

Hernia hiatal como factor de riesgo para esofagitis erosiva: Experiencia y hallazgos endoscópicos de una población peruana con pirosis

Tagle Arróspide, M.¹, Aguinaga Meza, M.², Vásquez Rubio, G.²

RESUMEN

Objetivo: Describir los hallazgos endoscópicos en pacientes adultos sometidos a endoscopia alta por presentar pirosis, y establecer la relación entre la presencia de hernia hiatal (HH) y esofagitis erosiva (EE).

Población y métodos: Se realizó un estudio observacional analítico transversal, en el cual se revisaron los reportes endoscópicos de todos los pacientes mayores de 16 años que fueron evaluados por pirosis en nuestra institución, entre Diciembre de 1998 y Diciembre del 2001. Para establecer la relación existente entre hernia hiatal y la presencia de esofagitis erosiva se utilizó el Odds Ratio (OR).

Resultados: Se realizaron un total de 1270 endoscopías altas ambulatorias en el periodo de estudio, de las cuales 345 (27%) tenían como indicación del procedimiento al síntoma pirosis. De los 345 pacientes con pirosis el 43% (151) presentaba Esofagitis Erosiva (58 sólo EE y 93 EE mas HH), 18% (63) sólo Hernia Hiatal y 5.8% (20) esófago de Barrett. En 36.8% (127) de los pacientes con pirosis no se encontró alteración esofágica. En 91 de éstos se observaron patologías no esofágicas (como gastritis antral), mientras que en 36 no se encontró patología alguna. De los 345 pacientes con pirosis 156 (45.2%) presentaban Hernia Hiatal, y de estos el 60% también presentaba Esofagitis Erosiva (93), mientras que sólo se encontró EE en 31% de los pacientes sin Hernia Hiatal (58) (OR de 3.33).

Conclusiones: Los hallazgos endoscópicos más frecuentes en pacientes con pirosis fueron Esofagitis Erosiva y Hernia Hiatal, encontrándose un porcentaje importante de pacientes sin alteración esofágica. Los pacientes con Hernia Hiatal presentan 3.33 veces más riesgo de presentar Esofagitis Erosiva que aquellos sin Hernia Hiatal en la población estudiada.

PALABRAS CLAVES: Esofagitis erosiva, hernia hiatal, pirosis.

1 Médico Gastroenterólogo Clínica Anglo Americana.
2 Médico Asistente Clínica Anglo Americana.

SUMMARY

Aim: To describe the endoscopic findings in adult patients subjected to esophagogastroduodenoscopy (EGD) for the evaluation of heartburn, and establish a relationship between the presence of a hiatal hernia and erosive esophagitis.

Patients and Methods: We reviewed the endoscopic reports of all the patients older than 16 years old who were evaluated for heartburn in our institution, between December 1998 and December 2001. The statistical analysis to establish the relationship between Hiatal Hernia (HH) and Erosive Esophagitis (EE) was performed calculating the Odds Ratio (OR).

Results: A total of 1270 outpatient EGD were performed in the study period, of which 345 (27%) had persistent heartburn as the indication for the procedure. There were 174 females (50.43%) and 171 males (49.57%). Erosive esophagitis was diagnosed in 151 (44%). Fifty-eight (17%) patients had EE in the absence of a HH, 63 (18%) had HH in the absence of EE. Ninety-three patients (27%) had both HH and EE, 20 (6%) of patients had histologically confirmed Barrett's esophagus, 91 (26%) had other non-related findings such as antral gastritis and 36 (10%) had normal EGD.

Of 156 patients with HH, 93 (59.6%) had also EE, whereas EE was present only in 58 of 189 (30.6%) patients who did not have HH, obtaining an OR of 3.33.

Conclusions: Most of our patients with heartburn didn't have erosive esophagitis. In our series, patients with heartburn and a hiatal hernia have a three-fold risk of having erosive esophagitis compared with patients with heartburn and no hiatal hernia.

KEY WORDS: Erosive esophagitis, hiatal hernia, heartburn.

INTRODUCCIÓN

Una de las causas más frecuentes por la cual es lo que los pacientes acuden al consultorio de gastroenterología es la presencia de pirosis o ardor retroesternal. Una de las patología que se asocia a estas sintomatología es la Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), entre otras como la enfermedad ulceropéptica

La ERGE es uno de los desórdenes más frecuentes del tracto gastrointestinal, siendo su síntoma principal es la pirosis y la regurgitación gástrica. Con el aumento en la prevalencia de esta patología se ha observado un incremento en las complicaciones relacionadas a la misma como el Esófago de Barrett y el Adenocarcinoma esofágico.¹

La ERGE comprende un amplio espectro de patología, así como los grados de reflujo como la Enfermedad por Reflujo no Erosiva (NERD), definida como grados menores o de no injuria esofágica macroscópica, con evidencia de reflujo demostrado por monitorización ambulatoria del pH, jugándose un rol importante del fenómeno de relajación transitoria del Esfínter Esofágico Inferior en este subtipo de enfermedad.

