

Pantoprazol para el manejo de la esofagitis en la enfermedad por reflujo gastroesofágico

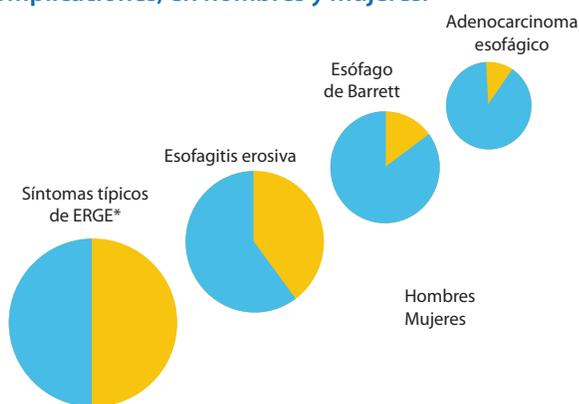


Introducción

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) representa un serio problema de salud pública global, ya que afecta a 10%-24% de los adultos y desde hace algunas décadas su prevalencia viene aumentando a una tasa de 4% por año.¹⁻¹⁰

Alrededor de 30%-40% de los pacientes desarrollan esofagitis por reflujo, de modo que se suele clasificar a la ERGE sintomática según los hallazgos endoscópicos en: no erosiva o erosiva. Si bien proporciones similares de hombres y mujeres reportan los síntomas típicos de ERGE, un porcentaje significativamente mayor de varones presentan esofagitis erosiva y sus complicaciones (**Figura 1**).^{2,3,5,7,8,11-14}

Figura 1. Representación esquemática de la tendencia epidemiológica de los síntomas de la ERGE y sus complicaciones, en hombres y mujeres.¹¹



*Pirois, regurgitación; ERGE= Enfermedad por reflujo gastroesofágico.

La clasificación Roma IV establece tres fenotipos de ERGE no erosiva: verdadera, hipersensibilidad esofágica y pirois funcional; por su parte, la categorización más ampliamente utilizada de la esofagitis erosiva (Clasificación de Los Ángeles) comprende 4 tipos (**Tabla 1**).^{3-5,9,12-15}

Tabla 1. Clasificación endoscópica (Los Ángeles) de la esofagitis erosiva.^{4,9,12,14}

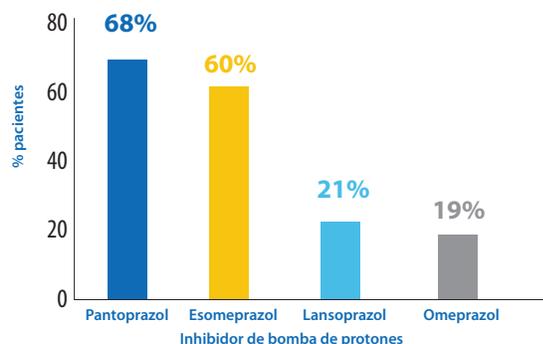
Grado	Descripción
A	Una o + erosiones mucosas < 5 mm, que no se extienden entre la parte superior de 2 pliegues mucosos
B	Una o + erosiones mucosas > 5 mm, que no se extienden entre la parte superior de 2 pliegues mucosos
C	Una o + erosiones mucosas confluentes, que se extienden entre la parte superior de 2 pliegues mucosos pero involucran < 75% de la circunferencia esofágica
D	Una o + erosiones mucosas que involucran > 75% de la circunferencia esofágica

Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) no solo son los fármacos más efectivos para lograr la curación completa de la esofagitis erosiva, con tasas de curación > 85%, sino que exhiben una eficacia superior a otros medicamentos para el alivio sintomático de la esofagitis (erosiva y no erosiva).^{1-4,7,8,11-17}

Pantoprazol versus otros IBP: evidencia clínica

Según un artículo de revisión, los resultados de diversos estudios en pacientes adultos (> 18 años) con ERGE, erosiva y no erosiva, muestran que el tiempo medio para obtener un adecuado alivio sintomático es de 2 días con pantoprazol, de 3 a 4 días con esomeprazol y de 5-6 días con omeprazol o lansoprazol, mientras que el tiempo medio para alcanzar un alivio sintomático sostenido es de 7-9 días con pantoprazol versus 13 con esomeprazol y 15-18 días con lansoprazol u omeprazol. Además, las tasas de alivio sintomático al tercer día de tratamiento son significativamente superiores con pantoprazol, que con esomeprazol, lansoprazol u omeprazol (**Figura 2**).¹⁸

Figura 2. Tasas comparativas de alivio sintomático al tercer día de tratamiento con distintos IBP.¹⁸



