



Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Caso clínico #2

Un paciente masculino de 68 años cursó con cuadro clínico de dos meses de evolución de dolor abdominal superior en epigastrio, disfagia y pirosis después de la ingesta de comida asociado a una pérdida de peso cuantificada de 5 kg de peso.^{1,2} En sus antecedentes personales reportó ser diabético en manejo con monoterapia de metformina 850 mg dos veces al día, se interrogó por otros antecedentes farmacológicos y toxicológicos que no incluían el uso reciente de medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), anticoagulantes orales, consumo de alcohol o tabaquismo. Al examen clínico no se encontraron hallazgos significativos.

En la valoración inicial se optó por ordenar una radiografía del tracto gastrointestinal superior en la que se evidenció esofagitis por reflujo y en la endoscopia de vías digestivas altas (EVDA), se documentó esofagitis severa y úlcera gástrica de aproximadamente 5x5 cm de tamaño, de la cual se tomó biopsia que reportó una úlcera gástrica sin evidencia de malignidad asociada a gastritis crónica con *Helicobacter pylori*. En su tratamiento recibió triple terapia estándar (omeprazol, amoxicilina y claritromicina) sin lograr una respuesta clínica adecuada, puesto que el paciente persistió con dolor abdominal superior, incluso después del tratamiento durante 14 días.¹

El paciente consulta nuevamente a las 4 semanas de haber culminado la terapia triple estándar, por persistencia de los síntomas asociados a astenia, adinamia, somnolencia y pérdida de 3 kg adicionales. Su examen físico nuevamente no mostró alteraciones relevantes. Se consideraron sus antecedentes y se decidió hospitalizarlo para ampliar estudios en los que se documentó un hemograma con una anemia leve Hb 11,8 g/L, función hepática y marcadores tumorales normales. La tomografía computarizada (TC) con contraste torácico y abdominal reveló un esófago proximal de paredes gruesas difusas y un leve engrosamiento de la pared del estómago a lo largo de la curvatura menor, pero sin apariencias típicas de carcinoma.¹

Orazole®

Se ordenó una segunda EVDA que reveló esofagitis severa con parches blancos extensos en el esófago medio e inferior y una gran úlcera ovalada a circular de 6x6 cm con desprendimiento en la base, margen liso e irregular en menor curvatura del estómago, se tomaron nuevas biopsias del antro y de la úlcera demostrando tejido de granulación y formas fúngicas pseudohifales en tinción periódica de ácido-Schiff consistente con *Candida albicans*, mientras que la biopsia antral fue negativa para *H. pylori*. No se documentó malignidad. Recibió manejo con fluconazol durante 8 semanas, por lo que sus síntomas desaparecieron en 4 semanas y se realizó seguimiento ambulatorio a los 3 meses mediante una nueva EVDA que mostró curación completa de la úlcera.¹

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una de las patologías más frecuentes dentro de las entidades descritas de la vía digestiva superior, su prevalencia en los países industrializados es del 10-20% de la población. Puede producir esofagitis erosiva, el esófago de Barrett, estenosis pépticas y carcinoma esofágico.^{2,3}

El tratamiento de esta enfermedad involucra múltiples intervenciones entre las que se encuentran las modificaciones del estilo de vida, disminución del peso, cesación del consumo de tabaco y alcohol. Asociado a estos, es fundamental comprender que la piedra angular del tratamiento es el inicio de un inhibidor de bomba de protones (IBP) tales como omeprazol, esomeprazol, lansoprazol, pantoprazol y rabeprazol. El objetivo de este manejo está enfocado en lograr mejoría clínica y la curación de la esofagitis erosiva.^{2,3}

La terapia con los IBP es la primera línea de manejo aunque también se puede optar por antagonistas de los receptores de histamina; sin embargo, estos últimos han mostrado una menor eficacia comparado con los IBP.^{2,4,5}

En un estudio realizado por Katz et, al. se documentó que la absorción nocturna de omeprazol 40 mg es más rápida que el esomeprazol a la misma dosis, favoreciendo una mejor supresión del ácido gástrico nocturno. También documentó que omeprazol 40 mg fue superior tanto a lansoprazol como a esomeprazol en la reducción de la ascensión del ácido gástrico nocturno (del inglés, nocturnal acid breakthrough NAB).⁶

Bibliografía

1. Liang M, Liwen Z, Juan D, Yun Z, Yanbo D, Jianping C. A rare case report of fungal esophagitis combined with giant gastric ulcer in an immunocompetent patient. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(3):e14158.
2. Gómez Aldana AJ. Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. 2019 [citado 16 de junio de 2020]; Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/55370>
3. Hani AC, Galindo A, Leguizamo A, Maldonado C, Páramo H. D, Costa V, et al. Clinical practice guideline for disease caused by gastroesophageal reflux. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2015;30:1-8.
4. Sigterman KE, van Pinxteren B, Bonis PA, Lau J, Numans ME. Short-term treatment with proton pump inhibitors, H2-receptor antagonists and prokinetics for gastro-oesophageal reflux disease-like symptoms and endoscopy negative reflux disease. *Cochrane database Syst Rev*. mayo de 2013;2013(5):CD002095.
5. Spechler SJ. Proton Pump Inhibitors: What the Internist Needs to Know. *Med Clin North Am [Internet]*. 2019;103(1):1-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.08.001>
6. Katz PO, Koch FK, Ballard ED, Bagin RG, Gaultille TC, Checchi GC, et al. Comparison of the effects of immediate-release omeprazole oral suspension, delayed-release lansoprazole capsules and delayed-release esomeprazole capsules on nocturnal gastric acidity after bedtime dosing in patients with night-time GERD symptoms. *Aliment Pharmacol Ther*. enero de 2007;25(2):197-205.

Presentaciones:



ORAZOLE® 20 mg Registro sanitario No. INVIMA 2010M-011180-R2. ORAZOLE® 40 mg Registro sanitario No. INVIMA 2012M-012793-R2.

ORAZOLE® VIAL 40 mg Registro sanitario No. INVIMA 2016M-012230-R3.

Orazole®



ORAZOLE® Inyectable



ORAZOLE® Oral



una compañía del grupo sanfer®