

## Trabajo Original

Universidad Médica de Holguín Mariana Grajales Coello

## Esofagitis en pacientes con pirosis, regurgitación o ambos

### Esophagitis in Patients with Heartburn, Regurgitation or Both

*Margarita Rodríguez Diéguez<sup>1</sup>, Elyanne Estévez de la Torre<sup>2</sup>, Zulma Miranda Moles<sup>3</sup>,  
Évora Arencibia Vidal<sup>4</sup>*

- 1 Especialista de Primer Grado en MGI. Especialista de Primer Grado en Gastroenterología. Instructor. Hospital Provincial Vladimir Ilich Lenin. Holguín
- 2 Especialista de Primer Grado en MGI. Especialista de Primer Grado en Imagenología. Asistente. Hospital Provincial Vladimir Ilich Lenin. Holguín
- 3 Especialista de Primer Grado en MGI. Especialista de Primer Grado en Gastroenterología. Instructor. Hospital Provincial Vladimir Ilich Lenin. Holguín
- 4 Especialista de Primer Grado en MGI. Especialista de Primer Grado en Gastroenterología. Instructor. Hospital Provincial Vladimir Ilich Lenin. Holguín

## RESUMEN

Se realizó durante marzo de 2006 a marzo de 2007, un estudio observacional descriptivo, de serie de casos con el objetivo de ampliar los conocimientos acerca de los parámetros clínico-endoscópicos presentes en 236 pacientes con pirosis y regurgitación, a los que se les realizó una endoscopia digestiva superior en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Vladimir Ilich Lenin. Previamente al proceder se aplicó un cuestionario. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, esofagitis,

medicamentos favorecedores de reflujo gastroesofágico y hernia hiatal. El análisis estadístico se realizó en porcentaje y se utilizó el test de  $X^2$  para identificar relaciones entre variables a un nivel de significación igual a 0,05. Hubo más pacientes sintomáticos entre 30 y 49 años, predominó la esofagitis de 20 a 49 años, con prevalencia del sexo femenino en ambos grupos. La mayoría no tuvo esofagitis y los que la presentaban, exhibieron grados leves. Entre aquellos que usaban medicamentos con propiedades anticolinérgicas se observó un mayor número de esofagitis. Hubo una relación de dependencia entre la hernia hiatal y la esofagitis.

*Palabras clave:* esofagitis, pirosis regurgitación, panendoscopia superior

## **ABSTRACT**

An observational descriptive study from March 2006 to March 2007 was carried out in 236 patients with heartburn, acid regurgitations or both. The patients were attended at Gastroendoscopy Department at V.I Lenin Hospital in Holguín, for an upper gastrointestinal endoscopic examination. The aim of this work was to increase the knowledge on some clinical and endoscopic parameters in these patients. A questionnaire was applied before the endoscopic procedure was performed. The following variables were studied: age, sex, esophagitis, medications that seem to favor esophageal reflux, and hiatal hernia. The statistical analysis was carried out in percentage, and the Chi-square test was used to identify relationships among variables at a 0,05 significance level. Higher frequencies of symptoms were found in patients between 30 and 49 years old, with predominant esophagitis in patients between 20 and 49 years, with a higher incidence in female sex in both groups. Most of the patients did not have esophagitis, and in those having it a mild degree of severity was observed. Among patients taking drugs with anticholinergic properties greater cases with esophagitis were noted. There was a relation between hiatal hernia and esophagitis.

*Key words:* esophagitis, pyrosis, regurgitation, upper panendoscopy.

## **INTRODUCCIÓN**

Allison acuña por primera vez el término de esofagitis por reflujo (ER) en 1946 y reconoce el papel de los jugos gástricos refluídos hacia el esófago <sup>(1)</sup>.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una enfermedad crónica relacionada con el flujo retrógrado del contenido gástrico al esófago y órganos adyacentes, que produce síntomas que afectan la calidad de vida, o pueden conllevar a daño mucoso o a la presencia de complicaciones <sup>(2)</sup>. Es, sin dudas, uno de los trastornos más frecuentes en la consulta médica <sup>(3, 4)</sup>.

