paciente presenta sintomatología típica de ERGE no complicada, se debe iniciar tratamiento empírico con terapia médica con antisecretores, antes de realizar una endoscopia.

II B
American Society for
Gastrointestinal Endoscopy. The
role of endoscopy in the
management of GERD: guidelines
for clinical application.
Gastrointest Endosc 2007





R

¿A qué paciente se debe de realizar endoscopia?

Se indica endoscopia en los siguientes casos:

- La sintomatología persiste o aumenta a pesar de tratamiento médico adecuado con IBP.
- Paciente con odinofagia o disfagia.
- Pérdida involuntaria de peso > 5%
- Evidencia de sangrado del tracto digestivo o anemia.
- Hallazgo de tumoración, úlcera o estenosis en estudios radiológicos.
- En la evaluación de pacientes con síntomas extra esofágicos de ERGE.
- Vómito persistente.
- En la evaluación de pacientes con síntomas recurrentes posterior a procedimiento antirreflejo quirúrgico o endoscópico.

También se ha sugerido realizar endoscopia en pacientes con riesgo aumentado de presentar esófago de Barrett: sexo masculino, mayor de 50

II B
American Society for
Gastrointestinal Endoscopy. The
role of endoscopy in the
management of GERD: guidelines
for clinical application.
Gastrointest Endosc 2007

III C
Role of endoscopy in the management of
GERD, 2007. ASGE guidelines.





	años, raza blanca, antecedente familiar de esófago de Barrett, síntomas de ERGE de larga evolución (>5 años), obesidad, tabaquismo.	
R	¿Cuándo debe de realizarse un esofagograma? El esofagograma con bario es útil para la identificación de hernia hiatal, esófago corto y estenosis. Solamente está indicado en el paciente candidato a cirugía antirreflujo con hernia hiatal grande y sospecha de esófago corto.	<p>III C Consenso Mexicano de enfermedad por reflujo gastroesofágico, Revista Gastroenterología, México, 2012</p>





R

¿Cuándo debe de realizarse una manometría?

La manometría esofágica está indicada en pacientes con ERGE candidatos a cirugía antirreflujo y en pacientes que no responden a IBP, con el objetivo de descartar un trastorno motor esofágico grave como la acalasia.

La manometría esofágica no es útil para identificar la presencia de reflujo gastroesofágico.

III C
AGA technical review: Clinical use of esophageal manometry, Gastroenterology, 2005

III C
AGA technical review: Clinical use of esophageal manometry, Gastroenterology, 2005





¿Cuándo está indicado realizar pH-metría esofágica?

Una indicación precisa de la medición del pH esofágico de 24h es en pacientes con endoscopia negativa y falta de respuesta sintomática a un tratamiento adecuado con IBP. Esta prueba permite discriminar a los pacientes con síntomas debidos a ERGE de aquellos con síntomas funcionales. Idealmente, esta prueba deberá realizarse una vez que se haya discontinuado el IBP.

La medición del pH e impedancia intraluminal multicanal (pH-IIM) está indicada en los casos de pacientes con endoscopia negativa que no responde a IBP y en los cuales la identificación de reflujo no ácido puede modificar la conducta terapéutica.

III C
ACG practice guidelines:
esophageal reflux testing. Am J
Gastroenterol. 2007

III C
Acid and nonacid reflux in
patients with persistent symptoms
despite acid suppressive
therapy: a multicentre study using
combined ambulatory impedance
pH monitoring. Gut. 2006





	<p>¿Cuándo hay que tomar biopsias en un paciente con ERGE?</p> <p>Tomar biopsias en ERGE está indicado en pacientes con sospecha de esofagitis eosinofílica y para confirmar el diagnóstico de metaplasia intestinal especializada o esófago de Barrett.</p> <p>No se recomienda tomar biopsias de rutina en ERGE no erosiva o erosiva.</p>	<p>III C</p> <p>Reassessment of the diagnostic value of histology in patients with GERD, using multiple biopsy sites and an appropriate control group.</p> <p>Am J Gastroe</p>
--	--	--





