

Diagnóstico de reflujo gastro-esofágico mediante impregnación por ácido de férula oclusal

José Luis Cebrián Carretero ¹, José María López-Arcas Calleja ²

(1) Médico Adjunto. Servicio de Cirugía Maxilofacial

(2) Médico Residente. Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Universitario La Paz

Correspondencia:

Dr. José Luis Cebrián Carretero

Servicio de Cirugía Maxilofacial.

Hospital Universitario La Paz.

Paseo de la Castellana 246. 28046 Madrid.

Telef: 917277336.

E-mail: drlopezarcas@tiscali.es.

Recibido: 27-02-2005

Aceptado: 10-07-2005

Cebrián-Carretero JL, López-Arcas-Calleja JM. Gastroesophageal reflux diagnosed by occlusal splint tintion. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006;11: E26-8.

© Medicina Oral S. L. C.I.F. B 96689336 - ISSN 1698-6946

Indexed in:

-Index Medicus / MEDLINE / PubMed
-EMBASE, Excerpta Medica
-Índice Médico Español
-IBECs

RESUMEN

El teflujo gastro-esofágico (RGE) es un trastorno digestivo muy frecuente que se caracteriza por el paso de cantidades patológicas de ácido del estómago hacia el esófago. Esto es debido a una incompetencia de los mecanismos que regulan la retención del contenido gástrico en el estómago por causas primarias o secundarias. Las consecuencias clínicas de este reflujo afectan al tracto aerodigestivo superior, incluyendo la boca. Lo más frecuente es la esofagitis, seguido por la afectación de faringe y laringe y finalmente por alteraciones patológicas en la boca. A éste nivel lo más frecuente es la erosión del esmalte y las lesiones erosivas de la mucosa oral. Presentamos el caso de un paciente en el que el RGE fue diagnosticado de forma indirecta por la impregnación y coloración de una férula oclusal utilizada para el tratamiento de un síndrome miofascial. Partiendo de este caso se discuten las consecuencias del RGE en la cavidad oral y su asociación con el dolor muscular masticatorio.

Palabras clave: *Reflujo Gastro-Esofágico, Síndrome Miofascial.*

ABSTRACT

The gastroesophageal reflux (GER) disease is a very frequent digestive disorder, mainly characterised by the reflux of the gastric acidic content to the esophage in abnormal quantities. There are different situations that favour this situation but almost in all of them rely an incompetence of the esophagic sphincter. The clinical consequences are many, including oral manifestations. Among all of them the most frequent is the esophagitis followed by symptoms at the pharynx or larynx and finally, the oral cavity. At this level fundamentally we will find enamel and oral mucosa erosions. We report the case of a patient who was indirectly diagnosed of her esophague disease by the observation of the alterations in the occlusal splint induced by the gastric reflux. We review the literature concerning the above topic and its possible association with the miofascial syndrome.

Key words: *Gastroesophageal Reflux, Miofascial Síndrome.*

INTRODUCCION

El Reflujo Gastro-esofágico es uno de los trastornos digestivos más frecuentes de manera que el 25 % de la población presenta síntomas al menos una vez en su vida.

Los síntomas están producidos por el reflujo de ácido gástrico y otros contenidos del estómago hacia el esófago a causa de la incompetencia de los mecanismos anti-reflujo de la unión esófago-gástrica, especialmente del esfínter esofágico inferior, bien por debilidad muscular, sin causa evidente o asociada a Hernia Hiatal, o bien asociado a otros padecimientos (Enfermedades del tipo de la Esclerodermia, tabaquismo, fármacos anticolinérgicos, fármacos relajantes de la fibra muscular lisa, destrucción quirúrgica, etc.) (1).

Además se pueden dar diversas circunstancias que favorecen el reflujo como: aumento del volumen gástrico, contenido gástrico próximo a la unión gastroesofágica (decúbito) y aumento de la presión gástrica (embarazo, obesidad,...).

