



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



ESÓFAGO

ERGE: Actualidades en diagnóstico y tratamiento

A. López-Colombo

Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho, Instituto Mexicano del Seguro Social, Puebla, Pue. México

Recibido el 10 de junio de 2016; aceptado el 23 de junio de 2016

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un motivo frecuente de consulta, no sólo para el gastroenterólogo, sino también para el médico de primer contacto y para otros especialistas. Además, es una entidad compleja, con múltiples dimensiones sintomáticas, lo que a veces complica el diagnóstico y, por lo tanto, su manejo. El objeto de esta revisión es mostrar los resultados de investigación sobre el diagnóstico y el tratamiento de la ERGE presentados durante la Semana de Enfermedades Digestivas 2016 de Estados Unidos (DDW 2016).

Diagnóstico

En el 2012, el grupo del Dr. Michael F. Vaezi publicó una técnica sencilla que permite medir la impedancia de la mucosa esofágica mediante un catéter que puede aplicarse fácilmente durante un procedimiento endoscópico. En ese estudio inicial, se mostró que los valores de impedancia intraluminal permiten discriminar entre individuos con o sin ERGE.¹ Los investigadores atribuyen los cambios en la conducción eléctrica al efecto crónico del reflujo sobre la mucosa esofágica. Durante la DDW 2016, este grupo presentó un nuevo trabajo, cuyo objetivo fue establecer las diferencias en los valores de impedancia de la mucosa entre pacientes con ERGE y esofagitis eosinofílica (EEo) comparados con

individuos sin ERGE, para lo que realizaron mediciones de impedancia esofágica en 139 pacientes que fueron sometidos a endoscopia y a los que también se les realizó monitorización de pH inalámbrico de 48 h (pH-metría). Las mediciones de impedancia se realizaron en la endoscopia inicial y los valores se tomaron a los 2, 5 y 10 cm de la unión esofagogástrica (UEG). Los individuos fueron incluidos en uno de tres grupos, de acuerdo con los resultados de la endoscopia y pH-metría: pacientes con ERGE (endoscopia y/o pH-metría positiva), pacientes con EEo (histología >15 eosinófilos/campo seco fuerte) e individuos sin reflujo (endoscopia y pH-metría negativas). Se compararon los valores de impedancia entre los 10 y 2 cm, 5 y 2 cm, y 10 y 5 cm de la UEG para determinar las diferencias en la distribución de los tres grupos. Se empleó una regresión multinomial para predecir la pertenencia a cada grupo. Los pacientes con EEo tuvieron valores de impedancia significativamente menores en todos los sitios de medición comparados con los pacientes con ERGE y sin ERGE. Los pacientes con ERGE tuvieron valores bajos distalmente, que se incrementaron de forma gradual a lo largo del esófago. Valores muy altos (4000 ohms) a los 2 cm descartaron ERGE y EEo ($p < 0.001$). Cuando los valores a los 2 cm fueron bajos (500 ohms), la posibilidad de EEo era alta si los valores a los 5 cm también eran bajos ($p = 0.008$), mientras que valores bajos a los 2 cm con

Correspondencia de Autor: 2 Norte No. 2004, Col. Centro, Puebla, Pue. C. P. 72000. Teléfono: (22) 2242-4520, ext. 61315.
Correo electrónico: lopez_colombo@yahoo.com (A. López-Colombo)

valores mayores a los 5 cm predijeron ERGE ($p < 0.001$). Los valores a los 10 cm no contribuyeron a identificar diferencias entre los grupos. Los autores concluyen que los valores de impedancia esofágica a los 2 y 5 cm por arriba de la UEG distinguen entre individuos con ERGE, EEO y sin ERGE, lo que puede obviar la necesidad de pH-metría y toma de biopsias.²

