

## Tratamiento inicial de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. ¿Terapia ascendente ( Step-Up) o terapia descendente ( Step-Down) ?

Oscar O. González

Sin pretender aparecer como experto en este tema, Sme permito hacer algunas consideraciones sobre esta interesante y frecuente enfermedad. Cuando el doctor Fernando Sierra, Editor de la Revista, me invitó a escribir sobre el enfoque terapéutico inicial en la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE), acepté porque luego de haber coordinado el primer Consenso Colombiano de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, cuyas guías de manejo se estarán entregando a la comunidad Médica el 26 de abril de 2003, pensé que podía aportar algo de lo investigado y aprendido en este interesante ejercicio académico, aunado a la mediana experiencia de 14 años de práctica en la gastroenterología tanto a nivel institucional como particular.

La ERGE es una condición tan frecuente, que el manejo apropiado es muy importante particularmente por parte de los médicos generales que atienden por primera vez la mayoría de pacientes. Por supuesto que los médicos especialistas no se escapan de este manejo apropiado, que entre otras cosas tiene connotaciones de tipo económico (1) y gran repercusión en la calidad de vida de los pacientes (2).

Empiezo por describir los dos esquemas que se utilizan actualmente cuando nos vemos abocados a tratar un paciente por primera vez y para este fin traté de esquematizar hasta donde pude, la teoría existente para poderlos analizar y comparar de la manera más fácil y obtener conclusiones útiles para nuestra práctica diaria.

En los casos de ERGE con síntomas leves parece razonable el uso del denominado esquema “**step up**” (2, 3) (Figura 1) iniciando con antiácidos y aconsejando cambios en el estilo de vida del paciente, modificando los patrones alimentarios, el control de peso, la suspensión del cigarrillo y la elevación de la cabecera de la cama, sin que exista evidencia sólida de que estas medidas tengan algún beneficio (4). Si no hay mejoría se debe incrementar la intensidad de la

terapia hasta conseguir la respuesta más adecuada, seguida de la realización de test diagnósticos invasivos en los pacientes no respondedores.

Los pacientes que ingresan a este manejo reciben una terapia empírica con antagonistas de los receptores H2 (ARH2) a dosis estándar 2 veces al día durante 6 semanas. Aquellos con persistencia de síntomas, reciben secuencialmente altas dosis de ARH2 (equivalentes a ranitidina 300 mg, dos veces /día) por 6 semanas, seguido por dosis estándar con inhibidores de la bomba de protones (IBPs) (equivalentes a omeprazol 20 mg / día), o altas dosis de IBPs (equivalentes a omeprazol 20 mg 2 veces /día), si es necesario para mejorar los síntomas.

Quienes permanecen sintomáticos a pesar de las altas dosis de IBPs, deben ser referidos para realizar un test diagnóstico, que en 85% de los casos es endoscopia o en 15% Phmetría de 24 horas, según recientes recomendaciones (5). Cuando el test diagnóstico es negativo se debería realizar el segundo test. Si resulta positivo, el paciente debe recibir IBPs a dosis estándar, 2 veces / día por 8 semanas. En pacientes no respondedores se debe considerar una nueva evaluación médico-quirúrgica o quizá otro diagnóstico.

Los pacientes que respondan a esta terapia médica, ingresan a la estrategia “**step- down**”, para disminuir la intensidad de la terapia por seis semanas buscando la dosis que efectivamente controle los síntomas. Los pacientes que toleraron la terapia step down deben seguir el esquema de disminuir la dosis, hasta conseguir la más baja y efectiva con el ARH2, para luego incluirlo en terapia de mantenimiento por un año. Si ésta es tolerada, los pacientes pueden ser incluidos en terapia a “demanda” de ARH2, definida como el uso del medicamento en 3 de los 7 días de la semana.

La otra estrategia, denominada “step down”, o el test con inhibidores de la bomba de protones - IBPs, (2,3) (Figura 2) requiere de la ejecución de test diagnósticos secuenciales a necesidad. Los pacientes que ingresan a esta estrategia, reciben IBPs a altas dosis por siete días (equivalentes a omeprazol 40 mg en la mañana y 20 mg en la noche). Cuando el test es positivo, entendiéndose como mejoría de los síntomas en

Oscar O. González V, MD., gastroenterólogo Clínica C.LL.R-IPS - ISS Bogotá. Gastroenterólogo Hospital San José de Sogamoso. Presidente Asociación Colombiana de Gastroenterología.

Rev Colomb Gastroenterol 2003;18:42-45.