La esofagitis es la principal complicación del reflujo, y aparece cuando las defensas normales de la mucosa son incapaces de contrarrestar el efecto del daño producido por el ácido, la pepsina o la bilis que refluyen. La esofagitis erosiva puede producir sangrado y cicatrizar mediante metaplasia intestinal (esófago de Barrett), lo que constituye un riesgo para el desarrollo de un adenocarcinoma.

Los síntomas típicos son: regurgitación de material ácido en la boca y pirosis ("ardor"). Ésta última se produce como consecuencia del contacto del material ácido refluído con la mucosa inflamada. Algunos pacientes pueden presentar un dolor de tipo anginoso o torácico atípico, mientras que en otro porcentaje de pacientes la sintomatología es prácticamente inexistente. La presencia de disfagia persistente, en el contexto de pirosis de varios años de evolución, sugiere la existencia de una estenosis péptica. En un porcentaje significativo, la disfagia constituye el síntoma de presentación. Una disfagia rápidamente progresiva con pérdida de peso puede indicar el desarrollo de un adenocarcinoma sobre un esófago de Barrett.

El reflujo grave puede alcanzar la faringe y la boca, causando alteraciones en los tejidos de la boca, laringitis, ronquera matutina y aspiración pulmonar. La aspiración pulmonar recurrente puede producir: neumonía por aspiración, fibrosis pulmonar o asma crónica.

CASO CLINICO

Se trata de una paciente mujer de 40 años que acude a su médico de cabecera aquejada de somnolencia diurna y frecuentes despertares nocturnos de meses de evolución a los que ahora se añadía una importante cefalea tensional en regiones occipital y temporal. La paciente fue remitida al neumólogo con la sospecha de síndrome de apnea del sueño, que se descartó mediante las pruebas pertinentes, incluida la polisomnografía. Dado que el componente doloroso iba en aumento, la paciente fue remitida a nuestra Unidad de Dolor Orofacial. En la exploración clínica se apreciaba una oclusión en clase 2 de Angle, con ligero desgaste oclusal, así como signos y síntomas de dolor muscular masticatorio debido a síndrome miofascial con puntos gatillo en músculos maseteros y esterno-cleido-mastoideos de ambos

lados. La paciente refería además dolor de espalda, digestiones pesadas y meteorismo.

Se instauró tratamiento con AINES y relajantes musculares, así como férula oclusal plana tipo Michigan.

A los 3 meses, la paciente acudió a consulta mostrando una mejoría evidente del dolor facial, si bien refería mal descanso nocturno con frecuentes despertares.

Al examinar la férula de descarga se apreció una tinción-impregnación de color verde oscuro que recordaba al contenido (jugo) gástrico. (Fig. 1 y 2).



Fig. 1. Férula oclusal de la paciente teñida por el contenido ácido refluído.



Fig. 2. Lesiones erosivas en esmalte y dentina presentes en un paciente varón de mediana edad con ERGE severa.

Con la sospecha de reflujo gastroesofágico, la paciente fue remitida al gastroenterólogo, que tras realizar las pruebas pertinentes (Ph-metría y endoscopia) confirmó el diagnóstico.

La paciente fue tratada con dieta, medidas posturales y con inhibidores de la bomba de protones (Omeprazol).

En la nueva revisión, a los 6 meses, la sintomatología había remitido casi totalmente y la paciente continuó el protocolo de tratamiento de su síndrome miofascial.

DISCUSION

Los efectos perniciosos, resultado de la presencia de un contenido ácido en la cavidad oral, pueden ser diversos. Es frecuente

encontrar sintomatología a nivel de los tejidos blandos, generalmente en forma de sensación inespecífica de hiperestesia y ardor sin que exista una lesión anatomopatológica específica a este nivel por efecto del ácido (2).