Las manifestaciones más comunes son la pirosis (75% de los pacientes) y la regurgitación ácida (más específico, pero menos frecuente). Se estima que un 24% de la población experimentarán pirosis diariamente o más frecuente, en tanto un 43% la padecerá con frecuencia semanal o dos veces por semana <sup>(5)</sup>.

Afecta a ambos sexos, aunque la ER es algo más frecuente en hombres y la mayoría aparecen después de los 50 años <sup>(1,6)</sup>. Su fisiopatología es multifactorial, por un desequilibrio entre factores defensivos y agresivos en la mucosa esofágica. Así, la barrera anti-reflujo (esfínter esofágico inferior (EEI), crura diafragmática, porción intra-abdominal del esófago, integridad del ligamento freno esofágico y ángulo de His), además del aclaramiento esofágico y la resistencia de la mucosa serían los factores defensivos y el material refluído, el factor agresivo. La ruptura de este equilibrio se debe fundamentalmente a la disfunción de la barrera anti-reflujo y en menor medida la del aclaramiento esofágico <sup>(1, 4,7)</sup>.

Existe implicación de factores constitucionales y ambientales en la ERGE, como la presencia de sobrepeso corporal, las comidas grasas y otros como la menta, chocolate, cebolla, ajo, algunos hábitos tóxicos y finalmente determinados fármacos que disminuyen la presión del EEI, a saber, antagonistas de los canales del calcio, anticolinérgicos, xantinas, benzodiazepinas, nitritos, beta-agonistas y otros <sup>(8, 9, 10)</sup>.

El diagnóstico de la ERGE parte de una buena historia clínica y puede hacerse sobre la base de los síntomas por sí solos <sup>(2, 6, 11, 12)</sup>. La endoscopia es el patrón de oro para evaluar sus consecuencias <sup>(12, 10)</sup>, aunque sólo un 50% o menos de los pacientes con síntomas típicos muestran evidencias de esofagitis <sup>(6, 7, 10)</sup>.

Dada la alta prevalencia de esta enfermedad en el mundo y la falta de estudios en el país y en nuestra provincia sobre la presencia o no de esofagitis en pacientes con

síntomas cardinales de ERGE, los autores de este trabajo realizaron este estudio con el objetivo de evaluar y caracterizar a los pacientes portadores de dichos síntomas y a los cuales se les realizó una endoscopia superior en el Hospital Docente Vladimir Ilich Lenin de Holguín.

## **MÉTODOS**

Se realizó, desde marzo de 2006 a marzo de 2007, un estudio descriptivo, de tipo serie de casos en pacientes con pirosis y regurgitación, a los que se les realizó endoscopia digestiva superior en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Vladimir Ilich Lenin. En el universo se incluyeron los mayores de 18 años, cuyos síntomas fueron reconocidos como molestos, sin tener en cuenta frecuencia o duración. Se excluyeron pacientes con respuestas ambiguas e imprecisas, úlcera gástrica o duodenal, en tratamiento con antisecretores en el último mes o con padecimiento digestivo funcional (síndrome del intestino irritable o dispepsia funcional), quedaron, de esta forma, 236 pacientes en el estudio.

Se controlaron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico endoscópico, medicamentos que reducen la presión del EEI y hernia hiatal. Se utilizó la clasificación endoscópica de Savary-Miller a los casos con esofagitis, la cual establece:

Clasificación endoscópica de Savary-Miller

- a) Grado I: eritema con desaparición del fino patrón vascular del esófago distal con o sin erosiones superficiales, no confluentes
- B) Grado II: erosiones confluentes no circunferenciales
- C) Grado III: erosiones confluentes y circunferenciales
- D) Grado IV: aparecen lesiones crónicas como úlceras, estenosis o esófago de Barrett.