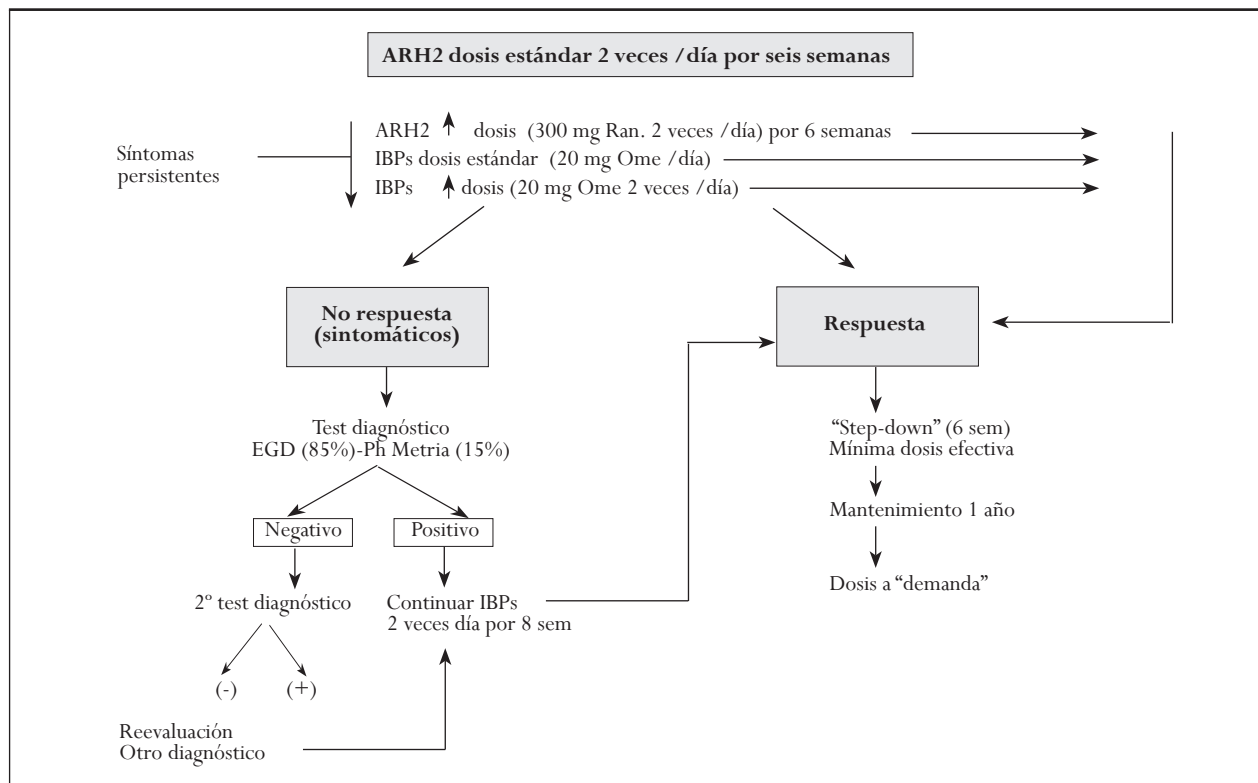


Figura 1. Estrategia "step-up" (tradicional).

al menos 50% (6,7), son medicados con dosis estándar de ARH2 por seis semanas. Los pacientes con síntomas persistentes son ingresados a la terapia "step up" con IBPs, porque se ha demostrado que no hay mayor beneficio cuando se usan en este paso los ARH2. Aquellos con síntomas persistentes deben ser llevados a phmetría de 24 horas, y en caso de tener un examen positivo, son tratados con IBPs, 2 veces / día por 8 semanas. Ante la persistencia de síntomas con altas dosis de IBPs se realiza nueva phmetría de 24 horas para determinar si los IBPs resultan efectivos o no en prevenir el reflujo. La opción quirúrgica quedaría para los pacientes con ph positivo monitorizado durante la terapia.

Los pacientes que responden a la terapia médica en cualquier paso del esquema, se llevan a terapia "step down" con el propósito de encontrar la dosis efectiva más baja para eliminar los síntomas. Una vez encontrada, son colocados en terapia de mantenimiento por el resto del año.

Los pacientes con test negativo para IBPs, se observan por dos semanas sin ningún medicamento. Luego, si los síntomas persisten y siguen siendo muy sugestivos de ERGE se debe realizar phmetría de 24 horas seguida por endoscopia si la primera resulta negativa. Los pacientes con test positivo se tratan de la manera descrita anteriormente y si es negativo, se

deben considerar otros diagnósticos y los antisecretores gástricos deben ser retirados.

