

PATOLOGÍA GASTROESOFÁGICA EN URGENCIAS

Dra. María Lía Fox

M.I.R. en Medicina Familiar y Comunitaria

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE)

La ERGE es la regurgitación sintomática del contenido gástrico hacia el esófago, es una enfermedad de carácter crónico que presenta síntomas episódicos de intensidad variable y períodos intermitentes de remisión. La gravedad y duración de los síntomas de la ERGE no se relacionan con la presencia y gravedad de las lesiones del esófago.

CLÍNICA

El espectro de las manifestaciones clínicas de la ERGE es muy amplio. Los síntomas se clasifican en típicos y atípicos o con manifestaciones extraesofágicas; aumentan o se desencadenan con determinadas posturas, como agacharse, tumbarse, con las maniobras de Valsalva y con prendas que aumentan la presión intraabdominal.

	SÍNTOMAS TÍPICOS	SÍNTOMAS ATÍPICOS
Frecuentes	Pirosis Regurgitación	Manifestaciones respiratorias (tos crónica, asma, neumonías de repetición, SAOS, fibrosis pulmonar) Problemas ORL (laringitis por reflujo, disfonía) Dolor torácico
Infrecuentes	Disfagia, Odinofagia, Sialorrea, Hipo, Dolor, malestar en epigastrio, Náuseas, Eructos	Erosiones dentales

COMPLICACIONES

- Esófago de Barret (sustitución del epitelio escamoso estratificado normal por epitelio columnar metaplásico) que puede desencadenar adenocarcinoma de esófago.
- Estenosis esofágica.
- Úlcera esofágica.
- HDA.

DIAGNÓSTICO

Es clínico, se debe realizar a partir de los síntomas de pirosis y regurgitación cuando éstos son los síntomas predominantes. No son necesarios los exámenes complementarios. En un paciente con síntomas típicos de ERGE estaría indicado realizar tratamiento empírico con IBP (dosis estándar durante 2-4 semanas) y valorar posteriormente. En los pacientes en los que la pirosis sea el único síntoma, o el fundamental, se puede dar por hecho el diagnóstico de ERGE sin más pruebas.

Si la pirosis lleva asociado algún otro síntoma como disfagia, odinofagia, hematemesis, anemia o melenas el algoritmo diagnóstico varía y se deberían hacer pruebas diagnósticas, especialmente la endoscopia.

- **Endoscopia:** Se debe realizar ante la sospecha de estenosis de esófago, esófago de Barrett o adenocarcinoma de esófago y ante la presencia de signos y/o síntomas de alarma o de complicación de una ERGE (disfagia, vómito persistente, hemorragia gastrointestinal, anemia ferropénica, pérdida de peso no intencionada y/o una tumoración epigástrica). No se debería realizar para confirmar o descartar una esofagitis cuando los síntomas típicos de pirosis y regurgitación son predominantes.
- **pH-metría:** Se realiza para observar la presencia de reflujo en pacientes que no responden al tratamiento empírico y no se observan lesiones de esofagitis en la endoscopia. Toda pH-metría debe ir precedida de la realización de una endoscopia.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Fundamentalmente con el síndrome coronario agudo (SCA). Sugiere ERGE la relación con la ingesta alimentaria, la sensación de plenitud con la comida y el alivio sintomático con antiácidos.

TRATAMIENTO

- **Medidas higiénico-dietéticas:** dormir con la cabecera elevada, en decúbito lateral izquierdo, evitar acostarse inmediatamente luego de la ingesta al menos hasta dos horas después, evitar comidas copiosas y fármacos que puedan desencadenar reflujo (diltiazem, diazepam, alprazolam, teofilina, barbitúricos, nitratos, ACO), evitar usar prendas ajustadas, el tabaco, bebidas alcohólicas, el café, corregir el sobrepeso.

- **Inhibidores de la bomba de protones (IBP):** Son los fármacos de primera línea en el tratamiento, tanto en los síntomas a corto plazo como en el tratamiento de mantenimiento y la prevención de las recurrencias:
 - Omeprazol (Ceprandal, cápsulas de 20 mg) Dosis 20/día.
 - Lanzoprazol (Opiren, cápsulas de 15 y 30 mg) Dosis 30 mg/día.
 - Pantoprazol (Anagastra, Pantecta comp 20mg y 40 mg) Dosis 40mg/día.
 La duración del tratamiento empírico inicial son 4 semanas. Si luego del tratamiento hay mejoría pero los síntomas reaparecen tras la retirada del fármaco, se deberá continuar con el tratamiento 6-12 meses. Ante un fracaso terapéutico se tendrá que duplicar la dosis y prolongar el tratamiento 8 semanas.
- **Procinéticos:** Son útiles por su capacidad de estimular la motilidad esofagogástrica, aumentar el tono del EEI y acelerar el vaciamiento gástrico.
 - Cisaprida, ocasiona trastornos del ritmo cardiaco en algunos pacientes, no se debe utilizar con fármacos que prolonguen QT (antifúngicos, antimicrobianos). Es de uso hospitalario. Su uso se restringe a los trastornos graves de la motilidad gastrointestinal (gastroparesia, pseudoobstrucción intestinal) y a pacientes que no toleren o no respondan a otras alternativas terapéuticas.
 - Cinitaprida.
 - Metoclopramida, Domperidona. Poseen un efecto moderado sobre la ERGE. Se pueden prescribir junto con el IBP unos 20 min antes de las comidas principales, sobre todo en pacientes con síntomas de dispepsia.
- **Tratamiento quirúrgico:** La cirugía (funduplicatura por laparoscopia) debería plantearse ante el fracaso de la medicación, recidivas frecuentes, intolerancia al tratamiento farmacológico, un paciente joven y el deseo expreso del paciente.