Previo consentimiento de los pacientes se aplicó un cuestionario (anexo 1), que recogió datos generales y las variables del estudio; se les realizó luego la panendoscopia (siempre por el mismo endoscopista) tras ayuno desde el día anterior, se utilizó anestesia en la orofaringe con xilocaína al 10% y un fibrogastroscoPIO Pentax FG 290 de visión frontal.

La información se analizó mediante números absolutos y porcentajes. Se utilizó el test de  $\chi^2$  para identificar relaciones entre variables a un nivel de significación igual a 0,05. Se tuvo en cuenta  $H_0$  como hipótesis de nulidad, donde no hay dependencia entre los aspectos a analizar y  $H_1$  si existe asociación.

Los datos fueron resumidos y presentados en tablas.

## RESULTADOS

El desglose por rangos de edades de los pacientes (tabla I) con síntomas y con esofagitis reflejó 140 pacientes del primer grupo (59,32%) que estaban en el rango entre 30-49 años. La edad promedio resultó ser de  $43,29 \pm 13,65$ . La esofagitis tuvo una distribución bastante homogénea en los grupos entre 20 y 49 años, con tendencia decreciente conforme aumentaba la edad de los pacientes.

TABLA I. Distribución de pacientes según edad. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Marzo 2006 a marzo 2007

Edad	Pacientes con síntomas		Pacientes con esofagitis	
	Nº	Porcentajes	Nº	Porcentajes
20-29	30	12,71	24	27,91
30-39	70	29,66	22	25,58
40-49	70	29,66	22	25,58
50-59	36	15,25	10	11,63
> 60	30	12,71	8	9,30
Total	236	100	86	100

Fuente: cuestionario  $43,29 \pm 13,65$

Al analizar la distribución por la edad se observó que las dos terceras partes del total eran del sexo femenino y que predominó también la esofagitis en mujeres con 62 pacientes para un 72,09% (tabla II).

TABLA II. Distribución de pacientes según sexo. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Marzo 2006 a marzo 2007

	Pacientes con síntomas	Pacientes con esofagitis
--	------------------------	--------------------------

Sexo	Nº	Porcentajes	Nº	Porcentajes
Femenino	154	65,24	62	72,09
Masculino	82	34,74	24	27,91
Total	236	100	86	100

Fuente: cuestionario

En el momento del examen, el 63,56% de los pacientes (150) no tenía esofagitis endoscópicamente apreciable (tabla III). Los pacientes con esofagitis, se agruparon mayoritariamente en los grupos I y II (62 y 15 casos respectivamente), existió por tanto, un predominio de las formas endoscópicas más leves de esofagitis.

TABLA III. Distribución de pacientes con o sin esofagitis y su clasificación según Savary-Miller. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Marzo 2006 a marzo 2007

Presencia o no de esofagitis	Nº	Porcentajes
Grados de esofagitis (Savary-Miller)		
Esofagitis G I	62	26,27
Esofagitis G II	15	6,36
Esofagitis G III	5	2,12
Esofagitis G IV	4	1,69
Sin esofagitis	150	63,56
Total	236	100

Fuente: cuestionario

Cuarenta y seis pacientes (19,49% del total) usaban regularmente medicamentos que reducen la presión del EEI (tabla IV). Predominaron las benzodiacepinas (30,43%), de ellos seis pacientes con esofagitis (24%). Las drogas con propiedades anticolinérgicas, aún cuando fueron usadas por menor cantidad de pacientes (15,22%), casi una cuarta parte de ellos (24%) presentó esofagitis. De 12 pacientes con asociaciones de medicamentos, diez presentaron esofagitis (40%), seis de ellos en los grados II y III según clasificación de Savary.

