



Malaltia per reflux gastro- esofàgic

Dra. Silvia Carrión Bolorino
MD.PhD

Hospital de Mataró

Laboratori d'exploracions funcionals digestives

Cas clínic

- Dona, 45 anys, NAMC, fumadora de 20 cig/dia, OH ocasional.

Antecedents Patològics:

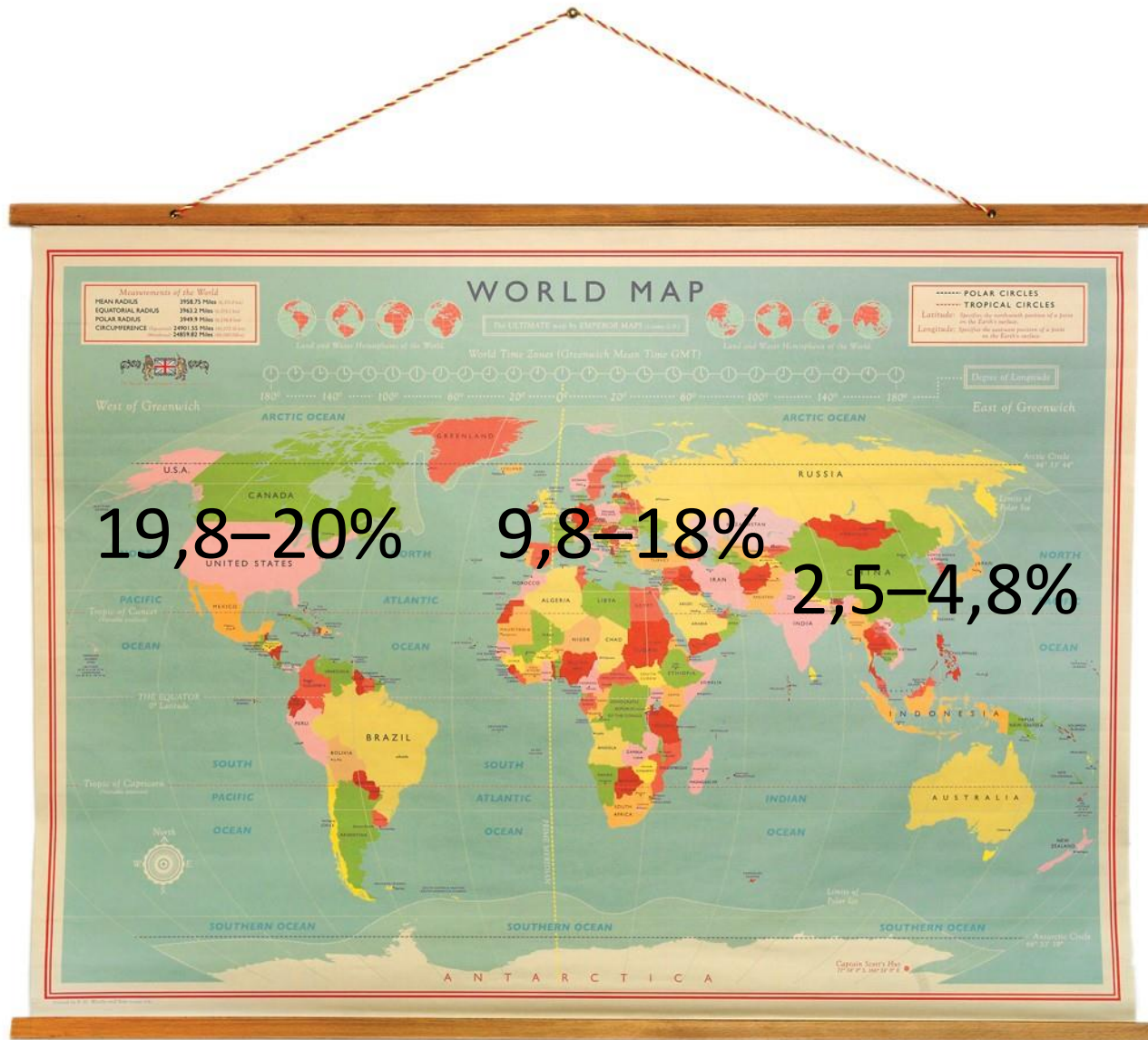
- Sense interès.

Motiu de consulta:

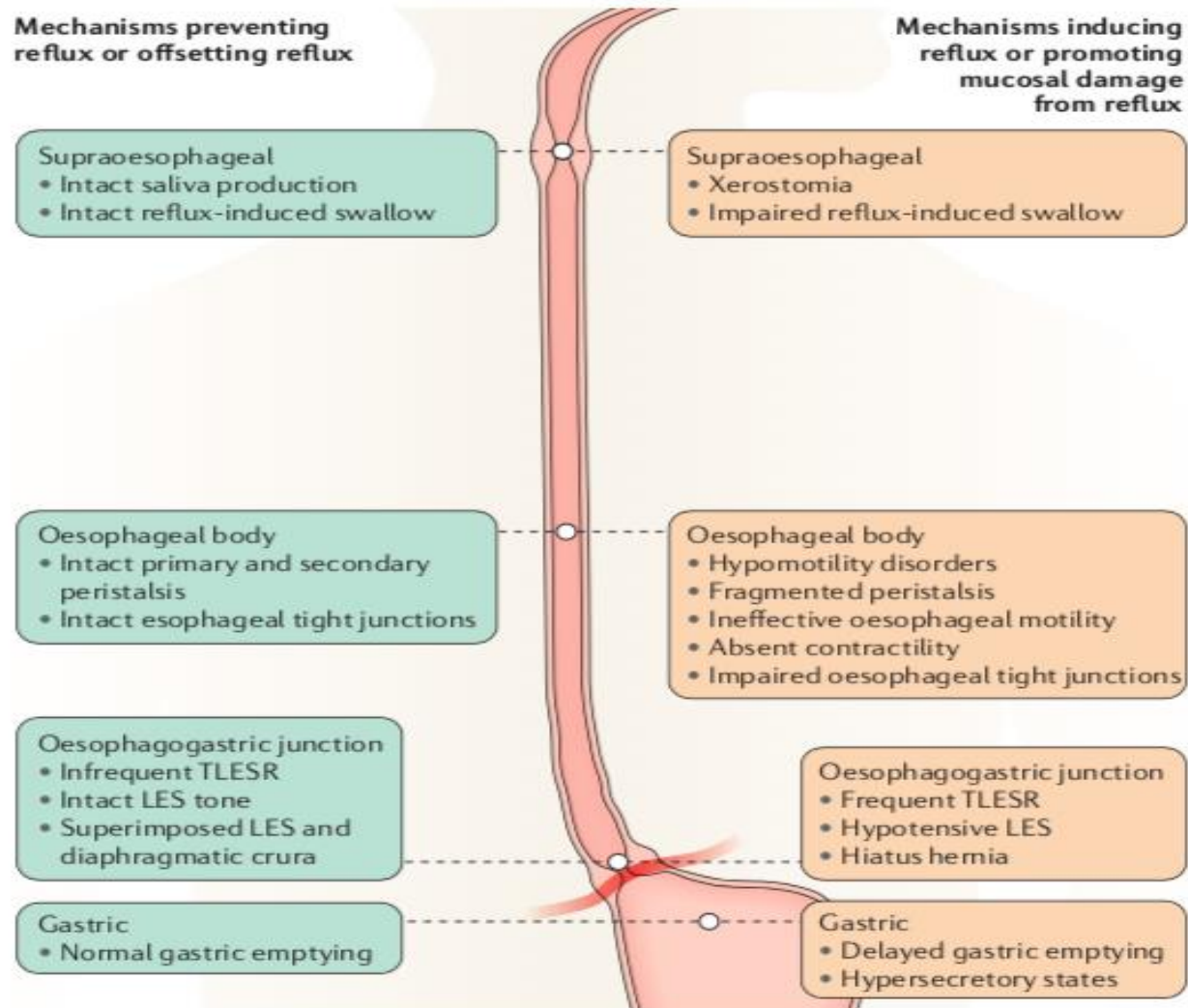
- Clínica de pirosi i regurgitació d'aparició 3 anys abans i ocasional nàusea matutina.
- Clínica diària de predomini postprandial.
- No pèrdua de pes
- Des de primària s'havia iniciat omeprazol 20 mg sense millora.

