

Se ha comprobado que entre un 10 y un 30 % de los pacientes con dolor torácico sugestivo de tener origen coronario presentan coronariografía y prueba de esfuerzo normales. Muchos de estos sufren patología esofágica, estimándose que sería debida al RGE en aproximadamente la mitad de ellos.

Las causas del dolor torácico son múltiples: Pleuropulmonares, coronarias, musculoesqueléticas...

En estos pacientes con dolor torácico no sólo se plantea la necesidad de identificar el origen esofágico del dolor frente a otras alternativas patológicas y sobre todo la enfermedad coronaria, sino también precisar qué tipo de enfermedad esofágica lo está causando. Por lo tanto, es de importancia realizar una meticulosa anamnesis que nos permita conocer con detalle las características del dolor y las diversas circunstancias que se relacionan con él.

La manifestación de este dolor puede ser relatada por el paciente de manera diversa: molestias imprecisas, opresión, urente, espontáneas con características de angor, odinofagia, irradiación a epigastrio, base del cuello, mandíbula, brazos, hombros, etc... Nos orientará hacia el origen esofágico del dolor la duración prolongada, de incluso horas, su irradiación a epigastrio y sobre todo la asociación a pirosis o regurgitación; así como su remisión o mejoría con la ingesta de antiácidos.

La ODINOFAGIA o deglución dolorosa que ya hemos citado es un síntoma que se presenta con menos frecuencia y que puede coincidir con la disfagia.

Otros síntomas a destacar asociados a esta enfermedad pueden ser: la eructación, la sialorrea, el hipo, las náuseas y el vómito. Caso de existir pérdida de peso, deberemos relacionarla con déficits nutricionales condicionados por el desarrollo de complicaciones, especialmente estenosis esofágica.

DIAGNÓSTICO:

Una historia clínica minuciosa a veces es suficiente para sugerir la existencia de una enfermedad por RGE. Pero a veces con frecuencia debemos evaluar al paciente con pruebas diagnósticas específicas.

Cada una de estas pruebas analiza aspectos parciales del conjunto de la enfermedad pero no siempre debemos recurrir a todas ellas.

Destacaremos en primer lugar el ESTUDIO RADIOLÓGICO BARITADO que nos será útil para determinar la existencia de hernia hiatal y lesiones orgánicas (estenosis, ulceración, etc...)

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN LA ENFERMEDAD POR RGE:

PRUEBAS QUE EVALÚAN LA POTENCIALIDAD PARA EL RGE:

- MANOMETRÍA ESOFÁGICA.

PRUEBAS QUE INDICAN LESIÓN ESOFÁGICA:

- PERFUSIÓN ÁCIDA (PRUEBA DE BERNSTEIN)

- ESOFAGOSCOPIA.

- BIOPSIA ESOFÁGICA.

- ESOFAGOGRAMA (DOBLE CONTRASTE)

- DIFERENCIA DE POTENCIAL TRANSMUCOSO.

LOGOPEDIA.NET - Tu punto de encuentro profesional.

PRUEBAS QUE DEMUESTRAN EL RGE:

- ESOFAGOGRAMA.
- PHMETRIA ESOFÁGICA.
- PRUEBA ISOTÓPICA.

FORMAS CLÍNICAS PECULIARES:

RGE EN LA ESCLERODERMIA.
RGE DURANTE LA GESTACIÓN.
RGE EN LA INFANCIA.
RGE DESPUÉS DE LA CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA.
RGE Y PATOLOGÍA PULMONAR.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR RGE:

MEDIDAS POSTURALES.

La elevación de la cabecera de la cama, reduce de forma sustancial el reflujo nocturno por simple acción de la gravedad. Esta maniobra proporciona una marcada mejora sintomática, en particular de la pirosis nocturna, la aspiración broncopulmonar y la disfagia faringoesofágica. Esta elevación de la cabecera de la cama deberá realizarse colocando tacos de madera de una altura mayor de 15 cm en los pies de la misma y no elevando la cabeza con almohadas pues no se obtiene ningún beneficio si lo realizamos de esta forma. Sí será efectivo colocar una cuña de espuma de 25 cm de altura debajo de los hombros del paciente.

MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS:

Evitar grasa, chocolate y alimentos irritantes como salsas, picantes, especias, plátano, tomate, zumos cítricos, café y bebidas alcohólicas. El tabaco y los fármacos que disminuyen el tono del esfínter esofágico inferior, también enlentecen el vaciamiento gástrico, como anticolinérgicos, progesterona, diacepam, bloqueadores beta, agonistas betaadrenérgicos, teofilina, morfina, etc...

Comidas copiosas, en particular tomadas menos de 3 horas antes de acostarse, puesto que, como consecuencia de la distensión gástrica que provocan y del estímulo de la motilidad y secreción gástrica que inducen, pueden favorecer la aparición de episodios de RGE nocturnos. El ácido acetilsalicílico y antiinflamatorios no esteroideos provocan efectos adversos sobre la mucosa digestiva.

La disminución de peso en pacientes obesos puede conducir a una marcada mejoría de los síntomas.

El estreñimiento, frecuente en estos pacientes, se corregirá con una dieta rica en fibras ya que evitará el incremento de la presión intraabdominal.

Evitaremos los vestidos muy ajustados, ya que incrementan la presión intraabdominal.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Siempre bajo supervisión médica. Citaremos:

ANTIÁCIDOS (neutralizan temporalmente el ácido clorhídrico) Deberemos puntualizar que el efecto de los antiácidos es inadecuado durante la noche que es cuando el esófago se encuentra más expuesto a la acción nociva del material refluido. En la práctica, indicaremos antiácidos para el alivio de los síntomas en las formas leves o moderadas de la enfermedad por RGE.

INHIBIDORES DE LA SECRECIÓN ÁCIDO-GÁSTRICA. La CIMETIDINA, FAMOTIDINA, NIZATIDINA y RANITIDINA son fármacos de eficacia probada en el alivio de los síntomas de la enfermedad por RGE. Su eficacia se debe a su potente efecto inhibidor de la secreción acidogástrica. OMEPRAZOL. Es un potente antisecretor gástrico con eficacia probada en el tratamiento de ataque de la esofagitis péptica. El tratamiento con omeprazol es capaz de conseguir la curación de un gran número de pacientes con esofagitis grave refractaria a otros tratamientos médicos. La tolerancia de este fármaco es muy buena, incluso en tratamientos prolongados, lo que hace que sea un fármaco de elección en pacientes con esofagitis graves y en pacientes con esofagitis asociada a úlcera duodenal. Vemos que un tratamiento adecuado conlleva a una buena solución del problema. Pero un diagnóstico o un tratamiento erróneo nos puede conducir a una serie de complicaciones, citaremos:

ESTENOSIS ESOFÁGICA: Es la complicación más frecuente, que se debe al desarrollo de fibrosis submucosa más o menos extensa que se puede encontrar bajo una mucosa de aspecto normal. La principal manifestación clínica de la estenosis es la disfagia.

Las erosiones superficiales de la mucosa esofágica son relativamente frecuentes en pacientes con RGE. Si la erosión penetra en profundidad a través de la mucosa, origina una úlcera de esófago, aunque es poco frecuente. La úlcera de esófago será en cambio frecuente en el llamado **ESÓFAGO DE BARRETT**, que son úlceras crónicas del esófago inferior. Deberán diagnosticarse y controlarse de forma rigurosa estas úlceras crónicas, porque sobre este esófago de Barrett puede convertirse en un **ADENOCARCINOMA**. A pesar de esta observación, el riesgo estadístico de desarrollar un cáncer sobre el esófago de Barrett es desconocido. Deberá realizarse un seguimiento clínico riguroso y cuidadoso con exámenes periódicos endoscópicos, citológicos y anatomopatológicos.

HEMORRAGIA: Se trata de pequeñas pérdidas hemáticas que conllevan a una anemia crónica ferropénica.