TABLA IV. Distribución de pacientes según medicamentos que reducen la presión

del EEI. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Marzo 2006 a marzo 2007

Medicamentos	Pacientes con síntomas		Pacientes con esofagitis	
	Nº Porcentajes	Porcentaje	Nº	Porcentajes
Benzodiazepinas	14	30,43	6	24
Con propiedades anticolinérgicas	7	15,22	6	24
Agonistas beta	5	10,87	3	12
Bloqueador canales calcio	4	8,69	0	0
Nitritos	2	4,35	0	0
Xantinas	2	4,35	0	0
Dos combinaciones*	10	21,74	8	32
Tres combinaciones**	2	4,35	2	8
Total	46	100	25	100

Fuente: cuestionario

\* Bloqueadores de los canales del calcio y nitritos, benzodiazepinas y anticolinérgicos, beta-agonistas y xantinas, beta-agonistas y anticolinérgicos.

\*\* Beta-agonistas, xantinas y anticolinérgicos, benzodiazepinas, anticonceptivos orales y anticolinérgicos.

En la relación entre la hernia y la esofagitis (tabla V) 32 de los 40 pacientes (80%) con hernia hiatal tuvieron esofagitis; de 196 sin hernia hiatal, 142 no tenían esofagitis, para un 72,44%.

TABLA V. Relación entre la esofagitis y la presencia de hernia hiatal. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Marzo 2006 a marzo 2007

Hernia hiatal	Esofagitis		Total Nº
	Sí Nº	No Nº	
Sí	32	8	40
No	54	142	196
Total	86	150	236

Fuente: cuestionario.  $\chi^2$  calculado= 39,44

p=0,001

## DISCUSIÓN

Existen trabajos que coinciden con nuestros resultados en cuanto a grupos etáreos (tabla I); tal es el caso de Saberi-Firoozi, quien obtiene un promedio de 50,25 años <sup>(14)</sup>, Roberto Corsi plantea a su vez como promedio 51,8 años <sup>(15)</sup>. En relación con la edad y la esofagitis se reconocen variaciones geográficas <sup>(6)</sup>. En Cuba no se encuentran estudios sobre este particular.

En cuanto a la distribución por sexo (tabla II), varios autores encuentran un predominio en el femenino <sup>(16, 17)</sup>. En este estudio hubo más esofagitis en mujeres (72,09%), contrario a lo que se plantea que la esofagitis suele ser más frecuente en hombres <sup>(1)</sup>. Existe un trabajo de metanálisis <sup>(18)</sup> que muestra resultados dispares en este sentido, aparece una investigación de Csendes donde la razón masculino / femenino fue menor de 1 <sup>(19)</sup>.

En referencia con la presencia o no de esofagitis en estos casos (tabla III) hay consenso al afirmar que más de la mitad de los pacientes con síntomas no tienen lesiones esofágicas identificables mediante endoscopia <sup>(2, 3, 6, 7)</sup>. Un estudio realizado en China concuerda con el predominio de grados leves <sup>(20)</sup> y Castelo Vega, a su vez, encuentra formas leves en un 67,44% y un 26,97% (grupos I y II de Savary respectivamente) <sup>(21)</sup>.

Hay pocos datos sobre la relación de los medicamentos que disminuyen la presión del EEI y la ERGE (tabla IV).

Un poco más de atención han recibido los medicamentos antiasmáticos en particular, pero sus mecanismos etiopatogénicos no están bien aclarados <sup>(22, 23)</sup>. Castelo Vega observó asociaciones estadísticas entre los anticálcicos, benzodiazepinas y nitratos y la ERGE <sup>(21)</sup>. Un estudio de tipo caso-controles que duró seis años arrojó asociación significativa entre la esofagitis y la clomipramina <sup>(24)</sup>, del grupo de los antidepresivos tricíclicos, que son medicamentos que exhiben propiedades anticolinérgicas <sup>(24, 25)</sup>.

Existió una dependencia significativa entre hernia hiatal y esofagitis (tabla V) con un  $X^2$  calculado mayor que el tabulado. Un estudio europeo concluye que en la ER hay una mayor frecuencia de hernia hiatal, documentándose por pHmetría el reflujo de larga duración <sup>(26)</sup>. Otros así lo confirman <sup>(27, 28)</sup>. En la fisiopatología se involucran la disfunción

del EEI, los relajamientos transitorios del EEI, la pérdida del soporte extrínseco del diafragma crural sobre el EEI, dificultad en el aclaramiento esofágico y el desarrollo del fenómeno del re-reflujo <sup>(1, 6, 7, 27, 28)</sup>.