1. DIAGNÒSTIC: S'hauria de plantejar fer una fibrogastoscòpia?

- a) Sí, donat que mai s'ha fet cap exploració endoscòpica
- b) No, primer s'hauria d'escalar el tractament amb IBP (20 mg / 12 h)
- c) Sí, donat que es tracta d'una clínica típica de reflux però que no respon a IBP

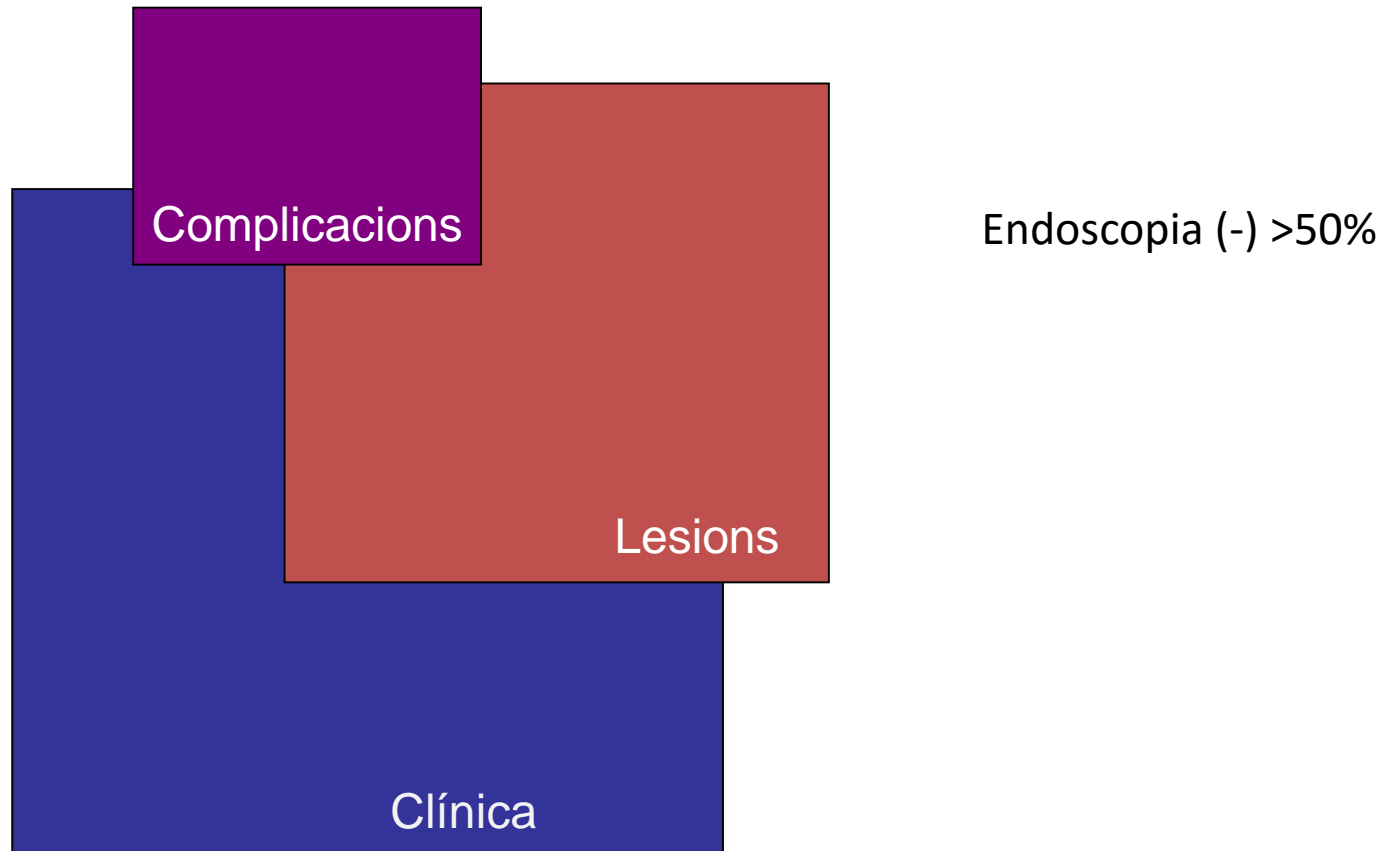


Fisiopatologia



Savarino et al. Advances in the physiological assessment and diagnosis of GERD. Nature review. Sept: 2017; 1-12.

Heterogeneicitat



Clasificació dels pacients segons la endoscopia:

ENRD (endoscopy negative reflux disease)

NERD (nonerosive reflux disease)

Advances in the physiological assessment and diagnosis of GERD

Edoardo Savarino¹, Albert J. Bredenoord², Mark Fox³, John E. Pandolfino⁴, Sabine Roman⁵ and C. Prakash Gyawali⁶; on behalf of the International Working Group for Disorders of Gastrointestinal Motility and Function

- Signes típics de RGE (pirosi i regurgitació) + resposta a tractament empíric: **diagnòstic clínic**
- Síntomes d'alarma (disfàgia, pèrdua de pes, anèmia) o presentació atípica (dolor toràctic o símptomes laringis) o falta de resposta a tractament típic : **endoscòpia**

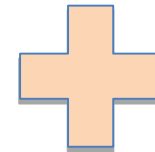
DISCUSSIÓ

NO CAL PROCÈS DIAGNÒSTIC

- Els símptomes son intermitents o infreqüents
- Apareixen relacionats amb transgressions dietètiques
- La clínica es controla fàcilment amb antiàcids

CAL PROCÈS DIAGNÒSTIC

- Son freqüents (>2 vegades per setmana) de forma continuada durant un període superior a 6 mesos



- S'alleugen de forma incompleta o parcial amb el tractament empíric

- ERGE complicacions
- Diagnòstics alternatius

DISCUSSIÓ: Cribatge esòfag de Barrett

HOMES

síntomes crònics (> 5 anys) i / o freqüents) de RGE



> o = 2 Factors de risc per EB o càncer d'esòfag:

- ✓ edat > 50 anys
- ✓ raça caucàsica
- ✓ presència d'obesitat central
- ✓ historial actual o passat de tabaquisme
- ✓ història confirmada d'EB o càncer d'esòfag en un parent de primer grau.