5.2 TRATAMIENTO

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
E	<p>¿Cuáles son los objetivos de tratamiento médico de la ERGE?</p> <p>Los objetivos del tratamiento en la ERGE son: el alivio de los síntomas, la mejoría de la calidad de vida, la cicatrización de las lesiones, la prevención de la recurrencia y del desarrollo de complicaciones.</p>	<p>I A frequency and reasons for consultation for gastroesophageal reflux disease and dyspepsia. Aliment Pharmacol Ther. 2009</p>
R	<p>¿Cuál es el papel de las modificaciones dietéticas?</p> <p>Las modificaciones dietéticas y en el estilo de vida pueden ser útiles para aliviar los síntomas pero son insuficientes como tratamiento único. Las dietas más restrictivas logran un mejor control sintomático pero se asocian a menor apego por parte del paciente.</p>	<p>II B Relationship between gastroesophageal reflux symptoms and dietary factors in Korea. J Neurogastroenterol Motil. 2011</p>





	<p>La reducción de peso, el dejar de fumar y de consumir bebidas alcohólicas, evitar el decúbito después de una comida, dormir con la cabecera levantada o en decúbito izquierdo son medidas generales que mejoran los síntomas de la ERGE.</p>	<p>III C Cigarette smoking and alcohol consumption associated with gastro-oesophageal reflux disease in Japanese men. Scand J Gastroenterol. 2003;</p>
--	---	--





R

¿Cuál es el papel del tratamiento médico de la ERGE?

El consumo de **antiácidos**, alginato o su combinación son efectivos para el alivio transitorio de los síntomas típicos de reflujo. Son útiles en el manejo de los síntomas repentinos u ocasionales y no deben ser usados como tratamiento único en pacientes con ERGE.

Los **procinéticos** mejoran los síntomas de algunos pacientes con ERGE pero su efectividad en la cicatrización de las erosiones es menor que la de los ARH₂ o IBP. Pueden ser útiles si existen síntomas concomitantes que sugieran retraso del vaciamiento gástrico (llenura, saciedad temprana o dolor epigástrico posprandial).

La efectividad de los ARH₂ en la cicatrización de la esofagitis es superior a la observada con placebo, antiácidos y sucralfato pero menor a la obtenida con los IBP. Los ARH₂ no deben recomendarse en pacientes con esofagitis grave ni usarse por periodos prolongados

III C
alginate raft formulations in the treatment of heartburn and acid reflux. Aliment Pharmacol Ther. 2000.

I A
The role of delayed gastric emptying and impaired oesophageal body motility. Best Pract Res Clin Gas- troenterol. 2010.

II B
From gastrin to gastrooesophageal reflux disease-a century of acid suppression. Aliment Pharmacol Ther. 2006





	<p>ya que el desarrollo de tolerancia puede reducir su efectividad.</p> <p>Los IBP son los fármacos más efectivos para el tratamiento de la ERGE. Su efectividad es mayor para el control de la pirosis que para la regurgitación, para el control de los síntomas nocturnos y en ERGE erosiva.</p> <p>A pesar de haber diferencia en la potencia, la rapidez de acción y la duración de su efecto, los diferentes IBP (omeprazol, rabeprazol, lansoprazol, esomeprazol, pantoprazol y dexlansoprazol) son un grupo de fármacos con efectividad clínica similar en el control de síntomas y la cicatrización de las erosiones en los pacientes con ERGE.</p>	<p>I A Medical treatments in the short term management of reflux oesophagitis. Cochrane Database Syst Rev. 2011</p> <p>I A Gastric acid control with esomeprazole, lansoprazole, omeprazole, pantoprazole, and rabeprazole: a five-way crossover study. Am J Gastroenterol. 2003</p>
--	---	--





R

Los individuos con pirosis y regurgitaciones ácidas esporádicas, sin manifestaciones de alarma ni factores de riesgo, pueden controlar sus síntomas con antiácidos, ARH₂ o IBP, así como con modificaciones dietéticas y cambios en el estilo de vida.

Aquellos pacientes con pirosis y regurgitaciones ácidas frecuentes (2 o más veces por semana), como síntomas predominantes o exclusivos, de reciente inicio, sin síntomas o signos de alarma ni factores de riesgo, pueden recibir tratamiento con IBP por 4 semanas.

Los pacientes con esofagitis erosiva leve (grado A-B de Los Ángeles) deben recibir tratamiento con IBP por 8 semanas y aquellos con esofagitis erosiva grave (grado C-D) deben recibir tratamiento con IBP por 12 semanas.

