

CARTAS AL EDITOR

Enfermedad por reflujo gastroesofágico sin lesiones endoscópicas

Leímos con interés el artículo publicado por Rodríguez y cols (1) y si bien es cierto, los hallazgos endoscópicos de esofagitis por reflujo establecen el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), una endoscopia normal, o endoscopia negativa, término aprobado en el taller de Genval (2), no elimina la ERGE como causa de síntomas. La endoscopia revela esofagitis sólo en el 50% a 70% de los individuos con pirosis (3, 4), y es frecuentemente normal en los pacientes con síntomas extradigestivos de ERGE (5).

Es por esta razón que la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) (6), recomienda el diagnóstico endoscópico para aquellos pacientes con síntomas de reflujo gastroesofágico persistentes o recurrentes a pesar de un tratamiento adecuado, y generalmente la endoscopia diagnóstica no se realiza para evaluar síntomas (pirosis) no complicados, que responden al tratamiento médico. De igual forma el Colegio Americano de Gastroenterología (7) ha aprobado la "terapia empírica" para aquellos pacientes con historia típica de ERGE no complicada, teniendo en cuenta que en aquellos en quienes la terapia no sea exitosa (síntomas persistentes, desarrollo de complicaciones, sin respuesta benéfica siete a diez días después de iniciada la terapia, si presentan signos de enfermedad sistémica severa o desarrollan recurrencia de los síntomas) se deben realizar pruebas diagnósticas.

El término "cambios mínimos", vg eritema, friabilidad y edema de la unión escamocelular, que ha sido muy utilizado tanto en trabajos de investigación como para clasificar la esofagitis, no ha sido adecuadamente evaluado, tanto que para los endoscopistas es difícil definir su ausencia o presencia (8-10), por esta razón se ha sugerido realizar biopsia esofágica para aumentar la sensibilidad y especificidad diagnóstica de la endoscopia. Recientemente se han descrito anomalías morfológicas del esfago por microscopía electrónica en aquellos pacientes con enfermedad por reflujo y endoscopia negativa (11) caracterizado por un ensanchamiento de las uniones entre las células epiteliales escamosas en la superficie de la mucosa esofágica distal, esto haría que fuera anormalmente permeable al ácido con el consiguiente acceso del ácido refluído a los receptores sensitivos dentro de la mucosa los cuales son los responsables de la pirosis descrita por los pacientes.

Si bien es cierto, el monitoreo ambulatorio de pH es la prueba más fisiológica disponible para el estudio de ERGE, es generalmente aceptada como el "patrón de oro", pero es importante entender las limitaciones de esta técnica y reconocer que los hallazgos no son absolutos (12). Si el valor de exposición al ácido se utilizara aisladamente, una minoría de pacientes con esofagitis severa tendrían falsos negativos, y probablemente solamente reconocerá la mitad de los

pacientes con endoscopia negativa (13-14); cuando la asociación de síntomas con los episodios de reflujo se evalúan como parte del monitoreo, la sensibilidad y la especificidad se aumentan, pero de igual forma esto es insuficiente para considerarlo el patrón de oro (12, 15).

En resumen, es difícil determinar la precisa sensibilidad y especificidad de la prueba y más cuando no es universalmente aceptada como el "patrón de oro" para el diagnóstico de ERGE.

Por último es de anotar que sólo la minoría (20%) de pacientes con ERGE tienen hipotonía del esfínter esofágico inferior, datos que coinciden con los reseñados por nosotros en la XXXVI Convención Nacional de Gastroenterología.

De acuerdo con esto, el punto de reflexión es: todo paciente con síntomas "típicos" de ERGE requiere la realización de endoscopia digestiva alta y aún más, de monitoreo de pH de 24 horas?

Dres: Albis Hani de Ardila, Jaime Alvarado Bestene, Alberto Rodríguez Varón. Claudia Sanmiguel Jaime: Unidad de Gastroenterología, Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario de San Ignacio. Santafé de Bogotá.

