

REFLUX GASTROESOFAGIC

En què consisteix la malaltia per reflux gastroesofàgic?

En el pas del contingut de l'estómac cap a l'esòfag, entre l'esòfag i l'estómac hi ha una barrera natural formada per l'esfínter esofàgic inferior que s'obre per permetre el pas del material ingerit cap a l'estómac i, al mateix temps, impedeix el pas natural del contingut gàstric cap a l'esòfag. Quan aquest mecanisme falla de forma freqüent o continuada és quan es produeix aquesta malaltia.

Aquest mecanisme de barrera falla quan la pressió de l'esfínter esofàgic inferior és permanentment baixa, o més freqüentment, quan es produeix relaxació d'aquest esfínter en un moment en què no hi ha una progressió de material ingerit a través de l'esòfag. Quan això passa, el contingut àcid de l'estómac irrita o lesiona la mucosa esofàgica que no està preparada per suportar els materials àcids com ho està l'estómac.

Quasi bé tothom té en alguns moments pas transitori de contingut gàstric a l'esòfag propiciat per alguna circumstància, però només es considera malaltia quan això produeix símptomes i aquests són suficientment freqüents i/o intensos per deteriorar la qualitat de vida de la persona.

Quins factors contribueixen a aquesta malaltia?

La presència d'una hèrnia de hiatus (part de l'estómac desplaçada a la cavitat toràctica a través del hiat diafragmàtic) facilita la presència de reflux, encara que hi ha moltes persones que tenen reflux sense hèrnia de hiatus.

Tot allò que augmenta la pressió intrabdominal també afavoreix el reflux. És el cas de l'embaràs, les posicions de flexió ventral (cap endavant) del tronc o els vestits o cinturons molt ajustats. La posició de decúbit (estar estirat) també el propicia per una simple qüestió de força de gravetat.

L'obesitat, o més concretament l'augment del perímetre abdominal, afavoreix el reflux i de vegades tan sols augments moderats de pes o d'aquest perímetre el poden desencadenar o agreujar.

Quins son els símptomes?

Els símptomes més característics són la sensació de cremor (anomenada piroisi) que comença a la part més alta i central de l'abdomen i puja cap al tòrax i el coll, i la

regurgitació de líquid cap a la boca, especialment quan s'està estirat al llit. Altres símptomes digestius poden ser molèstia o dolor en empassar els aliments o els líquids, eructes freqüents, o molèsties a la gola.

La malaltia per reflux gastroesofàgic també es pot manifestar amb símptomes no digestius, com ara dolor toràcic similar a l'angina de pit, tos crònica, faringitis crònica o asma bronquial.

El tipus d'alimentació hi té alguna cosa a veure?

Hi ha una sèrie d'aliments o begudes que afavoreixen el reflux. Són principalment els menjars greixosos o picants, les salses, el tomàquet fregit, la xocolata, la menta, els cítrics, el cafè i les begudes carbonatades. Ingestes importants de menjar i sobretot els sopars quantiosos i tardans a la nit sense marge entre el sopar i l'hora d'anar a dormir ho propicien. També les begudes alcohòliques (vi blanc, cava i begudes d'alta graduació, més que no pas el vi negre) afavoreixen el reflux.

Algunes medicacions com la progesterona, la teofil·lina o els antidepressius tricíclics poden propiciar el reflux al disminuir la pressió de l'esfínter esofàgic inferior. Altres medicacions com l'aspirina o els antiinflamatoris poden agreujar les lesions esofàgiques produïdes pel reflux.

Com es diagnostica aquesta malaltia?

En absència de símptomes preocupants com l'anèmia, la dificultat a l'hora d'empassar o la pèrdua injustificada de pes, la presència continuada i freqüent de pirosi i/o regurgitació es pot considerar diagnòstic de reflux sense cap necessitat de proves específiques. En el cas de avaluar la greujat de la malaltia i/o conèixer si s'estan produint lesions evidents de la mucosa esofàgica, cal practicar una **endoscòpia digestiva** alta. Aquesta prova consisteix en la introducció d'un tub per la boca a través del qual podem veure l'interior de l'esòfag i l'estómac. L'exploració no es dolorosa, però sí una mica molesta perquè produeix nàusea, encara que es realitza en un període molt curt de temps (al voltant de 5-10 minuts), la qual cosa minimitza les molèsties. En alguns casos concrets i poc freqüents de dubtes diagnòstics o mala evolució al tractament, cal practicar una altra exploració en la qual és mesura el contingut àcid de l'esòfag mitjançant una sonda de pH (**pH-metria de 24 hores**).

Quin és el tractament més adequat?

La majoria dels malalts que pateixen reflux tenen un grau de malaltia que es pot considerar com a lleu i responen molt bé corretgin alguns dels factors precipitants que

hem mencionat i prenent medicaments en una dosificació ajustada a la intensitat o freqüència dels símptomes. Aquests medicaments tenen com objectiu reduir l'acidesa gàstrica, per la qual cosa encara que es continuï produint pas del contingut gàstric a l'esòfag, el fet que aquest no sigui àcid elimina el component irritant i lesiu sobre la mucosa esofàgica i, per tant, els símptomes que això desencadena. Els medicaments més utilitzats són els de la família farmacològica anomenada inhibidors de la bomba de protons. Al començament, cal prendre aquests medicaments de forma diària i continuada, però, un cop els símptomes han millorat o desaparegut, es poden continuar prenent de forma intermitent i depenent de la nova aparició de símptomes. De forma puntual, la presa d'antiàcids de vena lliure a farmàcies també pot aliviar transitòriament els símptomes de reflux.

En alguns casos de malaltia greu o molt persistent i de necessitats indefinides i a dosis altes de medicament per controlar-la, es pot plantejar una alternativa terapèutica que és una intervenció quirúrgica. En aquesta intervenció és construeix una barrera natural al voltant de l'esfínter esofàgic inferior mitjançant un plec de l'estómac que impedeix que aquest esfínter s'obri amb massa facilitat. Aquesta intervenció es fa avui dia mitjançant tècnica de laparoscòpia, la qual significa fer tan sols unes mínimes incisions a l'abdomen.

Té alguns riscos addicionals aquesta malaltia?

Si no es controla adequadament, la malaltia per reflux pot acabar produint un estretament de l'esòfag que dificulta la progressió del menjar o anèmia per sagnat crònic de les lesions esofàgiques. A més, en un percentatge molt baix de malalts que tenen reflux crònic pot aparèixer a l'esòfag un teixit anomenat epiteli de Barrett que té un risc baix, però present, de poder transformar-se en el pas del temps en càncer d'esòfag.