Los pacientes con endoscopia negativa deben recibir tratamiento con IBP por 4 a 8 semanas y aquellos que no responden a un tratamiento con IBP a dosis correctas, con horario y apego apropiados, deben ser reevaluados ante otras posibles

III C

Rationale and efficacy of conservative therapy for gastroesophageal reflux disease. Arch Intern Med. 1991

III C

Short-term treatment of gastroesophageal reflux disease. J Gen Intern Med. 2003

III C

Acid suppression: Optimizing therapy healing, gastroesophageal reflux disease, and stress-related erosive syndrome. Gastroenterology. 2000.

III C

Short-term treatment with proton pump inhibitors. H2-receptor antagonists and prokinetics for gastroesophageal reflux disease-like symptoms and endoscopy negative reflux disease. Cochrane Database Syst Rev. 2010.





	<p>causas de sus síntomas incluyendo pirosis funcional.</p> <p>Los pacientes con síndromes extraesofágicos con asociación establecida con la ERGE deben recibir tratamiento con dosis doble (dividida) de IBP por al menos 12 semanas.</p> <p>El tratamiento “continuo” se define como el consumo diario de medicamento por tiempo indefinido para prevenir o reducir la recurrencia de síntomas o erosiones.</p> <p>El tratamiento “intermitente” se define como el consumo diario de medicamento por periodos de tiempo establecidos (2-8 semanas) para resolver la recaída sintomática o la reaparición de erosiones.</p> <p>El tratamiento “a libre demanda” se define como el consumo de medicamento, iniciado por el propio paciente, por el tiempo necesario para resolver la recaída sintomática, y suspendido por él mismo al lograr el</p>	<p>II B Proton pump inhibitor therapy for suspected GERD-related chronic laryngitis: a meta analysis o randomized controlled trials. Am J Gastroenterol. 2006</p> <p>II B Medical management of gastroesophageal reflux disease. Gastroenterol Clin North Am. 2008</p> <p>III C Alternative approaches to the long-term management of GERD. Aliment Pharmacol Ther. 2005</p> <p>III C Review article: the long-term use of proton-pump inhibitors. Aliment Pharmacol Ther. 2005</p> <p>III C</p>
--	--	--





	<p>alivio deseado.</p> <p>Debido a la naturaleza crónica y recurrente de la enfermedad, la mayoría de los pacientes con ERGE en cualquiera de sus variedades requerirá alguna forma de tratamiento a largo plazo (intermitente, a demanda o continuo).</p> <p>En los pacientes con endoscopia negativa, el tratamiento intermitente y a libre demanda son modalidades efectivas, asociadas a mejoría en la calidad de vida y a menor costo.</p>	<p>The long-term follow-up of patients with endoscopically diagnosed reflux oesophagitis with specific emphasis to complaints. J Gastroenterol Hepatol. 2011</p> <p>III C</p> <p>On-demand and intermittent therapy for gastro-oesophageal reflux disease: economic considerations. Pharmacoeconomics. 2002;</p>
--	---	--





R

¿Qué se requiere antes de considerar la cirugía?

Antes de considerar cirugía es indispensable tener documentación objetiva de ERGE. Esto se obtiene mediante endoscopia que demuestra daño a la mucosa evidenciado como esofagitis, estenosis o esófago de Barrett. En ausencia de evidencia endoscópica la pH-metría de 24 h es el estudio de elección.

Todos los pacientes candidatos a cirugía deben tener una endoscopia preoperatoria.

La pH-metría está indicada en pacientes valorados para cirugía que no tengan evidencia de daño a la mucosa en la endoscopia.

El esofagograma está indicado en ocasiones como estudio preoperatorio para delimitar mejor la anatomía, sobre todo en pacientes con hernia hiatal y esófago corto.

La manometría preoperatoria es de

III C
Ambulatory 24-h esophageal pH monitoring: Normal values, optimal thresholds, specificity, sensitivity, and reproducibility. Am J Gastroenterol. 1992

IV D
Consenso Mexicano de enfermedad por reflujo gastroesofágico, Revista Gastroenterología, México, 2012

IV D
Consenso Mexicano de enfermedad por reflujo gastroesofágico, Revista Gastroenterología, México, 2012

IV D
Consenso Mexicano de enfermedad por reflujo gastroesofágico, Revista Gastroenterología, México, 2012

II B
Esophageal manometry and





	<p>utilidad para descartar un trastorno motor del esófago que contraindique la cirugía (por ejemplo acalasia); se recomienda que se incluya en la valoración preoperatoria, sin embargo no hay evidencia concluyente de que tenga que realizarse en todos los pacientes y puede individualizarse su aplicación.</p>	<p>clinical outcome after laparoscopic Nissen fundoplication. J Gastrointest Surg. 2007;</p>
--	---	--





¿En qué paciente se debe de considerar la cirugía?