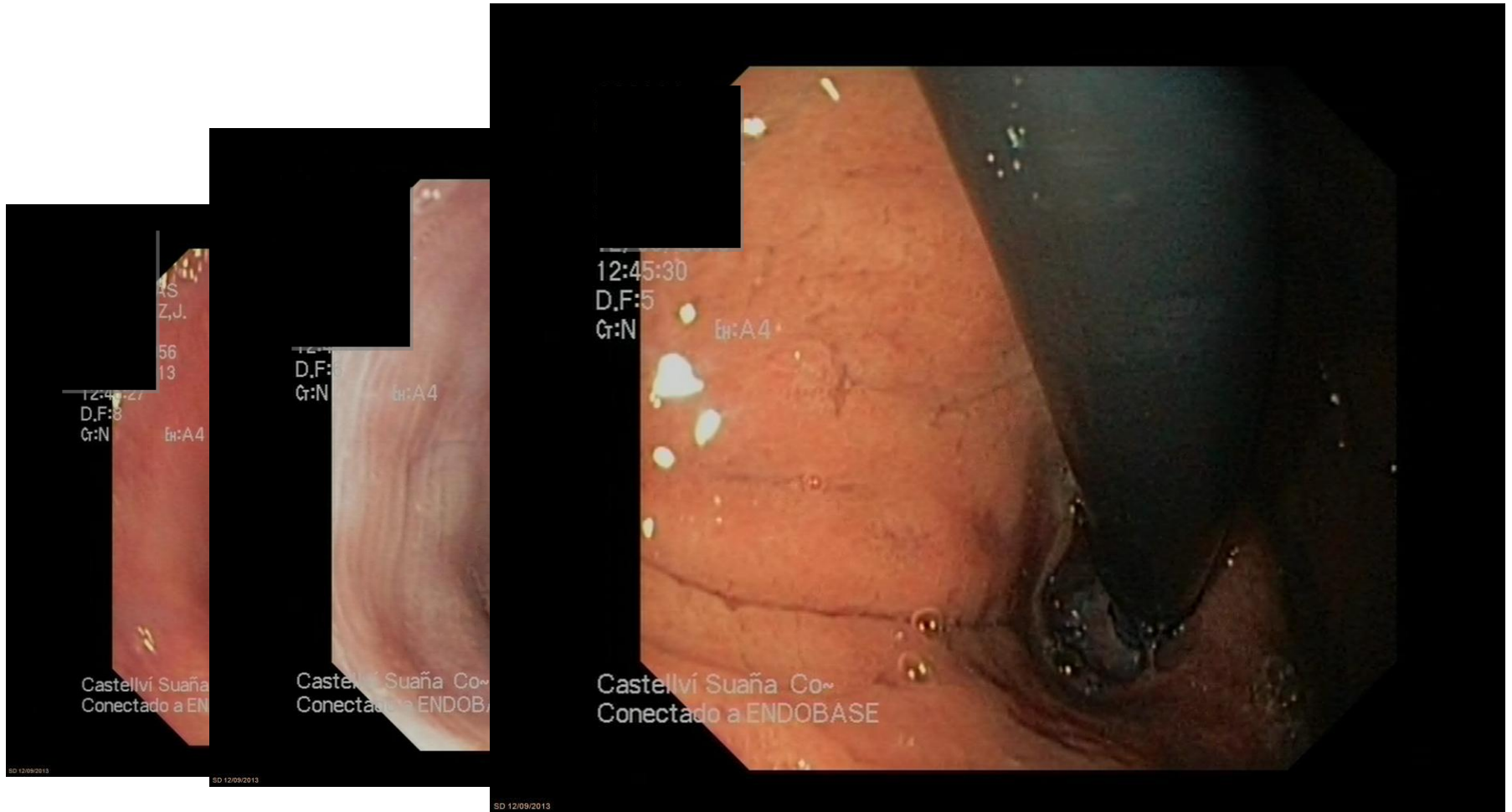
DONES:

- NO és recomana la detecció de EB
- Considerar-se en casos individuals amb múltiples factors de risc per EB i càncer d'esòfag

Cas clínic

- Decidim, donat que no ha respòs inicialment al tractament amb Omeprazol 20 mg /24h , realitzar tractament amb Omeprazol 20 mg/12h sense resposta.
- En aquest moment es sol·licita FGS