CUERPOS EXTRAÑOS EN ESÓFAGO

La presencia de cuerpos extraños en el tracto digestivo superior (objetos ingeridos o la impactación de un bolo alimenticio), constituye una patología relativamente frecuente, y es una de las principales indicaciones de gastroscopia urgente. Se pueden clasificar en orgánicos (bolos de carne, huesos y espinas de pescado), siendo su ingesta de manera accidental generalmente; e inorgánicos (monedas, agujas, prótesis dentales, etc.), pudiendo ser ingeridos de manera intencionada.

La mayoría de las ingestiones ocurre en población pediátrica de manera accidental, y como fruto de su "curiosidad", especialmente entre los 6 meses y 3 años. En la población adulta puede ocurrir de manera accidental (ancianos, personas con algún tipo de retraso mental o enfermedad psiquiátrica, los intoxicados por alcohol y los portadores de piezas o prótesis dentales) o de forma voluntaria. La principal causa que requiere atención médica en los adultos es la impactación del bolo alimenticio, que ocurre generalmente en mayores de 40-50 años y en pacientes con patología esofágica previa.

La mayoría de los cuerpos extraños ingeridos progresan espontáneamente por el tracto digestivo sin provocar síntoma en los siguientes 7-9 días, sin embargo, un 10-20% de los mismos queda retenido requiriendo endoscopia para su extracción, y aproximadamente un 1% precisará tratamiento quirúrgico. Se localizan fundamentalmente a nivel del esófago cervical (50-80%). Una vez que pasa al estómago en general progresa a través del tracto gastrointestinal sin problemas.

COMPLICACIONES

- Perforación intestinal.
- Obstrucción intestinal.

DIAGNÓSTICO

La historia clínica es fundamental. La anamnesis debe recoger datos básicos: naturaleza exacta del cuerpo extraño, número, dimensiones, forma, características punzantes o cortantes y tiempo de permanencia, ya que cuantas más horas permanezca, mayor es el riesgo de sufrir complicaciones. La clínica consiste en:

- Sensación de disfagia aguda,
- Disfonía,
- Odinofagia,
- Dolor retroesternal,
- Malestar faríngeo,
- Tos,
- Disnea,
- Cianosis,
- Síncope

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- **Rx cuello anteroposterior y lateral.**
- **Rx de tórax y abdomen en dos proyecciones (anteroposterior y lateral)** para intentar localizar y distinguir objetos radioopacos, aunque no verlos no excluye su presencia y signos de perforación.

- **Endoscopia digestiva alta** permite el diagnóstico del nivel del impacto y la naturaleza del objeto además de posibilitar su extracción. Se realiza una vez que se haya descartado perforación

TRATAMIENTO

- Dieta absoluta.
- Vía periférica con S. Glucosalino 2500ml/día.
- **Glucagon**: si se trata de un bolo alimenticio y mientras se realiza la endoscopia se puede administrar en dosis 1mg por vía ev. Puede relajar el esfínter esofágico inferior y facilitar la progresión del cuerpo extraño, sólo es efectivo en obstrucciones esofágicas inferiores. Como alternativa se puede utilizar Cafinitrina 1 mg vía sublingual.
- **Endoscopia**: se debe realizar de forma inmediata cuando el impacto sea total o se trate de objetos punzante o cáusticos. En el resto de los casos se puede diferir 24 horas.