Una de las patología que se asocia a la presencia de ERGE es la Hernia Hiatal (HH), pero su presencia se asocia a grados más severos de reflujo siendo un importante predictor

de grados severos de daño esofágico en la ERGE, como lo son la Esfagitis Erosiva Severa y el Esófago de Barrett.¹

Datos nacionales sobre la frecuencia de la patología antes mencionadas son muy escasos por lo que se consideró necesario describir la experiencia obtenida en el consultorio externo de nuestro centro hospitalario entre los años 1998 y 2001.

El objetivo del presente trabajo es describir los hallazgos endoscópicos en pacientes adultos sometidos a endoscopia digestiva alta que acuden por consultorio de gastroenterología de la CAA presentando como molestia pirosis y estableciendo la relación existente entre la presencia de Hernia Hiatal y Esfagitis Erosiva en estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal observacional analítico, mediante la revisión de los reportes endoscópicos e histopatológicos de la primera endoscopia realizada en pacientes mayores de 16 años que acudieron por consultorio de gastroenterología de la Clínica A Angl o Americana, presentando como molestia pirosis (definida como sensación de ardor retroesternal), desde Diciembre de 1998 a Diciembre del 2001.

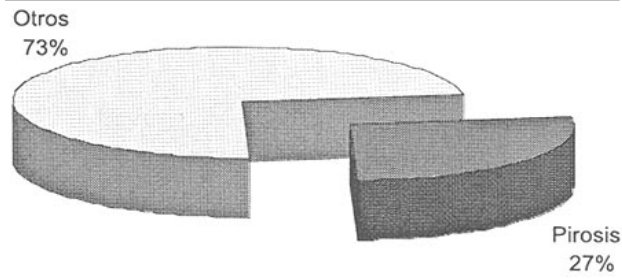
La fuerza de asociación entre la variable Hernia Hiatal (HH) y Esofagitis Erosiva (EE) fue medida mediante el Odds Ratio utilizando el programa estadístico SPSS9.0.

RESULTADOS

Población Estudiada

Desde Diciembre de 1998 hasta Diciembre del 2001 se realizaron 1270 endoscopias digestivas a las cuales 345 (27%) fueron en pacientes que acudían por presentar pirosis (Gráfico 1). De éstos 174 fueron mujeres y 171 varones.

Gráfico 1: Total de endoscopias digestivas altas en pacientes que acuden por consultorio de gastroenterología, Clínica Anglo Americana 1998-2001

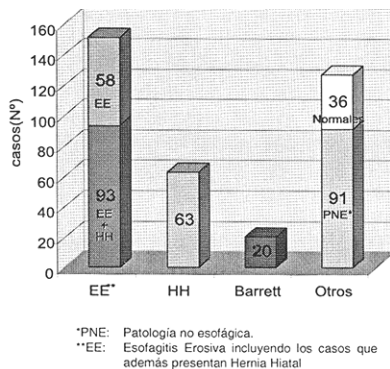


Hallazgos Endoscópicos

De los 345 pacientes con pirosis el 43% (151) presentaba Esofagitis Erosiva (58 sólo EE y 93 EE más HH), 18% (63) sólo Hernia Hiatal y 58% (20) esófago de Barrett (Gráfico 2).

En 36.8% (127) de los pacientes con pirosis no se encontró alteración esofágica. En 91 de éstos se observaron patologías no esofágicas (como gastritis antral), mientras que en 36 no se

Gráfico 2: Hallazgos endoscópicos en pacientes con pirosis, CAA 1998-2001



encontró patología alguna. (Gráfico 2).

Hernia Hiatal y Pirosis

De los 345 pacientes con pirosis 156 (452%) presentaban Hernia Hiatal, y de estos el 60% también presentaba Esofagitis Erosiva (93), mientras que sólo se encontró EE en 31% de los pacientes sin Hernia Hiatal (58).

Los pacientes que presentaban Hernia Hiatal tuvieron
Tabla 1: Hernia Hiatal y Esofagitis Erosiva, CAA 1998-2001

	Esofagitis Erosiva		Total	O R
	Pt*	At**		
Hernia Hiatal	93	63	156	3.33
Total	58	131	189	
	151	194	385	

*Pt: Presente

**At: Ausente

3.33 veces más probabilidad de tener Esofagitis Erosiva que aquellos sin Hernia Hiatal (OR=3.33) (Tabla 1).