## **CONCLUSIONES**

1. Hubo mayor frecuencia de síntomas típicos entre 30-49 años y mayor número de pacientes con esofagitis entre 20-49 años. En general predominó el sexo femenino.
2. Se encontró que más de la mitad de los pacientes no presentaban esofagitis con predominio de las formas leves.
3. Existió un mayor uso de benzodiacepinas y medicamentos con propiedades anticolinérgicas entre los pacientes sintomáticos y un mayor número de casos de esofagitis entre los pacientes que consumían estos últimos.
4. Existe una relación de dependencia entre la presencia de hernia hiatal y la esofagitis por probable reflujo.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1 Kahrilas P, Pandolfino J. Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico y sus Complicaciones. En: Sleisenger and Fordtrans. Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas. 8ª Ed. España: Elsevier. 2007: p. 599-622.
- 2 Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* 2006; 101:1900–1920.
- 3 Quigley EMM, Heading RC, Mönnikes H. Exploring the spectrum of GERD: myths and realities. *Ann Gastroenterol* 2007; 20(3):155-163.
- 4 Nasi A, Moraes-Filho JPP, Ceconello I. Doença do reflujo gastroesofágico: revisão ampliada. *Arq gastroenterol* 2006; 43(8):334-341.
- 5 Tytgat GN, Mccoll K, Tack J, Holtmann G. New algorithm for the treatment of gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 27: 249–256.
- 6 Pérez Torres, E. Actualidad en la ERGE. En: Murguía Domínguez D. *Esofagología Clínica*. Primera Ed 2006. México DF: Nieto Editores; 2006: p. 75-78.

- 7 Ponce J, Calvo F, JuanBurgueño De M. Enfermedad por reflujo gastroesofágico, en Gastroenterología y Hepatología. 3ª edición. Madrid: Ed. Hartcourt; 2002. p.119-127.
- 8 Ponce García J, Piqué-Badía JM. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. En: Manual de Tratamiento de las Enfermedades Gastroenterológicas. 2ª edición. Barcelona: Ed Doyma; 2006.p.17-24.
- 9 Goyal RK. Enfermedades del esófago. Reflujo gastroesofágico. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. Vol 2. 17 ed. España: Ed McGraw Hill; 2008. p. 1922-1924.
- 10 Richter JE. The Many Manifestations of Gastroesophageal Reflux Disease: Presentation, Evaluation, and Treatment. Gastroenterol Clin. 2007; 36(3):32-5.
- 11 Jones, R. Gastro-oesophageal reflux disease: a re-apraisal. Br J Gen Pract. 2006; 56:739-740.
- 12 Cohen H, Moraes-Filho JPP, Tomasso G, Cafferata ML, Salis G, and the Latin American Consensus Group. Latin-American consensus on gastroesophageal reflux disease. WGN 2007; 12(1):17.
- 13 Hernández Garcés HR. Esofagitis por reflujo gastroesofágico. Cap 8. Esófago. en Manual de endoscopia digestiva superior diagnóstica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas 2008: 103-105.
- 14 Saberi-Firoozi M, Khademolhosseini F, Yousefi M, Mehrabani D, Zare N, Heydari ST. Risk factors of gastroesophageal reflux disease in Shiraz, southern Iran. World J Gastroenterol 2007; 13(41): 5486-5491.
- 15 Corsi PR, Gaguardi D, Horn M, Pochini CC, Oliveira Neto, RM. Presença de refluxo em pacientes com sintomas típicos de doença do refluxo gastroesofágico. Rev Assoc Med Bras 2007; 53(2):152-7.
- 16 Dantas RO, Aprile LRO. Aging and esophageal motility in patients with gastroesophageal reflux disease. Arq Gastroenterol 2006; 43(2):107-11.
- 17 Frazzoni M, Manno M, De Micheli E, Savarino V. Pathophysiological Characteristics of the Various Forms of Gastro-Oesophageal Reflux Disease. Spectrum Disease or Distinct Phenotypic Presentations: Digestive and Liver Disease. 2006; 38(9):643-648.