PERFORACIÓN ESOFÁGICA

Es una complicación altamente letal que requiere la mayoría de las veces una intervención quirúrgica inmediata. Las causas más comunes son:

- **Procedimientos médicos** (instrumentación, endoscopia, radioterapia y cirugía).
- **Traumatismos** (cuerpos extraños, colisiones, caídas, balas, cuchillos, hiperextensión del cuello o la columna cervical).
- **Vómitos (Síndrome de Boerhaave)**: La ruptura esofágica espontánea tras vómitos o síndrome de Boerhaave es una entidad grave, muy infrecuente y compleja por su inespecífica sintomatología, siendo habitual el retraso diagnóstico, lo que aumenta su morbimortalidad.
- **Ingestión de cáusticos, cloruro potásico.**

CLÍNICA

Los síntomas son:

- Odinofagia.
- Dolor torácico retroesternal que puede exacerbarse al tragar o respirar.
- Disfagia.
- Ronquera, afonía, disnea.
- Dolor abdominal (en casos de episodios violentos de vómitos).

Los signos son:

- Crepitación subcutánea.
- Frote mediastínico con el latido cardíaco (signo de Hamman).
- Fiebre.
- Shock.

Cualquiera de estos síntomas y signos pueden estar ausentes en primeras horas por lo que su ausencia no descarta una perforación.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- **Rx Tórax posteroanterior y lateral.** Se puede detectar aire subcutáneo, neumomediastino y derrame pleural.
- **Rx cervical anteroposterior y lateral.** Solicitar si se sospecha rotura de esófago cervical. Se puede ver aire en los tejidos blandos y en el espacio prevertebral.
- **Esofagograma con contraste.** Es la prueba más útil para localizar el lugar (normalmente en el tercio distal esofágico) y la extensión.
- **TAC.** Indicado cuando se sospecha perforación y el esofagograma es negativo.
- Endoscopia CONTRAINDICADA. Puede convertir una perforación incompleta en completa o aumentar el tamaño de una completa preexistente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- IAM.
- Neumotórax hipertensivo.
- Absceso pulmonar.
- Pancreatitis.
- Pericarditis.
- Disección aórtica.
- Ulcus péptico.

TRATAMIENTO

- Dieta absoluta.
- Vía venosa periférica y perfusión de SF 3000ml/día.

- **Antibióticos:** Asociar cefalosporina (Cefepime 2g/12h ev) y aminoglucósidos (Tobramicina 3-5 mg/kg/día cada 8h ev).
- **Cirugía urgente:** Es el tratamiento de elección, en un pequeño porcentaje de paciente se puede intentar tratamiento conservador.

ULCERA PEPTICA (*Helicobacter pylori*)

El HP es un bacilo gram negativo cuya infección se adquiere habitualmente en la infancia y puede causar gastritis crónica y ulcera péptica. Parece ser un factor de riesgo de cáncer gástrico y puede asociarse a linfoma MALT. Aumenta la posibilidad de que los pacientes tratados con AINEs desarrollen úlcera. La erradicación del HP cura la úlcera y las reinfecciones son raras.

INDICACIONES PARA HACER UN TEST PARA H. PYLORI

- Pacientes sintomáticos con historia de ulcus sin tratamiento erradicador previo.
- Reparición de los síntomas en un paciente tratado .
- Pacientes con síndrome ulceroso.
- Pacientes tratados para confirmar su curación en caso de que exista úlcera asociada, antecedentes de ulcus y tratamiento antisecretor crónico y persistencia de síntomas dispépticos.

No está indicado hacer el test a:

- Pacientes asintomáticos con historia previa de úlcera.
- Pacientes consumidores crónicos de antiácidos por reflujo gastroesofágico.
- Para confirmar la curación de forma rutinaria.

ERRADICACION DEL H. PYLORI

La erradicación del HP se asocia a una mejoría de síntomas de dispepsia. Un paciente con síndrome ulceroso y test HP positivo puede tratarse con terapia de erradicación.

Si se plantea realizar una gastroscopia el diagnóstico se realizará por biopsia y test rápido de la ureasa. Si no se considera indicada la gastroscopia puede usarse el test de urea en el aliento o la detección de antígeno bacteriano en heces. Para evitar falsos negativos el paciente no debe haber tomado antibióticos en las 4 semanas previas ni medicación antisecretora o bismuto en las 2 anteriores

El test de elección para la confirmación de la erradicación es el test de urea en el aliento, que debe realizarse al menos 4 semanas después de finalizado el tratamiento erradicador.

TRATAMIENTO

- La triple terapia (IBP y 2 antibióticos: claritromicina + amoxicilina o metronidazol) es el tratamiento de elección. La pauta de una semana es la más aceptada por su mayor simplicidad, mejor cumplimentación y menor número de efectos secundarios.
- En pacientes alérgicos a la penicilina se utilizará la terapia triple erradicadora con IBP, claritromicina y metronidazol, durante 7 días.
- Como tratamiento erradicador de segunda línea se recomienda la terapia cuádruple con IBP, subcitrate de bismuto, metronidazol y clorhidrato de tetraciclina durante 7 días. Estaría indicada en caso de elevada resistencia a claritromicina y en caso de fracaso de la triple terapia con claritromicina.