Aunque tradicionalmente el enfoque inicial de la ERGE se hace con medidas generales y el uso de antiácidos, y si bien, consensos como el canadiense en 1997 (8) se inclinaba por recomendar la estrategia *step-up*, también denominada tradicional, en la actualidad dicha conducta está cuestionada por la pronta y superior respuesta conseguida con la terapia con IBPs, en presencia o ausencia de esofagitis, como se corroboró en el *workshop* de Genval en 1999 (9).

Sólo el argumento de costos podría tenerse como razón para no usar los IBPs como terapia inicial. Ofman et al (1) encontró que en la estrategia *step-up* el costo promedio por paciente fue de US\$1.045 comparado con US\$1.172 para la estrategia *step-down*. Sin embargo los gastos originados en una evolución tórpida de la enfermedad, las consultas más frecuentes al médico, las incapacidades laborales más frecuentes, el compromiso de la calidad de vida y el uso de otros medicamentos ha permitido a varios estudios (1,3,9) concluir que cuando todos éstos aspectos son tenidos en cuenta la terapia inicial con IBPs - "step-down", es menos costosa cuando se compara con ARH2 - "step-up" (3). Otro estudio que corrobora estas conclusiones, encontró que el porcentaje de pacientes libres de síntomas durante el año fue de 75% en la

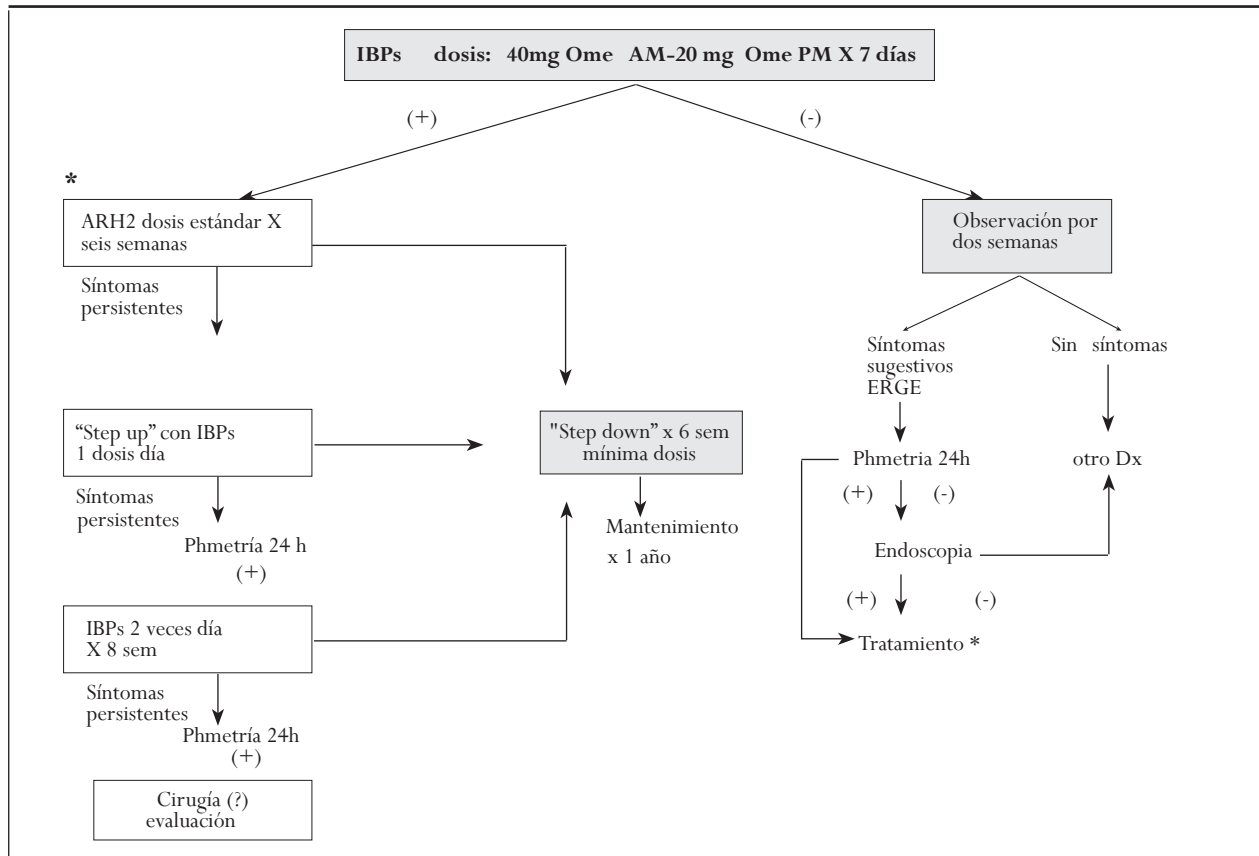


Figura 2. Estrategia “step - down”( con IBPs).

estrategia “step-down”, comparado con el 50% conseguido con el enfoque tradicional “step-up” (1).

