



QUÉ HACER CUANDO NO RESPONDE A OMEPRAZOL

*Autores: Manuel Hernández Larrea (MIR 4)¹, Juan Margallo Ibarregaray (MIR 4)² e Isabel Maestro Pardo (FEA)³
*Centro de trabajo: ¹CdeS San Fermín. ²Servicio de Neumología, Hospital Universitario 12 de Octubre. ³Servicio de Medicina del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Severo Ochoa.

MOTIVO CONSULTA Y ANTECEDENTES

CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Mujer de 59 años que acude por regurgitación ácida y pirosis de años de evolución, tratada 4 semanas con Omeprazol 20mg/24h durante 4 semanas con mínima mejoría.

ANTECEDENTES: Sobrepeso (IMC 24). Dislipémica en tratamiento dietético.

EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

EXPLORACIÓN FÍSICA

ACP: Normal.

ABDOMEN: Globuloso a expensas de panículo adiposo, blando y depresible. Dolor leve a la palpación de epigastrio. Ruidos conservados sin signos de peritonismo. No se palpan masas ni megalias

Test del aliento con Urea marcada 13C: Negativo.

Gastroscopia: Se objetiva en la totalidad de la circunferencia de esófago distal mucosa eritematosa, con fibrina compatible con esofagitis tipo D (Clasificación de Los Ángeles). Además, parche de mucosa sobreelevada con biopsias compatibles con esófago de Barret (EB)



DIAGNÓSTICO: ESOFAGITIS TIPO D Y ESÓFAGO DE BARRET.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (DD)

El DD inicial debe incluir: Infección por H.Pylori, Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE), Gastritis y Hernia de Hiato.

CONCLUSIÓN

En la consulta de Atención Primaria la pirosis y la regurgitación ácida son dos de las consultas digestivas más frecuentes, siendo la ERGE una de sus causas principales. Los síntomas por los que nos consulta el paciente pueden ser típicos (pirosis y regurgitación ácida) o atípicos (laringitis, tos seca, asma y erosiones dentales). En pacientes jóvenes con síntomas típicos sin datos de alarma el primer paso, actualmente, es realizar despistaje de H.Pylori con posterior prueba terapéutica con inhibidor de bombas de protones (IBP), si es negativa. La gastroscopia estaría indicada si datos de alarma o falta de respuesta a IBP, en ella se puede objetivar esofagitis, anillos esofágicos o EB.

En nuestro caso confirmamos el diagnóstico de ERGE erosivo asociado a EB. Al tratarse de esofagitis grado D debe realizarse tratamiento con IBP a doble dosis (cada 12h) durante 8 semanas, manteniéndose posteriormente a dosis simples (cada 24h). Además, la esofagitis grave de nuestra paciente precisa de comprobación de curación con nueva endoscopia a los dos meses.

Por último, existe un subgrupo de pacientes con ERGE en los cuales el cuadro revistió gravedad, dado el potencial de malignización del EB, como es el caso de nuestra paciente,

PALABRAS CLAVE: *Barret esophagus; Gastroscopy; Proton Pump Inhibitors.*