Por otra parte, considerando que la contracción posdeglución ha sido propuesta como un mecanismo de la motilidad esofágica que puede prevenir el reflujo, Coss y cols. propusieron una nueva métrica denominada “integral contráctil posdeglución” de la unión esofagogastrica (PS-EGJ-CI, por sus siglas en inglés), que se puede obtener durante un estudio de manometría de alta resolución (MAR).³ Durante la DDW 2016 presentaron un trabajo cuyo objetivo fue comparar la PS-EGJ-CI en pacientes con ERGE y en individuos sanos. Se incluyeron un total de 98 pacientes, 53 con ERGE (erosiva y no erosiva) y 45 individuos sin ERGE. La PS-EGJ-CI se obtuvo manualmente trazando un recuadro de la parte más alta a la más baja de la UEG con duración de 10 segundos con la herramienta de medición smart mouse del software de MAR (Given Imaging) para la evaluación basal y se repitió la medición inmediatamente después de que la onda de contracción llegara a la UEG, después de cada una de las 10 degluciones húmedas. El índice de PS-EGJ-CI se obtuvo dividiendo el promedio de las 10 degluciones entre la basal. Los autores demostraron que existen diferencias en los valores de PS-EGJ-CI y su índice entre los individuos sanos y los dos fenotipos de reflujo. Los autores suponen que estas diferencias podrían deberse a que el reflujo induce disfunción de la contracción posdeglución. El valor de este hallazgo para predecir reflujo requiere de más estudios.

Tratamiento

Durante la DDW 2016 se presentaron cuatro trabajos sobre el uso de terapia de estimulación eléctrica (TEE) del esfínter esofágico inferior (EEI). Uno de ellos reportó los resultados preliminares a 6 meses de una cohorte de pacientes que recibieron TEE y que será seguido por 5 años. De 89 pacientes incluidos, 39 ya contaban con seguimiento de 6 meses. El 92% de estos pacientes mejoraron sus índices de calidad de vida con relación a la evaluación basal: La mediana del puntaje del GERD-HRQL mejoró de 22 (18-27) a 8 (3.5-12.5) ($p < 0.0001$). La exposición esofágica al ácido disminuyó del 11.7% (5.0-24.0%) al 5.1% (2.0-2.6%) ($n = 17$; $p = 0.59$). También se redujo la proporción de pacientes con regurgitación moderada a severa (70 a 27%, $p < 0.04$) y la proporción de pacientes con síntomas de reflujo durante el sueño (71 a 20%, $p < 0.004$). El 80% de los pacientes se encontraba sin tratamiento con IBP, 7% lo usaba intermitentemente y sólo 13% lo continuaba con IBP diariamente.⁴ Un estudio semejante reportó los resultados a largo plazo de la TEE. De 21 pacientes tratados que aceptaron continuar en el seguimiento, se informaron los datos de 15 que completaron la evaluación a 4 años. La mediana del GERD-HRQL se encontró en 3 (1-3) con una mejoría significativa con respecto a la basal con el uso de IBP 9 (8-10) ($p = 0.004$) y a la basal sin IBP 24 (21-25) ($p < 0.001$). La exposición distal al ácido de 24 h disminuyó del valor basal de 10.2% (7.9-11.5%) a 3.6% (2.8-6.6%) a los 4 años ($p < 0.02$). El 87% de los pacientes suspendió el uso regular de

IBP (> 50% del tiempo con IBP). En este estudio se reportó un evento adverso serio, la erosión de una coronaria por una malla colocada para manejo de hernia hiatal, lo que ocasionó taponamiento cardiaco y requirió manejo quirúrgico.⁵ Un tercer informe reportó los resultados de un estudio multicéntrico internacional que utilizó la TEE del EEI para el tratamiento de pacientes con ERGE refractaria. Se presentaron los resultados de eficacia y seguridad de 42 pacientes seguidos por 1 año. Este estudio también mostró una mejoría significativa de la calidad de vida, utilizando el mismo instrumento que los estudios previos, así como una disminución en la mediana de exposición distal al ácido. Pero además, demostró que el tratamiento mejora la salud física (SF-12) y disminuye la limitación en la actividad (cuestionario WPAI-GERD). El 81% de los pacientes de este estudio pudieron suspender totalmente los IBP. Se informaron cuatro eventos adversos serios: Dos erosiones asintomáticas de los electrodos, en las que los pacientes reportaron falla al tratamiento y se les realizó funduplicatura; una perforación intestinal por el trocar durante la colocación, que se reparó satisfactoriamente por laparoscopia; y una arritmia cardiaca no relacionada con el procedimiento que se trató mediante ablación nodal.⁶ Los tres estudios concluyeron que la TEE del EEI es segura y efectiva para el manejo de la ERGE, con disminución de la exposición esofágica al ácido, disminución de los síntomas y del uso de IBP, así como mejoría de la calidad de vida. Un estudio más mostró que los resultados de la TEE parecen ser mediados primordialmente por su efecto en la disminución de las relaciones transitorias del EEI.⁷ Sin embargo, habría que considerar que todos son estudios abiertos y que se requeriría identificar cuáles son sus ventajas reales con respecto a la cirugía convencional.