Cas clínic

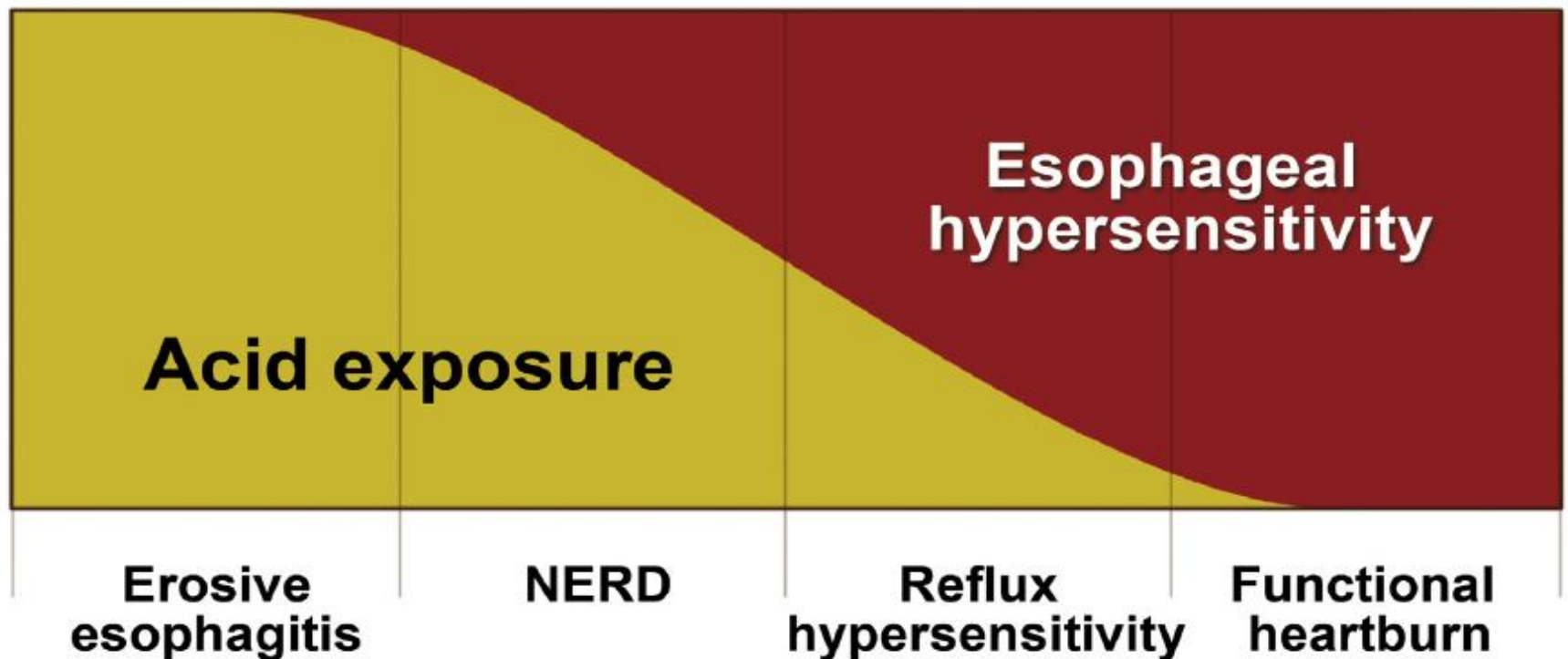


Biòpsias cos esofàgic: sense troballes histològiques destacables.

Cas clínic: cal fer biòpsies del cos esofàgic?

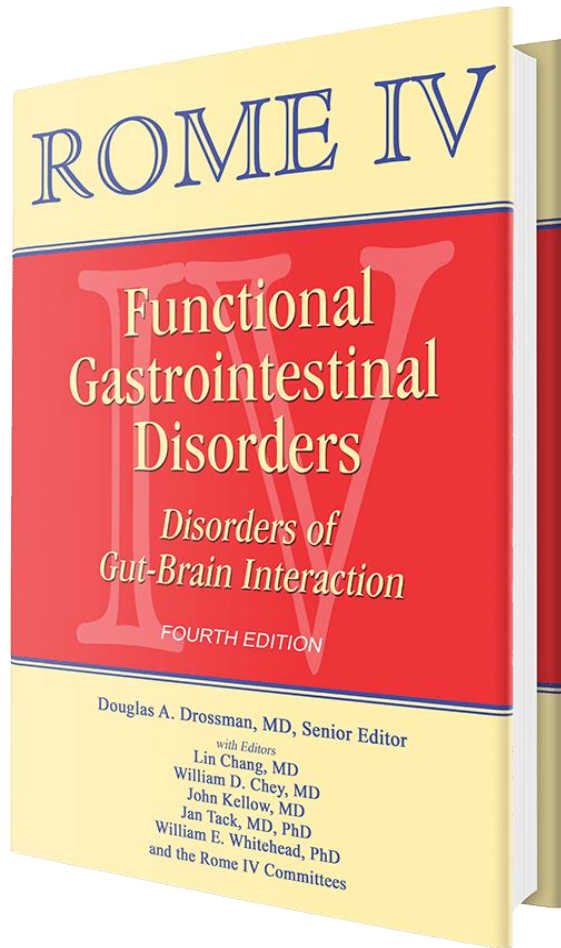
- a) si
- b) no

Roma IV. piroso funcional /esòfag hipersensible



Aziz Q, Fass R, Gyawali CP, et al. Functional esophageal disorders. Gastroenterology. 2016.

DISCUSSIÓ



SI



Esofagitis
eosinofílica

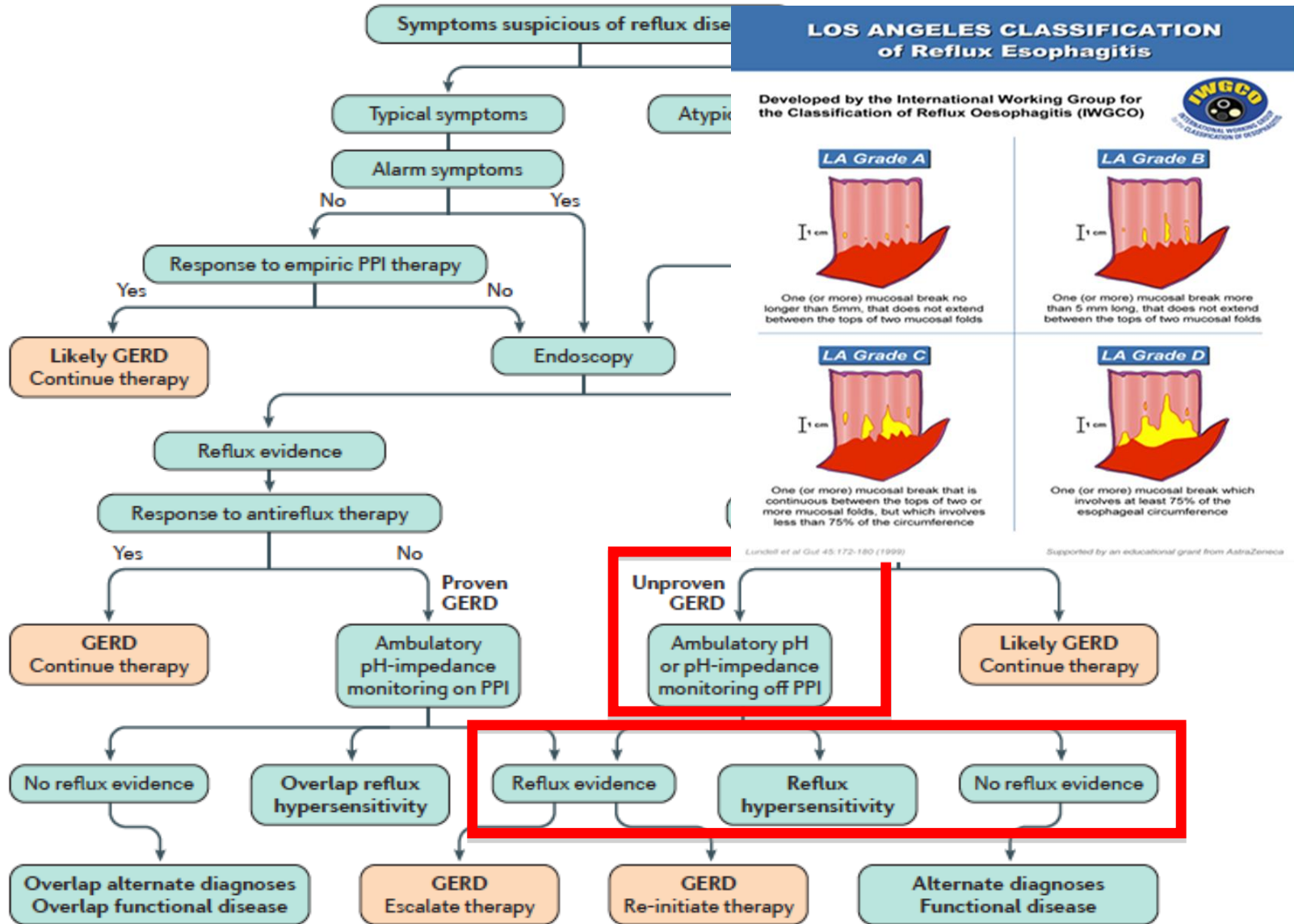
Aziz Q, Fass R, Gyawali CP, et al. Functional esophageal disorders. Gastroenterology. 2016.

