



**Diagnóstico endoscópico del reflujo gastroesofágico, importancia de las clasificaciones
(Endoscopic diagnosis of gastroesophageal reflux, importance of the classifications)**

Maribel Lizarzábal-García¹ <http://orcid.org/0000-0002-6185-5163>

¹Postgrado de Gastroenterología. Facultad de Medicina, Universidad de Zulia, Venezuela. Maracaibo, Venezuela

Recibido: 1 de enero 2023

Aceptado: 1 de febrero 2023

RESUMEN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es un trastorno crónico muy común. A menudo se diagnostica síntomas clásicos, pero en ciertos pacientes pueden ser necesarias pruebas especializadas como la endoscopia. La clasificación de Los Ángeles permite caracterizar los grados de erosión de la mucosa esofágica. Una endoscopia normal no excluye la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Palabras claves: reflujo gastroesofágico, clasificación de Los Ángeles, esofagitis erosiva péptica.

ABSTRACT

Gastroesophageal reflux disease is a very common chronic disorder. Classic symptoms are often diagnosed, but specialized tests such as endoscopy may be necessary in certain patients. The Los Angeles classification makes it possible to characterize the degrees of erosion of the esophageal mucosa. A normal endoscopy does not exclude gastroesophageal reflux disease.

Keywords: gastroesophageal reflux, Los Angeles classification, peptic erosive esophagitis.

Autor de correspondencia: Maribel Lizarzábal-García, Postgrado de Gastroenterología. Facultad de Medicina, Universidad de Zulia, Venezuela. Maracaibo, Venezuela, correo electrónico: higadosanove@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La endoscopia digestiva alta es la prueba objetiva más utilizada para evaluar la mucosa esofágica. Para los pacientes con síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico que también tienen síntomas de alarma como disfagia, pérdida de peso, sangrado, vómitos y/o anemia, se debe realizar una endoscopia tan pronto como sea posible. Los hallazgos



endoscópicos de esofagitis erosiva y esófago de Barrett son específicos para el diagnóstico de reflujo gastroesofágico. La evaluación endoscópica completa de los síntomas del reflujo gastroesofágico incluye la inspección de esofagitis erosiva péptica (Clasificación de Los Ángeles), el hiato diafragmático (grado de Hill de la válvula), la longitud de la hernia de hiato y la inspección del esófago de Barrett (Clasificación de Praga) (1,2).

CLASIFICACIÓN DE LOS ÁNGELES

La clasificación de esofagitis erosiva péptica de Los Ángeles es el sistema de puntuación más utilizado y validado (3). Recientes declaraciones de consenso de expertos concluyeron que la esofagitis erosiva de grado A de esta clasificación no es suficiente para un diagnóstico definitivo de reflujo gastroesofágico, ya que no se diferencia de manera confiable de la normal. El grado B puede ser diagnóstico de reflujo gastroesofágico en presencia de síntomas típicos y respuesta al tratamiento con inhibidores de bomba de protones, mientras que el grado C es prácticamente siempre diagnóstico de reflujo gastroesofágico. En pacientes ambulatorios, el grado D es una manifestación de grave de reflujo gastroesofágico, pero podría no ser un índice fiable de la gravedad de la enfermedad en pacientes hospitalizados. En pacientes con grado C y D, se recomienda la endoscopia después del tratamiento con inhibidores de bomba de protones para asegurar la curación y evaluar el esófago de Barrett, que puede ser difícil de detectar cuando hay esofagitis erosiva péptica grave (4,5).

CORRELACIÓN DE CLASIFICACIÓN DE LOS ÁNGELES Y PHMETRÍA ESOFÁGICA

El hallazgo endoscópico se puede correlacionar con el monitoreo ambulatorio de ácido (Phmetría). En tal sentido, la presencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico erosivo y/o un tiempo de exposición al ácido esofágico de más del 4,0 % durante al menos 1 día de monitoreo de pH inalámbrico realizado sin tratamiento con inhibidores de bomba de protones refleja una carga de ácido elevada. La presencia de esofagitis B de la clasificación de Los Ángeles o mayor y/o ≥ 2 días con tiempo de exposición al ácido esofágico $>6\%$ respaldan el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico (4). Específicamente, la presencia de esofagitis C o D de la clasificación de Los Ángeles, reflujo bipoisacional, niveles extremos de exposición al ácido (tiempo de exposición al ácido esofágico $>12\%$ o puntuación DeMeester >50) y/o una hernia hiatal grande representa una manifestación más grave de reflujo gastroesofágico (6). En el otro extremo del espectro, la esofagitis grado A de la clasificación de Los Ángeles y/o tiempo de exposición al ácido esofágico elevada que no cumple con los criterios de definidos anteriormente identifica un grupo límite de enfermedad por reflujo gastroesofágico.