- 18 Cook MB, Wild CP, Forman D. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Sex Ratio for Barrett's Esophagus, Erosive Reflux Disease, and Nonerosive Reflux Disease. *Am J Epidemiol* 2005; 162(11):1050-1061.
- 19 Csendes A, Smok G, Burdiles P. Prevalence of intestinal metaplasia according to the length of the specialized columnar epithelium lining the distal esophagus in patients with gastroesophageal reflux. *Dis Esophagus* 2003; 16:24–8.
- 20 Du J, Liu J, Zhang H, Yu CH, Li YM. Risk factors for gastro-esophageal reflux disease, reflux esophagitis and non-erosive reflux disease among Chinese patients undergoing upper gastrointestinal endoscopic examination. *World J Gastroenterol* 2007; 13(45): 6009-6015.
- 21 Castelo Vega JM, Olivera Hermoza R, Páucar Sotomayor H, Flores Aldea JC. Reflujo Gastroesofágico: Características clínicas y endoscópicas y factores de riesgo asociados. *Rev Gastroenterol Perú* 2003; 23 (1): 41-48.
- 22 B D Havemann, C A Henderson, and H B El-Serag. The association between gastro-oesophageal reflux disease and asthma: a systematic review. *Gut* 2007; 56(12): 1654 - 1664.
- 23 Shimizu Y, Dobashi K, Kobayashi S, Ohki I, Tokushima M, Kusano M, et Al. High Prevalence of Gastroesophageal Reflux Disease with Minimal Mucosal Change in Asmathic Patients. *Tohoku J Exp Med* 2006; 209(4): 329-336.
- 24 Van Soest EM, Dieleman JP, Siersema PD, Schoof L. Tricyclic antidepressants and the risk of reflux esophagitis. *Am J Gastroenterol* 2007; 102(9):1870-7.
- 25 British National Formulary. 51<sup>th</sup> edition. (Serie en Internet) 2006 (Citado 12/11/09). Disponible en: <http://www.bnf.org/bnf/bnf/current/3705.htm>.
- 26 Cibor D, Ciećko-Michalska I, Szulewski P. Etiopathogenetic factors of esophagitis in patients with gastroesophageal reflux disease. *Przegl Lek* 2007; 64(1):1-4.
- 27 Abrahão Jr LJ, Lemme EMO, Carvalho BB, Alvariz A, Agüero GCC. Relationship between the size of hiatal hernia and esophageal acid exposure time in erosive and non-erosive reflux disease. *Arq Gastroenterol* 2006; 43(1):37-40.
- 28 Pérez Menéndez, R. Esofagitis. (Serie en Internet) 2006 (citado: 12/11/09) Disponible en: <http://consultas.cuba.cu/consultas.php?ini=ed.ord=22>.

**ANEXO 1**  
**MODELO DE CUESTIONARIO**

**1. Datos generales**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**2. Sintomatología**

Pirosis: sí \_\_\_ no \_\_\_ Regurgitación: sí \_\_\_ no \_\_\_ Ambos: \_\_\_\_\_

**3. Medicamentos**

sí: \_\_\_\_\_ no: \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

**4. Hallazgos endoscópicos**

Esofagitis: sí \_\_\_ no \_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Hernia hiatal: si \_\_\_ no \_\_\_ Tamaño: \_\_\_\_\_ menos 5 cm \_\_\_\_\_ más 5 cm

**5. Observaciones** \_\_\_\_\_

*Correspondencia:* Dra Margarita Rodríguez Diéguez. Edificio Sierra Cristal,  
apartamento 807. Reparto Hechavarría. Holguín. Cuba  
Correo electrónico: margarita@hvil.hlg.sld.cu

[Índice Siguiente](#)