Cas clínic

Quin seria el següent pas??

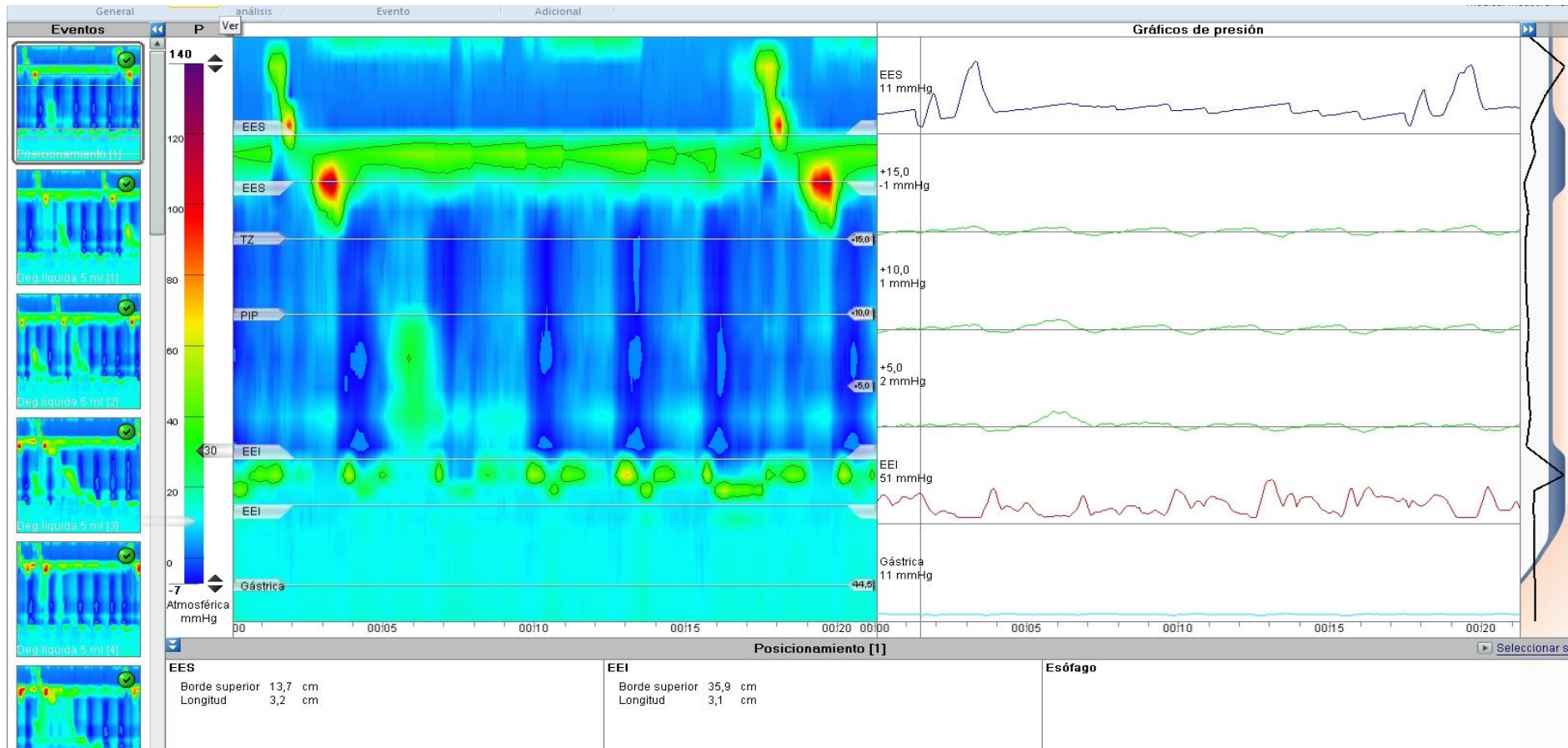
- a) realitzar una ph-metria **amb** tractament amb IBP
- b) realitzar una ph-metria o ph- impedància 24h **sense** tractament amb IBP
- c) realitzar una impedància 24 h **amb** tractament amb IBP.