Con respecto al tratamiento quirúrgico, se presentó un trabajo cuyo objetivo fue determinar los factores predictores de respuesta al tratamiento quirúrgico en pacientes con manifestaciones extraesofágicas de ERGE comparados con pacientes con manifestaciones esofágicas.⁸ Se evaluó una cohorte de 115 pacientes que fueron operados por un mismo cirujano en un periodo de 8 años. Del total, 79 pacientes presentaban manifestaciones esofágicas y 36 manifestaciones extraesofágicas. En todos ellos se documentó ERGE por pH-metría. Los predictores más importantes de recurrencia de los síntomas fueron tener manifestaciones extraesofágicas como síntoma predominante ($p < 0.01$) y respuesta pobre al tratamiento previo con supresores de ácido ($p < 0.01$). La mejor respuesta al tratamiento quirúrgico que se mantuvo al año la presentaron los pacientes con síntomas esofágicos y buena respuesta previa a la terapia farmacológica (91.5%). La peor respuesta fue de los pacientes con manifestaciones extraesofágicas y mala respuesta previa al tratamiento médico (33.3%). En los pacientes con manifestaciones extraesofágicas, la mejor respuesta al tratamiento quirúrgico (58.3%) se presentó en aquellos con buena respuesta al tratamiento farmacológico previo.

Financiamiento

El autor no recibió financiamiento para elaborar este trabajo.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Yuksel ES, Higginbotham T, Slaughter JC, et al. Use of direct, endoscopic-guided measurements of mucosal impedance in diagnosis of gastroesophageal reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012;10:1110-6.
2. Choksi YA, Lal P, Higginbotham T, et al. Mucosal impedance differentiates esophageal disorders eliminating the need for ambulatory monitoring. [abstract]. *Gastroenterology* 2016;150:S35-S36.
3. Coss-Adame E, Villar-Chávez AS, Remes-Troche JM, et al. Post-swallow esophagogastric junction (EGJ) contractility assessment by high-resolution manometry (HRM) in patients with gastro-esophageal reflux disease (GERD) and healthy controls. [abstract]. *Gastroenterology* 2016;150:S291.
4. Labenz J, Schulz H, Leodolter A, et al. Preliminary results of a prospective multi-center observational registry of lower esophageal sphincter stimulation for GERD: The Less-GERD registry. [abstract]. *Gastroenterology* 2016;150:S478.
5. Rodríguez L, Rodríguez P, Gómez B, et al. Electrical stimulation therapy (EST) of the lower esophageal sphincter (LES) is successful in treating GERD - Long-term 4 year results. [abstract]. *Gastroenterology* 2016;150:S476.
6. Siersema PD, Bredenoord AJ, Conchillo JM, et al. Electrical stimulation therapy (EST) of the lower esophageal sphincter (LES) for refractory GERD - One year results of an international multicenter trial. [abstract]. *Gastroenterology* 2016;150:S216.
7. Rinsma NF, Boudewijn F, Kessing BF, et al. Effect of electrical stimulation therapy of the lower esophageal sphincter on postprandial reflux mechanisms in GERD patients. [abstract]. *Gastroenterology* 2016;150:S478.
8. Krill JT, Naik RD, Higginbotham T, et al. The predictors of response to antireflux surgery in extraesophageal reflux. [abstract]. *Gastroenterology* 2016;150:S111.