Referencias

1. **Rodríguez R, Feris J, Cuello E.** Enfermedad por reflujo gastroesofágico sin lesiones endoscópicas. *Acta Med Colomb* 1999;**24**:25-29.
2. **Dent J, Brun J, Fendrick AM, et al.** An evidence-based appraisal of reflux disease management: The Genval Workshop Report. Submitted.
3. **Spechler SJ.** Epidemiology and natural history of gastro-oesophageal reflux disease. *Digestion* 1992;**51** (suppl 1):24-29.
4. **Johansson KE, Ask P, Boeryd B, Fransson SG, Tibbling L.** Oesophagitis, signs of reflux, and gastric acid secretion in patients with symptoms of gastro-oesophageal reflux disease. *Scand J Gastroenterol* 1986;**21**:837-847.
5. **Koufman JA.** The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD): a clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24-hour pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury. *Laryngoscope* 1991;**101**:1-64.
6. Appropriate use of gastrointestinal endoscopy. A consensus statement from the American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Initially prepared by the Committee on Endoscopic Utilization. Revised by the Standards of Practice Committee and approved by the Governing Board. Revised August 1992.
7. **De Vault KR, Castell DO.** Guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Arch Intern Med* 1995;**155**:2165-2173.
8. **Armstrong D, Bennett JR, Blum AL, et al.** The endoscopic assessment of esophagitis: a progress report on observer agreement. *Gastroenterology* 1996;**111**:85-92.
9. **Lundell L, Dent J, Bennett JR, et al.** Endoscopic assessment of esophagitis: Clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles Classification. Submitted.
10. **Bytzer P, Havelund T, Moller Hansen J.** Interobserver variation in the endoscopic diagnosis of reflux esophagitis. *Scand J Gastroenterol* 1993;**28**:119-125.
11. **Tobey NA, Carson JL, Alkiek RA, Orlando RC.** Dilated intercellular spaces: A morphological feature of acid reflux-damaged human esophageal epithelium. *Gastroenterology* 1996;**111**:1200-1205.
12. **Castell DO.** PH monitoring versus other tests for gastroesophageal reflux disease: is this the gold standard? In: Richter JE, ed.: Ambulatory esophageal pH monitoring. Practical approach and clinical applications. Williams and Wilkins; 1997: 107-118.
13. **Dent J, Dodds WJ, Friedman RH, et al.** Mechanism of gastroesophageal reflux in recumbent asymptomatic human subjects. *J Clin Invest* 1980;**65**:256-267.
14. **Lind T, Havelund T, Carlsson R, et al.** Heartburn without esophagitis: efficacy of omeprazol therapy and features determining therapeutic response. *Scand J Gastroenterol* 1997;**32**:974-979.
15. **Smout AJPM.** Evaluation and significance of reflux from the duodenum and stomach. *Aliment Pharmacol Ther* 1997;**11**(suppl 2):27-32.

Respuesta

A continuación paso a dar respuesta a la carta al editor enviada por la Dra. Albis C. Hani y cols en relación al trabajo titulado "Enfermedad por reflujo gastroesofágico sin lesiones endoscópicas".

Me queda la duda de cuál es el objeto de la carta remitida por Hani y cols. En principio, parece un intento de revisión bibliográfica actualizada de algunos tópicos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, y, en este sentido, la mayoría de los datos aportados allí aparecen en una reciente publicación (John Dent Digestion 1998;59:433-445).

Por otro lado, es evidente que la pH-metría esofágica de 24 horas no es una técnica infalible ni absoluta, pero, en la actualidad es la que posee mayores índices de sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de reflujo gastroesofágico. En relación con sus preguntas finales, puedo decirles que por supuesto no todos los pacientes con síntomas típicos de ERGE requieren endoscopia inmediata y aún más pH-metría esofágica, pero les recuerdo que esos conceptos no fueron expresados en nuestro artículo.

Dr. Roberto Rodríguez María: Unidad de Gastroenterología y Endoscopia. Hospital Universitario de Barranquilla, Universidad Libre de Barranquilla, Universidad San Martín, unidad de Gastroenterología y Endoscopia. Barranquilla. Colombia.

Nota del Editor

Las polémicas que despiertan los artículos publicados en Acta Médica Colombiana y los comentarios dados por otros grupos de trabajo a través de estas páginas, son la razón de ser de una publicación científica interactiva como la nuestra.

En este caso, ninguna de las partes está poniendo en tela de juicio la veracidad de los datos de la otra, sino debe considerarse como la libre expresión de opiniones sustentada por revisiones bibliográficas y por la experiencia personal.

Obviamente la pregunta final no va dirigida al autor del trabajo, sino es una reflexión para trabajos futuros.