DISCUSIÓN

El primer resultado que se observa es que la mayoría de los pacientes (58%) que acudieron por pirosis no presentaron esofagitis erosiva. Este grupo de pacientes podrían corresponder a la denominada enfermedad de reflujo no erosiva (conocida en inglés por sus iniciales NERD), definida como ausencia de injuria macroscópica pero con evidencia de reflujo por monitorización del pH esofágico. Sería conveniente incluir en un próximo estudio dicha monitorización para comprobar esto.

Por muchos años, cuando el principal método de diagnóstico para investigar los síntomas del reflujo era la acidogía de contraste, la hernia hiatal era considerada casi un sinónimo de reflujo y un elemento necesario para explicar la enfermedad de reflujo. Con el advenimiento de la manometría esofágica se hizo posible estudiar la función del abarrotamiento esofágico inferior. El artículo innovador de Cohen y Harris⁵ marcó el inicio de la era del esfínter esofágico inferior (EEI), que desplazó a la hernia hiatal como mecanismo importante en la génesis del reflujo. Posteriormente Dodds y colaboradores⁷ describen el fenómeno del relajamiento transitorio del EEI que ocurre en períodos no asociados a la deglución. Así, el defecto en el EEI da paso a la disfunción del EEI y se asumió que estos episodios transitorios del relajamiento no eran presiones basales del EEI y eran el principal es determinante del reflujo.⁸⁹

En la literatura se ha evidenciado que la mayoría de los pacientes con reflujo moderado a severo tienen hernia hiatal,

una condición en la cual una porción del estómago se introduce en el tórax. La hernia hiatal fue considerada sinónimo de enfermedad de reflujo gastroesofágico, sin embargo su importancia fue cuestionada en la década de los 70s cuando la presión disminuida en EEI fue asumida como el factor principal en la correlación con la enfermedad de reflujo¹². Para aclarar el papel de la hernia hiatal en el reflujo gastroesofágico, es importante entender la fisiología de la barrera antireflujo⁸: el EEI y el diafragma crural constituyen los esfínteres intrínseco y extrínseco, respectivamente. Ambos se superponen anatómicamente, están anclados uno al otro por el ligamento freno esofágico y contribuyen en la presión de la unión gastroesofágica. Esta presión varía con el tiempo. Los cambios minuto a minuto son atribuidos a la contracción del EEI, grandes variaciones están acopladas con la actividad del complejo motor migratorio del estómago. El diafragma crural también contribuye a la presión de la unión gastroesofágica en actividades como la respiración (aumenta durante la inspiración), la tos, la maniobra de Valsalva y toda actividad física que incrementa la presión intraabdominal. El diafragma crural puede mantener una zona de gran presión en la unión abdomino torácica en pacientes en los que se ha resecado el EEI¹³. El entendimiento de la importancia de los dos esfínteres ha ayudado a redefinir el rol de la hernia hiatal.

La hernia hiatal favorece el reflujo porque la contracción del diafragma durante la inspiración y otras maniobras producen una compartimentalización del estómago entre el EEI y el diafragma; posteriormente, el ácido atrapado puede fluir a través del EEI. Una presión disminuida en el EEI permitiría el pasaje del contenido de la hernia hacia el esófago¹⁴. Por otro lado una hernia hiatal importante disminuye la capacidad del diafragma crural para actuar como un esfínter¹⁴.

En nuestro estudio se encontró hernia hiatal en el 45.21% del as endoscopías de los pacientes que acudieron por pirosis y se determinó que los pacientes con Hernia Hiatal presentaban 333 veces más riesgo de presentar Esofagitis Erosiva que aquellos sin Hernia Hiatal, lo cual va de acuerdo con la literatura mundial. Es así que en un estudio de Sarndal y cols por El-Serag y Sonnenberg¹⁵, que incluyó a 194,527 pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico diagnosticada por endoscopia en 172 hospitales de los Estados Unidos, se encontró hernia hiatal en el 39.1% del población. En esta misma serie, el 47% del os pacientes con her-

nia hiatal tenían esofagitis. Van Herwaarden y colaboradores¹⁶ usó la manometría ambulatoria para identificar los eventos que precipitan el reflujo de ácido en pacientes con hernia hiatal. Un hallazgo importante fue que la mayoría del tiempo de reflujo se dio bajo circunstancias diferentes a la relajación transitoria del EEI. El grado de reflujo fue peor en los pacientes con hernia hiatal pero no estaba relacionado a la frecuencia de relajaciones transitorias. Esto apoya la tesis que la hernia hiatal es un factor predictor de daño y reflujo, y que la relajación transitoria del EEI no es el principal mecanismo de reflujo severo asociado a hernia hiatal^{17,18}. Reuniendo toda la información disponible, se sugiere que la relajación del EEI pueden estar asociados a episodios de reflujo en la enfermedad de grado leve, con un grado discreto de compromiso de la mucosa, pero que la hernia hiatal con un EEI defectuoso son importantes en el origen de una esofagitis por reflujo más severa⁽¹⁹⁾. Queda pendiente, para un trabajo posterior, estratificar las esofagitis y realizar el análisis estadístico, en nuestro trabajo, para apoyar esta tesis.