De acuerdo con algunos meta-análisis y estudios clínicos, las tasas promedio de curación de la esofagitis con pantoprazol (40 mg) son de 80% a las 4 semanas de tratamiento y de 90% a las 8 semanas, equiparables a las obtenidas con esomeprazol (40 mg): 85% a las 4 semanas y 92,1 a las 8 semanas, para lansoprazol (30 mg) son de 78% y 86%, respectivamente, mientras que las tasas reportadas con omeprazol (20 mg) y rabeprazol (20 mg) resultan muy similares entre sí y significativamente menores en comparación con los otros IBP mencionados (Tabla 2).¹⁹

Tabla 2. Tasas de curación de la esofagitis con distintos inhibidores de la bomba de protones (IBP).^{19,20}

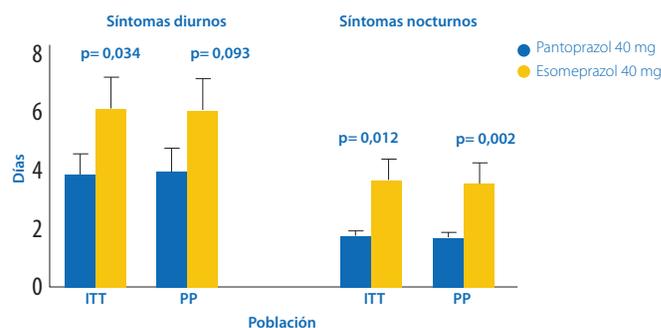
IBP	% Curación	
	4 semanas*	8 semanas*
Omeprazol 20 mg	59	79
Rabeprazol 20 mg	60	80
Lansoprazol 30 mg	78	86
Pantoprazol 40 mg	80	90
Esomeprazol 40 mg	85	92

*De tratamiento; IBP= Inhibidor de bomba de protones.

En un estudio realizado por Scholten T y colaboradores, que comparó la eficacia de pantoprazol (40 mg) versus esomeprazol (40 mg) en esquemas de dosis única diaria, para la resolución de los síntomas diurnos y nocturnos, en 217 pacientes que conformaron la población de intención de tratamiento (ITT, por Intention-to-Treat), la terapia con pantoprazol estuvo asociada a un adecuado alivio sintomático en 50% de los pacientes al cabo de 2 días y en 75% luego de 3 días, mientras que con esomeprazol se necesitaron, respectivamente, 2 y 8 días para lograr tal respuesta en iguales porcentajes de pacientes. Por otra parte, el tiempo requerido para un alivio satisfactorio de los síntomas diurnos en el grupo tratado con pantoprazol fue de $3,73 \pm 0,7$ días versus $5,88 \pm 1,04$ días para el grupo de esomeprazol ($p=0,034$), mientras que para los síntomas nocturnos, los tiempos respectivos fueron de $1,73 \pm 0,1$ días y $3,45 \pm 0,68$ días ($p=0,012$) (Figura 3) y luego

de 4 semanas la tasa general de alivio de todos los síntomas evaluados fue significativamente superior con pantoprazol que con esomeprazol (17,1% versus 12,4%).²¹

Figura 3. Tiempo requerido para alcanzar un control adecuado de los síntomas diurnos y nocturnos, en el estudio de Scholten T y colaboradores.²¹

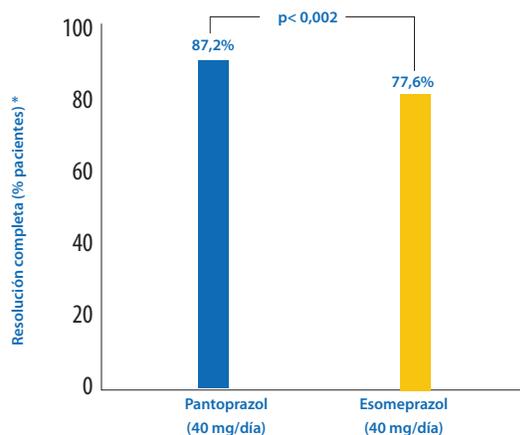


ITT= Intención de tratamiento (Intention-to-Treat); PP= Por protocolo (Per Protocol).

Otro estudio, realizado por Glatzel D y colaboradores, evaluó la eficacia para el alivio sintomático de la ERGE erosiva en 585 pacientes, quienes recibieron pantoprazol (40 mg/día) o esomeprazol (40 mg/día) por 4 semanas; al finalizar el seguimiento, los datos recopilados correspondientes a la población de intención de tratamiento mostraron unas tasas de resolución sintomática completa de 87,2% (según los puntajes de la escala ReQuest-GI) de 87,2% entre los sujetos tratados con pantoprazol y de 77,6% para esomeprazol, diferencia que fue estadísticamente significativa (Figura 4); además, durante el periodo postratamiento, la proporción de pacientes que experimentaron una recaída sintomática fue de 51% en el grupo de pantoprazol y de 61% en el de esomeprazol ($p=0,0216$) y el número de episodios también fue significativamente menor entre aquellos que recibieron pantoprazol (0,56 versus 0,74 para esomeprazol; $p=0,0095$).²²