Cuando la terapia inicial falla, bien el diagnóstico es incorrecto o el tratamiento escogido no fue el adecuado. En la mayoría de pacientes la segunda razón parece ser la más frecuente causa de fracaso, por lo cual la escogencia y seguimiento de un tratamiento adecuado es primordial para que sea costo-efectivo (10).

Aunque en estas dos estrategias terapéuticas el enfoque inicial se hace con medicamentos y sólo en caso de poca o ninguna respuesta se contempla la realización de algún método diagnóstico, en Colombia donde la patología tumoral de esófago y estómago es muy frecuente y de acuerdo con las recomendaciones del consenso brasileño (11), se debería considerar la realización de endoscopia en todo paciente mayor de 40 años con síntomas sugestivos de ERGE, así no sean síntomas de alarma, antes de establecer un tratamiento farmacológico “a ciegas”. La visión endoscópica adicionalmente nos permite clasificar los hallazgos: Examen negativo o esofagitis erosiva o complicaciones o patología asociada.

En el *workshop* de Genval se estableció que con un examen negativo o en presencia de esofagitis erosiva grado A- B (clasificación de Los Angeles), la conducta inicial a seguir es el uso de IBPs, dejando la opción de ARH2 cuando por cualquier razón los IBPs no estén al alcance. Cuando el hallazgo es de esofagitis erosiva C-D, no existe duda de que los IBPs a dosis completa resulta ser la mejor terapia con indudable costo beneficio, como lo muestran casi todos los trabajos de los últimos 5 años.

En esta rápida revisión solo quedaría por mencionar una condición particular que directamente no tiene que ver con las dos estrategias anteriores y que se presenta en un pequeño grupo de pacientes como es el fenómeno de “escape ácido nocturno” (12,13), en donde los IBPs no mejoran los síntomas. Algunos investigadores ante esta circunstancia recomiendan que a la dosis plena y diurna de IBPs, se adicione una dosis nocturna de ARH2 que en teoría podría bloquear la producción ácida de la noche con una consecuente remisión de los síntomas. Por supuesto ya hay estudios que controvierten esta interpretación.

## Referencias

1. **Ofman JJ, Dorn GH, Fennerty M.B, Fass R.** The clinical and economic impact of competing management strategies for gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2002;16:261-273.
2. **Dent J, Watts R, Riley S, et al.** Omeprazole improves quality of life (QoL) in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) *Gastroenterology* 1996;110 (suppl): A 94.
3. **Dent J.** Management of reflux disease. *Gut* 2002;50 (suppl IV):iv 67-iv71.
4. **Meining A, Classen M.** The role of diet and lifestyle measures in the pathogenesis and treatment of Gastroesophageal reflux disease *Am J gastroenterol* 2000; 95 (10): 2.692-7.
5. **Ellis KK, Oeblke M, Helfand M, Lierman D.** Management of symptoms of gastroesophageal reflux disease: does endoscopy influence medical management? *Am J Gastroenterol* 1997;92:1472-4.
6. **Fass R, Ofman J, Gralnek L, et al.** Clinical and economic assessment of the omeprazole test in patients with symptoms suggestive of gastroesophageal reflux disease. *Arch Intern Med* 1999;159:2161-8.
7. **Schenk BE, Kuipers Ej, Klinkenberg -Knol EC, et al.** Omeprazole as a diagnostic tool in gastroesophageal reflux disease. (see comments). *Am J Gastroenterol* 1997;92:1997-2000.
8. **Beeck IT, Champios Mc, Lemire MD, Thomson ABR.** The second Canadian Consensus Conference on the Management of patients with GERD. *Can J Gastroenterol* 1997; 11 (suppl B): 7B -20 B.
9. **Dent J, Brun J, Fendrick AM, et al.** An evidence - based appraisal of reflux disease management - the Genval Workshop Report. *Gut* 1999; 44 (supl.2): S1 - S16.
10. **Marzo M, Alonso P, Bonfill X, et al.** Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con ERGE. *Gastroenterol Hepatol* 2002; 25 (2):85-110.
11. **Prado P, Morales - Filho J, Cecconello I, et al.** Brazilian Consensus on Gastroesophageal Reflux Disease: Proposals for assessment, classification, and management. *Am J Gastroenterol* 2002;97:241-248.
12. **Kioichi A, et al.** Reflux esophagitis: effect of position on nocturnal acid reflux. *J. Gastroenterol Hepatol* 2001; 16: 1191-1196.
13. **Malcom R, et al.** Control of Nocturnal Gastric Acidity. *Digest Dis Sci* 2002; 47 (2): 265-273.