Algoritme diagnòstic

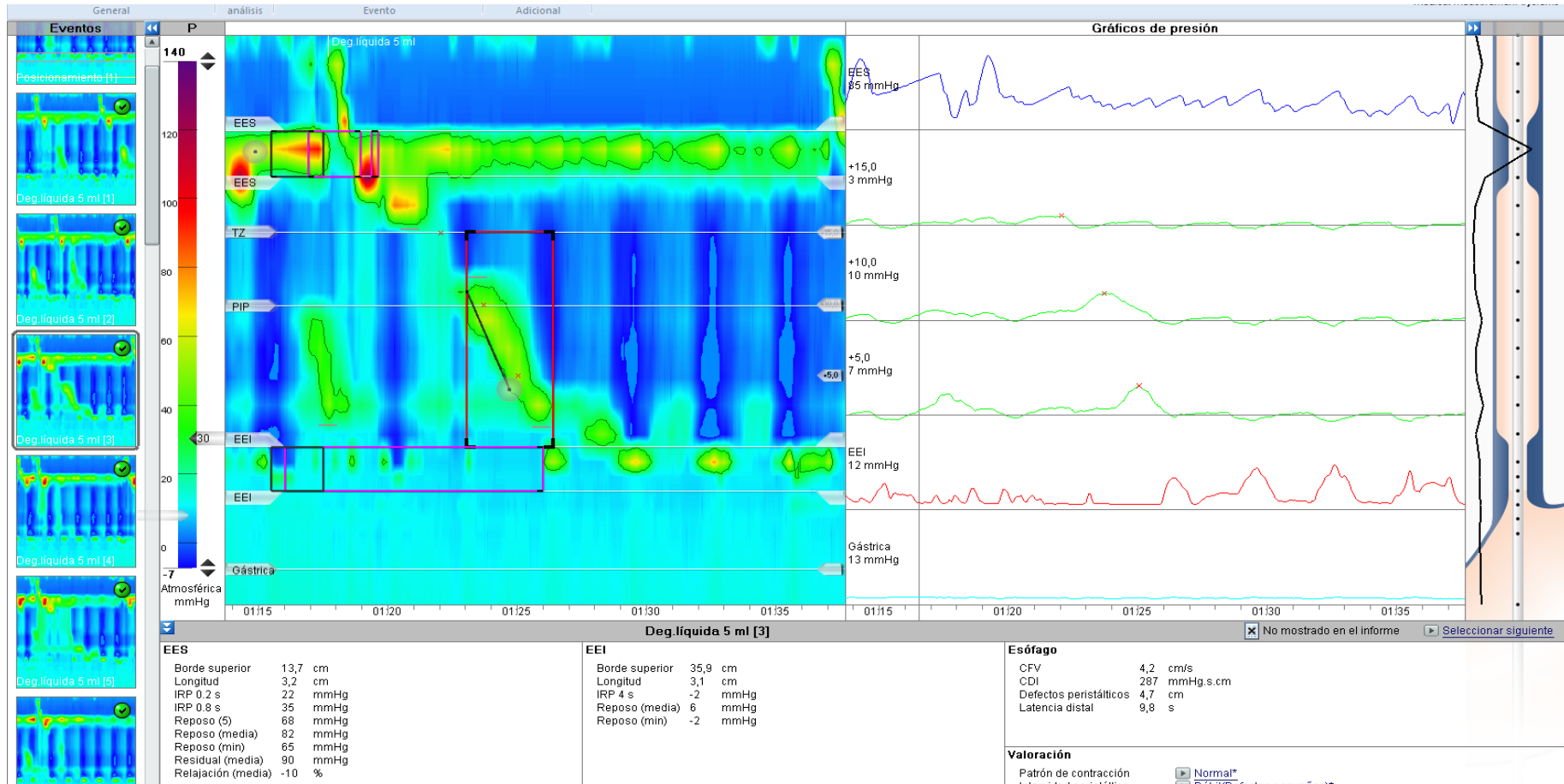


Savarino et al. Advances in the physiological assessment and diagnosis of GERD. Nature review. Sept: 2017; 1-12.

Cas clínic: manometria esofàgica



Cas clínic: manometria esofàgica



60% ones peristalsis dèbil (DCI 100-450 mmHg.s.cm) i 40% normal.

IRP : 1 mmHg

Pressió repòs: 6 mmHg

Cas clínic: impedància 24 hores

Resultados de impedancia

Resumen de eventos de impedancia	
Eventos de impedancia totales	101
Eventos de impedancia durante la comida	74
Degluciones	1
Direcciones desoñocidas	0
Reflujos	28

Tabla de reflujo

	Ácido	Débilmente ácido	No ácido	Total
Líquido	0			
Mixto	0			
Total	0			

Resultados alcance del reflujo

Canal	cm	#	Ácido	%
Z1	17	-	-	-
Z2	15	-	-	-
Z3	9	-	-	-
Z4	7	-	-	-
Z5	5	-	-	-
Z6	3	-	-	-

Tabla categoría de reflujo

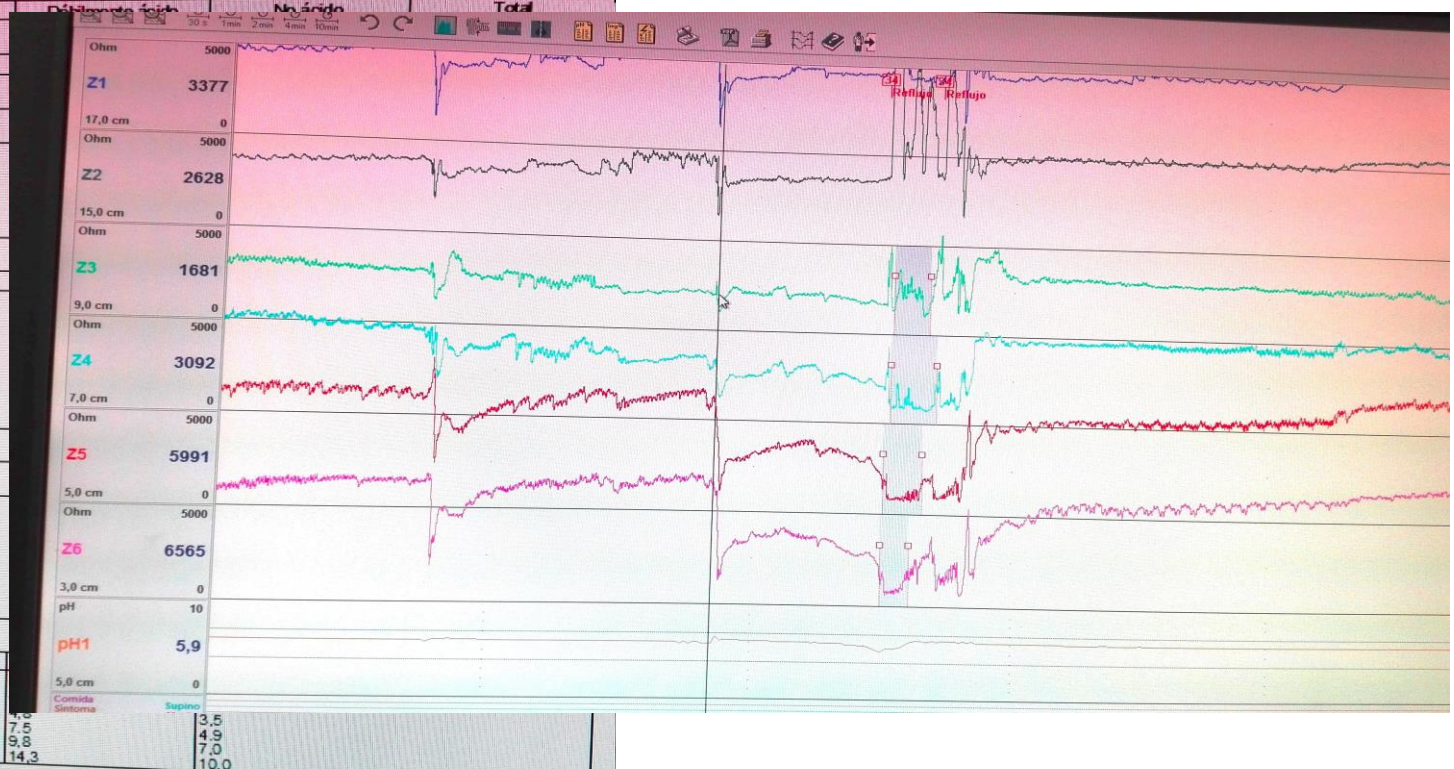
	Levantado
Líquido ácido	0
Líquido no ácido	3
Todos los líquidos	3
Mixto ácido	0
Mixto no ácido	21
Todos los mixtos	21
Todos los reflujos	24

Tabla categoría alcance proximal del reflujo

Alcance proximal	17,0 cm	Levantado
Líquido ácido	0	
Líquido no ácido	0	
Todos los líquidos	0	
Mixto ácido	0	
Mixto no ácido	1	
Todos los mixtos	1	

Tabla de tiempo de aclaramiento del bolo

Canal	cm	TAB
Z1	17	0,0
Z2	15	0,3
Z3	9	4,7
Z4	7	7,3
Z5	5	9,6
Z6	3	13,9



pH : AET: 0.4% (normal < 4%)