CONCLUSIONES

Los hallazgos endoscópicos más frecuentes en pacientes con pirosis fueron Esofagitis Erosiva y Hernia Hiatal, encontrándose un porcentaje importante de pacientes sin alteración esofágica.

Los pacientes con Hernia Hiatal presentan 333 veces más riesgo de presentar Esofagitis Erosiva que aquellos sin Hernia Hiatal en la población estudiada.

REFERENCIAS

1. GERSON L, EDSON R, LAVORI P, y cols. Use of a Simple Symptom Questionnaire to Predict Barrett's Esophagus in Patients with Symptoms of Gastroesophageal Reflux. *Am J. Gastroenterol.* 2001;96:2005-12.
2. KOEK G, TACK J, SIFRIN D, y cols. The Role of Acid and Duodenal Gastroesophageal Reflux in symptomatic GERD. *The American Journal of Gastroenterology* 2001;96:2033-40.
3. SIFRIN D, ZERBIB F. Gastroesophageal reflux disease. *Curr Opin Gastroenterol* 2002;18:447-53.
4. MURRAY J, CAMILLERI M. The Fall and Rise of the Hiatal

- Hernia. *Gastroenterology* 2000;119:1779-81.
5. ZAINO C. Hiatal insufficiency and hiatal hernia. In: Zaino C, ed. *The lower esophageal vestibular complex*. Springfield: Thomas, 1963:173-218.
 6. COHEN S, HARRIS LD. Does hiatus hernia affect competence of the gastroesophageal sphincter? *N Engl J Med* 1971;284:1053-1056.
 7. DODDS WJ, DENT J, HOGAN WJ, HELM JF, HAUSER R, PATEL GK, EGIDE MS. Mechanisms of gastroesophageal reflux in patients with reflux esophagitis. *N Engl J Med* 1982;307:1547-1552.
 8. MITTAL RK, BALABAN DH. The esophagogastric junction. *N Engl J Med* 1997;336:924-932.
 9. MITTAL RK, HOLLOWAY RH, PENAGINI R, BLACKSHAW LA, DENT J. Transient lower esophageal sphincter relaxation. *Gastroenterology* 1995;109:601-610.
 10. WILSON JA, WHITE A, VON HAACKE NP, et al. Gastroesophageal reflux and posterior laryngitis. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1989;98:405-410.
 11. KAMEL P, KAHRILAS PJ, HANSON DG, MCMAHAN J, BRENIC S. Prospective trial of omeprazole in the treatment of "reflux laryngitis." *Gastroenterology* 1992;102:Suppl:A93-A93.
 12. POPE CE II. Respiratory complications of gastro-oesophageal reflux. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1989;168:67-72.
 13. TYTGAT GNJ, NICOLAI JJ, REMAN FC. Efficacy of different doses of cimetidine in the treatment of reflux esophagitis: review of three large, double-blind, controlled trials. *Gastroenterology* 1990;99:629-634.
 14. SLOAN S, RADEMAKER AW, KAHRILAS PJ. Determinants of gastroesophageal junction incompetence: hiatal hernia, lower esophageal sphincter, or both? *Ann Intern Med* 1992;117:977-982.
 15. EL-SERAG HB, SONNENBERG A. Associations between different forms of gastroesophageal reflux disease. *Gut* 1997;41:594-599.
 16. VAN HERWAARDEN MA, SAMSON M, SMOUT AJPM. Excess gastroesophageal reflux in patients with hiatus hernia is caused by mechanisms other than transient LES relaxations. *Gastroenterology* 2000;119:1439-1446.
 17. WRIGHT RA, HURWITZ AL. Relationship of hiatal hernia to endoscopically proved reflux esophagitis. *Dig Dis Sci* 1979;24:311-313.
 18. BEN REJEB M, BOUCHE O, ZEITOUN P. Study of 47 consecutive patients with peptic esophageal stricture compared with 3880 cases of reflux esophagitis. *Dig Dis Sci* 1992;37:733-736.
 19. MURRAY JA, CAMILLERI M. Editorials: The fall and rise of the hiatal hernia. *The American Gastroenterological Association*. December 2000 Editorials 1781.