Pueden ser considerados para tratamiento quirúrgico pacientes con diagnóstico objetivo de ERGE y alguna de las siguientes:

- Pacientes que decidan tratamiento quirúrgico, aunque tengan buena respuesta a tratamiento con medicamentos (debido a calidad de vida, uso prolongado de medicamentos, etc.).
- Pacientes jóvenes o con expectativa de vida mayor de 10 años.
- Pacientes con regurgitación no controlada con la supresión de ácido.
- Pacientes con síntomas asociados a reflujo no ácido.
- Pacientes con hernia hiatal grande (>5cm).

III C

Laparoscopic Nissen Fundoplication offers high patient satisfaction with relief of extraesophageal symptoms of gastroesophageal reflux disease. Am Surg. 2006





	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes con neumonía por aspiración. <p>Además de las condiciones mencionadas, otras indicaciones para tratamiento quirúrgico pueden incluir pacientes que tienen manifestaciones extra esofágicas de ERGE.</p> <p>Las complicaciones asociadas a ERGE, como estenosis, también son indicaciones para cirugía antirreflujo. En el caso de esófago de Barret la indicación de cirugía es clara cuando el paciente tiene síntomas asociados, como pirosis y regurgitaciones. En el caso de estar completamente asintomático la indicación es más controvertida.</p> <p>Hasta la fecha no se ha demostrado que la cirugía produzca disminución en el riesgo de cáncer a largo plazo.</p>	<p>III C Nissen fundoplication surgery for extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux (EER). Laryngoscope. 2002</p> <p>III C Laparoscopic antireflux surgery in the treatment of gastroesophageal reflux in patients with Barrett esophagus. Arch Surg. 2000</p> <p>II B The effect of antireflux surgery on esophageal carcinogenesis in patients with barrett esophagus: A systematic review. Ann Surg. 2007;</p>
--	---	--





¿Cuál es la cirugía de elección?

La cirugía laparoscópica es la opción de elección y debe ser preferida sobre la cirugía abierta debido a mejor evolución temprana (menor estancia hospitalaria, regreso más temprano a actividades diarias y menos complicaciones) además de tener los mismos resultados a largo plazo.

El fundamento de la cirugía es crear una barrera antirreflujo funcional. La reconstrucción de dicha barrera tiene tres componentes fundamentales: 1) adecuada longitud de esófago intrabdominal 2) reparación de la crura 3) Funduplicatura.

Tanto la funduplicatura total como la parcial posterior son efectivas para controlar el reflujo. No se han demostrado diferencias significativas respecto a la incidencia de esofagitis, pirosis, reflujo ácido persistente.

Existe significativamente más disfagia, distensión, flatulencia e índice de re operaciones después de funduplicatura

I A
EAES recommendatios for the management of gastroesophageal reflux disease, 2014

II B
EAES recommendatios for the management of gastroesophageal reflux disease, 2014

I A
EAES recommendatios for the management of gastroesophageal reflux disease, 2014

II B
Levels of evidence available for techniques in antireflux surgery. Dis Esophagus, 2007.






	<p>total comparada con la parcial.</p> <p>En contraste grandes estudios controlados en centros experimentados demuestran tasas bajas de efectos secundarios con mínima disfagia con durabilidad alta a largo plazo y tasa baja de re operaciones con el procedimiento de Nissen.</p> <p>Dada la controversia en la información el consenso es difícil por lo queda a criterio del cirujano con base en su experiencia el tipo de cirugía a realizar.</p> <p>Por otro lado, no se ha demostrado diferencia en la evolución de pacientes con dismotilidad esofágica respecto al tipo de funduplicatura.</p>	<p>II B EAES recommendatios for the management of gastroesophageal reflux disease, 2014</p>
--	---	---





5.3 SEGUIMIENTO

EVIDENCIA / RECOMENDACION		NIVEL / GRADO
	<p>¿La edad afecta los resultados de la cirugía antirreflujo?</p> <p>En pacientes bien seleccionados y con adecuado riesgo quirúrgico no se ha demostrado que la edad afecte significativamente los resultados de la cirugía antirreflujo.</p>	<p>III C</p> <p>Influence of age on outcome of total laparoscopic fundoplication for gastroe- sophageal reflux disease. World J Gastroenterol. 2007;</p>





E

¿Cuál es la respuesta a la cirugía de los pacientes con síntomas extraesofágicos?