La erosión dental(3,4,5,6), sin embargo, se considera la principal manifestación de la ERGE en la cavidad oral. Esta relación, que fue descrita por primera vez por Borgen y Austin en 1.937 (3), es hasta tal punto importante que en algunas ocasiones puede constituir el único signo clínico de la ERGE. La afectación dental suele comenzar con cambios sutiles a nivel del esmalte, que en ocasiones puede progresar hasta producir una importante pérdida del tejido dentario. Como existen numerosas causas capaces de producir ese tipo de lesiones en el diente , el diagnóstico es difícil. A pesar de que el principal mecanismo de lesión dentaria en los pacientes con ERGE es la progresiva degeneración del esmalte y la dentina por la exposición al ácido, hay otros factores que pueden modificar en uno u otro sentido este proceso. De todos ellos, el más importante es, sin duda, el patrón salivar del paciente, fundamentalmente en el rol de tampón ante el material refluído.

Sin embargo, aunque la mayoría de los pacientes con un reflujo leve o moderado, no presentan estigma alguno en la cavidad oral, sí pueden expresar clínicamente otras manifestaciones del reflujo. En el caso que aquí presentamos, la clínica era sutil, pero evidente si se sospecha la posibilidad de asociación entre reflujo y dolor muscular masticatorio. Dicha asociación se basa en el hecho de que los sujetos predispuestos a sufrir ambos padecimientos son los mismos. Se trata de los clásicamente descritos como personalidades de tipo A (7).

La aparición de tinciones de prótesis o férulas, como en este caso, puede ser considerada como un estigma más de la enfermedad a nivel oral, y nos debe alertar hacia el diagnóstico de presunción de reflujo gastroesofágico.

El diagnóstico del reflujo se basa en la Ph metría esofágica y la endoscopia digestiva (esofagoscopia). La primera permitirá evaluar el paso anormal de ácido al esófago, mientras que la segunda puede mostrar una esofagitis erosiva, una estenosis péptica distal o una zona revestida de epitelio cilíndrico, con o sin estenosis péptica, úlcera o adenocarcinoma (8).

El tratamiento persigue reducir el reflujo gastroesofágico, neutralizar el material que refluye, acelerar el vaciamiento esofágico y proteger la mucosa esofágica (8).

Los casos no complicados suelen mejorar con medidas higiénico-posturales (adelgazar, evitar el tabaco, elevar la cabecera de la cama, evitar comidas copiosas y con abundante líquido,etc.).

En los casos moderados-grave es necesario complementar estas medidas. La utilización de inhibidores de la Bomba de protones, como el Omeprazol a dosis de 20 o 40 mg diarios, han demostrado ser un tratamiento extremadamente eficaz., demostrando la cicatrización de la esofagitis erosiva. La esofagitis por reflujo exige un tratamiento prolongado de 3 a 6 meses, o más si la enfermedad recidiva con rapidez. En aquellos casos persistentes, o que desarrollan importantes complicaciones, estaría indicada la cirugía antirreflujo.

En nuestro caso, en el diagnóstico podríamos encontrar el tratamiento. De esta manera, el empleo de férulas nocturnas

podría evitar la afectación de los tejidos dentarios durante el sueño, en el que el decúbito es la posición habitual.

BIBLIOGRAFIA

1. Harrison. Harrison eds. Principios de Medicina Interna ed. 14. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España, S.A.U; 2002. p. 1807-11.
2. Orr WC. Sleep and gastroesophageal reflux disease: a wake-up call. *Rev Gastroenterol Disord.* 2004;4:25-32.
3. Lazarchik DA. Effects of gastroesophageal reflux on the oral cavity. *Am J Med* 1997;103:107-13.
4. Valena V. Dental erosion patterns from intrinsic acid regurgitation and vomiting. *Aus Dent J* 2002;47:106-15.
5. Taylor G. Dental erosion associated with asymptomatic gastroesophageal reflux 1992;59:182-5.
6. Linnet V. Dental erosion in children: a literature review. *Pediatr Dent* 2001;23:37-43.
7. Keltikangas-Jarvinen L. The prevalence and construct validity of type A behaviour in patients with duodenal ulcers. *Br J Med Psychol* 1987;60:163-7.
8. Modlin I. GERD 2004: Issues from the past and a consensus for the future. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2004;18:55-66.