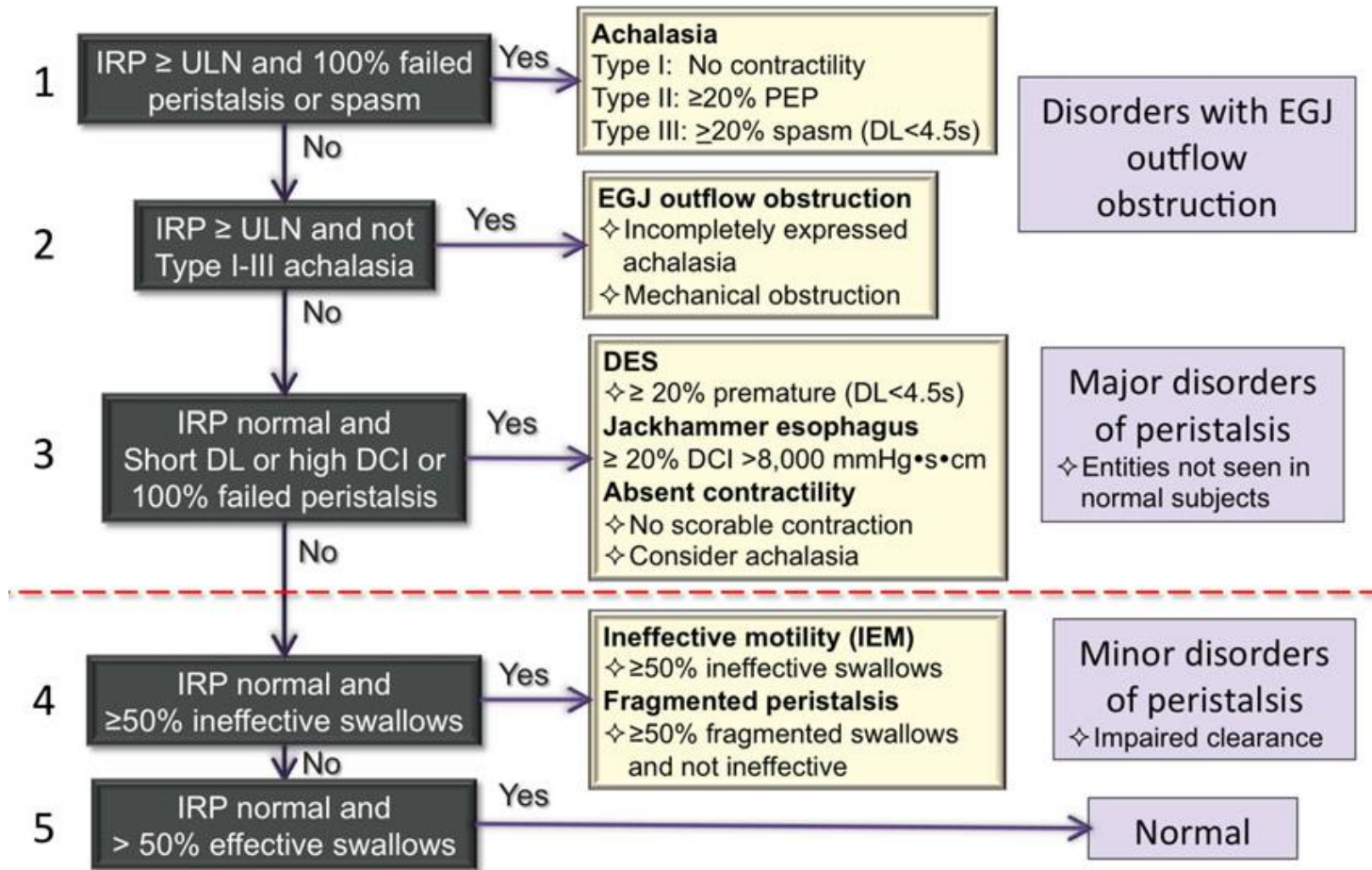
3 episodis de piroisi sense correlació amb episodis àcids ni dèbilment àcid

Cas clínic

- Segons les exploracions realitzades, quin és el diagnòstic de la pacient?

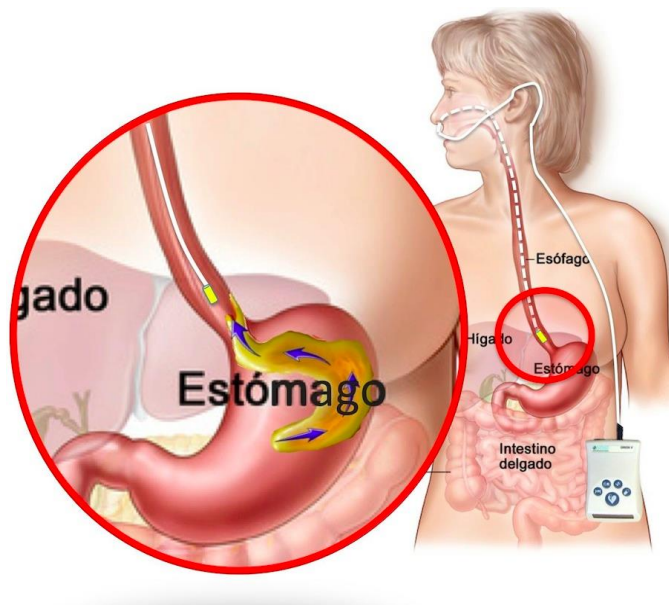
Manometria esofàgica alta resolució: Classificació Chicago V.3

The chicago classification v3.0
Hierarchical analysis



Ph-metria 24 hores

- És la tècnica ambulatòria més adequada per establir si els símptomes estan relacionats amb el RGE.
- Elevada especificitat 91-98% amb una sensibilitat del 84-96%
- Valors actuals:



AET: acid exposure time
< 4%: normal
> 6%: patològic
4-6: no concloent

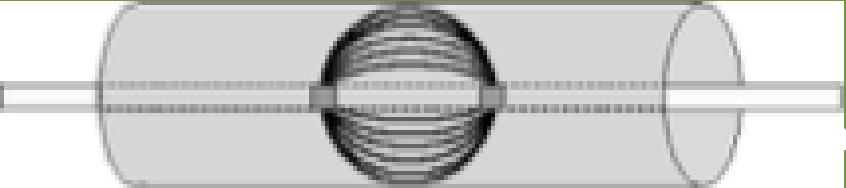
Num de reflux per impedància:
< 40. normal
>80 patològic
40-80 no concloent

Weusten B et al. Ambulatory monitoring of esophageal pH pressure. 2004.

Prakash Gyawali. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. Gut 2018

Impedància i ph-metria ambulatoria:

- La sonda d'impedància té un diàmetre similar a la de pH
- Posseeix generalment 6 anells per mesurar la impedància, i inclou també un (o dos) sensors de pH
- Registre el canvi de resistència al pas d'una corrent de baix voltatge entre dos elèctrodes induïts per la presència de material intraluminal esofàgic amb diferents conductàncies.