Los pacientes con síntomas extraesofágicos tienen menor respuesta a la cirugía comparada con los que tienen síntomas típicos.

Los pacientes con síntomas extraesofágicos que tienen mejor respuesta al tratamiento quirúrgico son los que tienen correlación de los síntomas con episodios de reflujo detectados por pH-metría o impedancia intraluminal. La cirugía no debe ser considerada en pacientes con ausencia de correlación de síntomas en estos estudios.

La buena respuesta al tratamiento médico preoperatorio es un predictor de buena respuesta a la cirugía. La cirugía no debe ser considerada en pacientes que no tienen, al menos, una respuesta parcial al IBP.

La re intervención quirúrgica es segura y efectiva cuando es realizada por cirujanos con experiencia en re

III C

Gastroesophageal reflux disease: Extraesophageal manifestations and therapy. Semin Gastrointest Dis. 2001

III C

Preoperative symptom evaluation and esophageal acid infusion predict response to laparoscopic Nissen fundoplication in gastroesophageal reflux patients who present with cough. Surg Endosc. 2002

III C

A poor response to proton pump inhibition is not a contraindication for laparoscopic antireflux surgery for gastroesophageal reflux disease. Surg Endosc. 2005

II B

Late laparoscopic reoperation of failed antireflux procedures. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.





	<p>operaciones y en centros de alto volumen, pero se asocia con un mayor tiempo quirúrgico y mayor incidencia de complicaciones que el procedimiento primario.</p> <p>La cirugía antirreflujo ha probado ser una opción segura y efectiva para el tratamiento de la ERGE.</p> <p>La cirugía antirreflujo no elimina la necesidad de vigilancia futura en pacientes con esófago de Barrett.</p> <p>No se ha demostrado que la cirugía antirreflujo disminuya el riesgo de cáncer a largo plazo en pacientes con esófago de Barrett.</p>	<p>2004;</p> <p>I A Seven-year follow-up of a randomized clinical trial comparing proton-pump inhibition with surgical therapy for reflux oesophagitis. Br J Surg. 2007;</p> <p>I A Endoscopic surveillance of columnar-lined esophagus: Frequency of intestinal metaplasia detection and impact of antireflux surgery. Ann Surg. 2001;</p> <p>II B Long-term results of a randomized prospective study comparing medical and surgical treatment of Barrett's esophagus. Ann Surg. 2003;</p>
--	--	--