En general, la ausencia de enfermedad por reflujo erosiva péptica en la endoscopia digestiva alta y los hallazgos de un tiempo de exposición al ácido esofágico fisiológico de menos del 4,0 % durante todos los días de monitorización inalámbrica del pH reflejan una fisiología normal del reflujo gastroesofágico (7). No se considera que los pacientes con exposición ácida normal tengan enfermedad por reflujo gastroesofágico y tienen una alta probabilidad de un trastorno esofágico funcional (8). La terapia con inhibidores de bomba de protones debe interrumpirse en estos pacientes a menos que los síntomas demuestren una escalada clara de la terapia y mejoren con inhibidores de bomba de protones, un patrón observado en algunos pacientes con hipersensibilidad al reflujo. Se debe considerar seriamente la derivación a un psicólogo para terapia cognitiva conductual, hipnoterapia esofágica dirigida y/o neuromodulación farmacológica. Se puede considerar la manometría de alta resolución para evaluar pacientes con sospecha de síndrome de rumiación o un trastorno motor esofágico (4).



CONCLUSIÓN

La clasificación de Los Ángeles se ha utilizado para evaluar la lesión de la mucosa; sin embargo, los síntomas y los hallazgos endoscópicos no siempre están correlacionados. La intensidad y frecuencia de los síntomas de reflujo gastroesofágicos son malos predictores de la presencia de esofagitis por reflujo severa (9,10). Los hallazgos endoscópicos de clasificación de Los Ángeles grado B tuvieron una importante variabilidad interobservador. Por lo tanto, la esofagitis endoscópica grados C o D, el esófago de Barrett o la estenosis péptica se consideran evidencia confirmatoria de reflujo gastroesofágico en el Consenso de Lyon (4,11)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Xie C, Li Y, Zhang N, et al. Gastroesophageal flap valve reflected EGJ morphology and correlated to acid reflux. *BMC Gastroenterol* 2017;17:118.
2. Poh CH, Gasiorowska A, Navarro-Rodriguez T, et al. Upper GI tract findings in patients with heartburn in whom proton pump inhibitor treatment failed versus those not receiving antireflux treatment. *Gastrointest Endosc* 2010;71:28–34.
3. Lundell LR, et al., Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. *Gut*, 1999. 45(2): p. 172–80.
4. Gyawali CP, Kahrilas PJ, Savarino E, et al. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. *Gut* 2018;67:1351–1362.
5. Gyawali CP and Fass R, Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastroenterology*, 2018. 154(2): p. 302–318.
6. Krill JT, Naik RD, Higginbotham T, et al. Association between response to acid-suppression therapy and efficacy of antireflux surgery in patients with extraesophageal reflux. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2017;15:675–681.
7. Yadlapati R, Masihi M, Gyawali CP, et al. Ambulatory reflux monitoring guides proton pump inhibitor discontinuation in patients with gastroesophageal reflux symptoms: a clinical trial. *Gastroenterology* 2021;160:174–182.e1.
8. Aziz Q, Fass R, Gyawali CP, et al. Functional esophageal disorders. *Gastroenterology* 2016;150:1368–1379.
9. Lundell LR, Dent J, Bennett JR, et al. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. *Gut*. 1999;45:172–180. doi: 10.1136/gut.45.2.172.
10. Bredenoord AJ, Hemmink GJ, Smout AJ. Relationship between gastro-oesophageal reflux pattern and severity of mucosal damage. *Neurogastroenterol Motil*. 2009;21:807–812. doi: 10.1111/j.1365-2982.2009.01306.x.
11. Wang FW, Tu MS, Chuang HY, Yu HC, Cheng LC, Hsu PI. Esófagitis erosiva en sujetos asintomáticos: factores de riesgo. *Dig Dis Sci*. 2010; 55 :1320–1324. doi: 10.1007/s10620-009-0888-z.