- Característiques del bol:


no àcid i
depriment acid)
- - < 40 episodis reflux: baixa probabilitat de RGE
 - >80 episodis reflux: alta probabilitat de RGE
 - 40-80 episodis reflux: no concloent

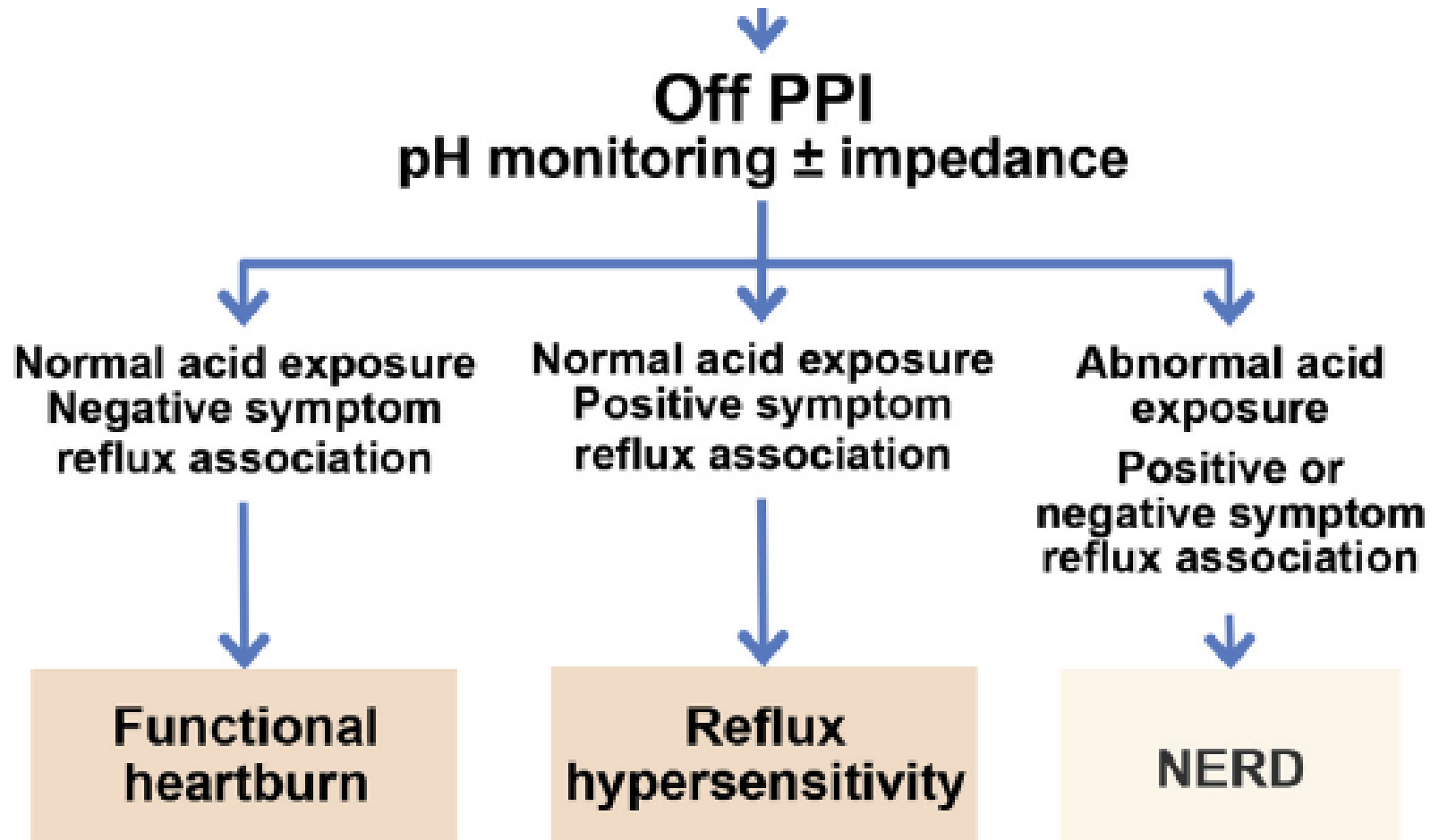
Associació símptomes-reflux:

- **SI= índex simptomàtic**
 - nº d'episodis de reflux associats a símptomes / nº total de símptomes x 100 (relació si > 50%). (no te en conta el nº total d'episodis de reflux)
- **SSI= índex de sensibilitat simptomàtica**
 - nº d'episodis de reflux associats a símptomes / nº total d'episodis de reflux x100 (>10%)
- **SAP = Probabilitat d'associació simptomàtica**
 - Es calcula de manera estadística que l' associació sigui per atzar (SAP > 95% son positius)

Diagnòstic RGE: Consens de Lyon

	ENDOSCOPY	pH or pH-IMPEDANCE	HRM
CONCLUSIVE EVIDENCE FOR PATHOLOGIC REFLUX	LA grades C&D esophagitis Long segment Barrett's mucosa Peptic esophageal stricture	AET >6%	
BORDERLINE OR INCONCLUSIVE EVIDENCE	LA grades A&B esophagitis	AET 4-6% Reflux episodes 40-80	
ADJUNCTIVE OR SUPPORTIVE EVIDENCE*	Histopathology (score) Electron microscopy (DIS) Low mucosal impedance	Reflux-symptom association Reflux episodes >80 Low MNBI Low PSPWI	Hypotensive EGJ Hiatus hernia Esophageal hypomotility
EVIDENCE AGAINST PATHOLOGIC REFLUX		AET <4% Reflux episodes <40	

Roma IV. pirosi funcional /esòfag hipersensible



Aziz Q, Fass R, Gyawali CP, et al. Functional esophageal disorders. Gastroenterology. 2016.

Roma IV. pirosi funcional

1. Burning retrosternal discomfort or pain
2. No symptom relief despite optimal antisecretory therapy
3. Absence of evidence that gastroesophageal reflux (abnormal acid exposure and symptom reflux association) or EoE is the cause of symptoms
4. Absence of major esophageal motor disorders (achalasia/ EGJ outflow obstruction, diffuse esophageal spasm, jackhammer esophagus, absent peristalsis)

Aziz Q, Fass R, Gyawali CP, et al. Functional esophageal disorders. Gastroenterology. 2016.

Tractament pirosi funcional

Table 2. Pain Modulators for the Treatment of Functional Esophageal Disorders

Class of drug	Dose	Disorder	RCT	Side effects	Response
TCAs					
Imipramine	50 mg/day	NCCP	+	+/-	57%
Amitriptyline	10-20 mg/day	NCCP, globus	+	+/-	52%
SSRIs					
Sertraline	50-200 mg/day	NCCP	+	+	57%
Paroxetine	50-75 mg/day	NCCP	+	+/-	Modest
Citalopram	20 mg/day	ES	+	+/-	Significant
Trazodone					
Vs clomipramine	50/25 mg/day	NCCP	-	+	Modest
Trazodone alone	100-150 mg/day	dysmotility	+	+/-	29%-41%
SNRIs					
Venlafaxine	75 mg/day	NCCP	+	++	52%
Other					
Theophylline	200 mg twice/day	NCCP	+	+/-	58%
Gabapentin	300 mg 3 times/day	globus	+	+/-	66%

ES, esophageal hypersensitivity; RCT, randomized control trial; SNRI, serotonin norepinephrine reuptake inhibitor.



Gràcies per la vostra atenció !!!



FUNDACIÓ SALUT
CONSORCI SANITARI DEL MARESME