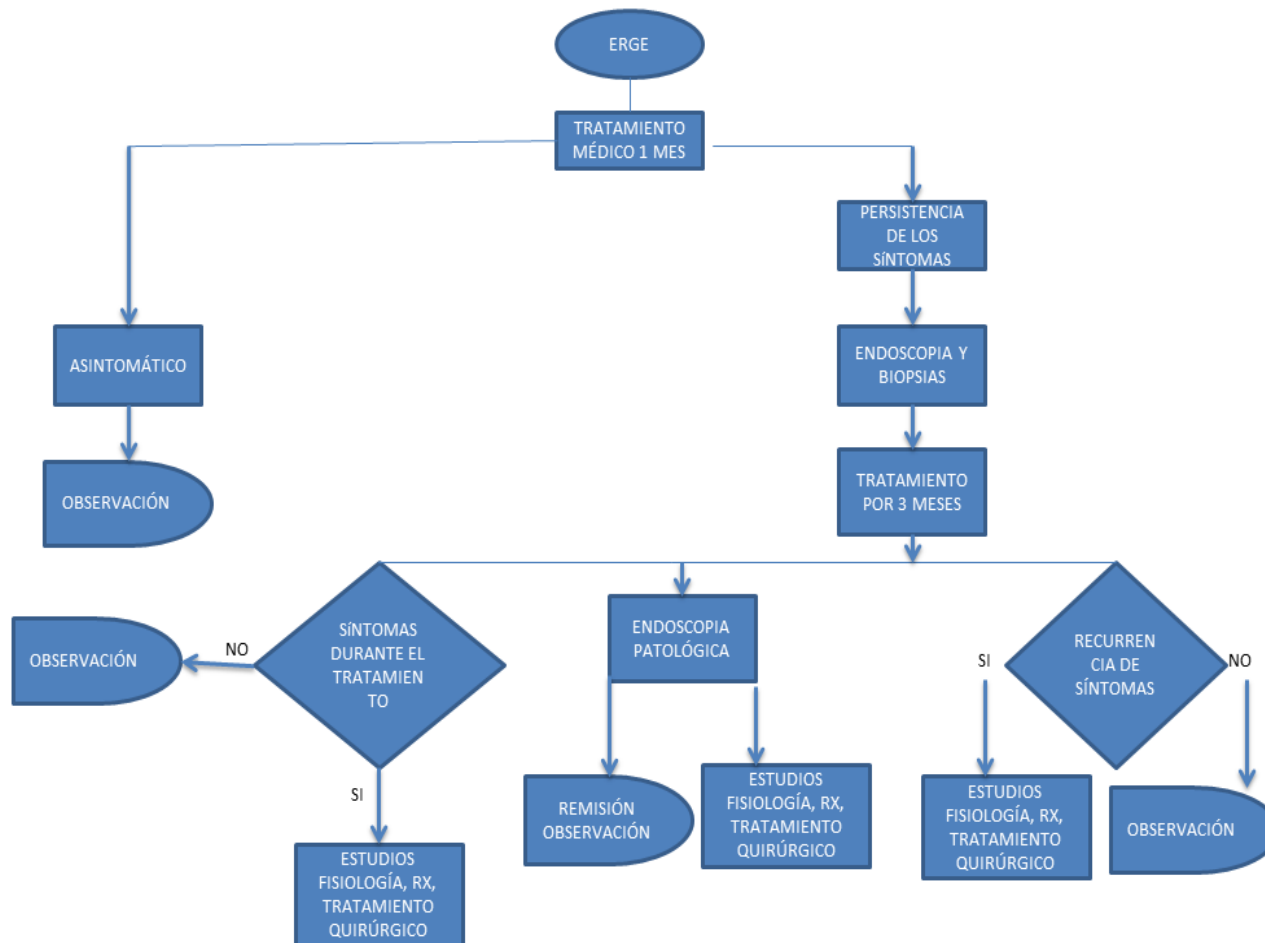
CLASIFICACIÓN

ERGE es una condición que se desarrolla cuando el reflujo del contenido gástrico causa síntomas molestos o complicaciones.

Síndromes esofágicos		Síndromes extra esofágicos	
Sintomáticos	Con lesión esofágica	Asociación establecida	Asociación probable
1. Síndrome de reflujo típico 2. Síndrome de dolor torácico	1. esofagitis por reflujo 2. Estenosis por reflujo 3. Esófago de Barrett 4. Adenocarcinoma esofágico	1. Tos por reflujo 2. Laringitis por reflujo 3. Asma por reflujo 4. Erosiones dentales por reflujo	1. Faringitis 2. Sinusitis 3. Fibrosis pulmonar idiopática 4. Otitis media recurrente

Definición y Clasificación de consenso global basado en evidencia de Montreal¹







BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Richter JE. Typical and atypical presentation of gastroesophageal reflux disease. The role of esophageal testing in diagnosis and management. *Gastroenterol Clin North Am* 1996; 25:75.
 - ² Albert J Bredenoord, Gastro-oesophageal reflux disease, *Lancet* 2013;381:1933-42
 - ³ Amir Soumekh, Reflux and Acid Peptic Diseases in the Elderly, *Clin Geriatr Med* 30 (2014) 29–41
 - ⁴ Zagari RM, et al. Gastroesophageal reflux symptoms, oesophagitis and Barrett's oesophagus in the general population: The Loiano-Monghidoro study. *Gut* 2008; 57:710.
 - ⁵ Choo Pan Poh, Review: Treatment of gastroesophageal reflux disease in the elderly, *The American Journal of Medicine* 2010;123:496-501
 - ⁶ Nimish vakil, The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus, *Am J Gastroenterol* 2006;101:1900–1920
 - ⁷ Nimish vakil, The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus, *Am J Gastroenterol* 2006;101:1900–1920
 - ⁸ Nimish vakil, The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus, *Am J Gastroenterol* 2006;101:1900–1920
 - ⁹ American Society for Gastrointestinal Endoscopy. The role of endoscopy in the management of GERD: guidelines for clinical application. *Gastrointest Endosc* 2007;;219-224.
-
- 10 Nimish vakil, The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus, *Am J Gastroenterol* 2006;101:1900–1920