En un estudio llevado a cabo por Moraes-Filho JP y colaboradores, que incluyó a pacientes con ERGE erosiva (grados A-D de la clasificación de Los Ángeles) tratados con pantoprazol ($n=290$) o esomeprazol ($n=288$), a dosis de 40 mg/día para ambos agentes, las tasas de remisión completa (puntaje en la escala ReQuest-GI $< 1,73$ + curación endoscópica de la esofagitis) para la semana 4 de tratamiento fueron iguales con pantoprazol y esomeprazol, mientras que en la semana 8 fueron superiores en el grupo de pantoprazol versus esomeprazol (Tabla 3), sin que dicha diferencia fuera significativa; sin embargo, la tasa de alivio sintomático para la

Figura 4. Resolución sintomática completa con pantoprazol o esomeprazol a las 4 semanas de tratamiento, en la población de intención de tratamiento (ITT).²²



*Según puntaje de escala ReQuest-GI.

semana 8 fue significativamente mayor con el primero de estos IBP (Figura 5), a consecuencia de la continua mejoría de los síntomas asociada a pantoprazol, entre las semanas 4 a 8.²³

Tabla 3. Tasas de remisión completa a las 4 y 8 semanas de tratamiento, en el estudio de Moraes-Filho JP y colaboradores.²³

IBP	% Remisión completa*	
	4 semanas	8 semanas
Pantoprazol 40 mg/día	61,2	81
Esomeprazol 40 mg/día	61,1	79

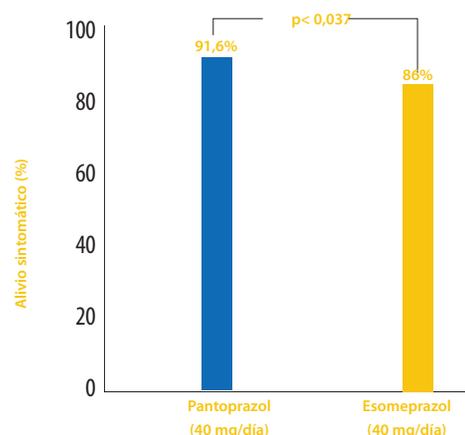
*Puntaje en la escala ReQuest-GI < 1,73 + curación endoscópica. IBP= Inhibidor de bomba de protones.

Conclusiones

Los IBP son los fármacos más efectivos tanto para el alivio sintomático de la esofagitis (erosiva y no erosiva), como para lograr la curación completa de la esofagitis erosiva, con tasas reportadas de curación > 85%.^{1-4,7,8,11-17}

Tal como indica la evidencia derivada de diversos meta-análisis y estudios clínicos en pacientes con ERGE erosiva y no erosiva, entre los distintos IBP actualmente disponibles, pantoprazol brinda tasas superiores de alivio sintomático en un menor tiempo luego de iniciado el tratamiento y remisión completa de la sintomatología, a la vez que está asociado a altas tasas de curación de la esofagitis, entre otros beneficios clínicos.¹⁸⁻²³

Figura 5. Tasas de alivio sintomático a las 8 semanas de tratamiento, en el estudio de Moraes-Filho JP y colaboradores.²³



Referencias

- Chung TW, Chen SC, Chen KT. Current status of gastroesophageal reflux disease: diagnosis and treatment. *Acta Gastroenterol Belg* 2017; 80: 396-404.
- Alshehri SS, Alzahrani MAM, Jan OM, et al. Prevalence, causes, risk factors and updates of management of GERD. *EC Microbiol* 2020; 16:1-8.
- Azzam RS. Are the persistent symptoms to proton pump inhibitor therapy due to refractory gastroesophageal reflux disease or to other disorders? *Arq Gastroenterol* 2018; 55 (Suppl 1): 85-91.
- Young A, Kumar MA, Thota PN. GERD: a practical approach. *Cleve Clin J Med* 2020; 87: 223-30.
- Mahoney LB, Rosen R. The spectrum of reflux phenotypes. *Gastroenterol Hepatol* 2019; 15: 646-54.
- Richter JE, Rubenstein JH. Presentation and epidemiology of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 2018; 154: 267-76.
- Badillo R, Francis D. Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *World J Gastrointest Pharmacol Ther* 2014; 5: 105-12.
- Sandhu DS, Fass R. Current trends in the management of gastroesophageal reflux disease. *Gut Liver* 2018; 12: 7-16.
- Hunt R, Armstrong D, Katelaris P, et al. World Gastroenterology Organization Global Guidelines: GERD global perspective on gastroesophageal reflux disease. *J Clin Gastroenterol* 2017; 51: 467-78.
- Nirwan JS, Hasan SS, Babar ZD, et al. Global prevalence and risk factors of gastro-oesophageal reflux disease (GORD): systematic review with meta-analysis. *Sci Rep* 2020; 10:5814-27.
- Boeckstaens G, El-Serag HB, Smout AJP, Kahrilas PJ. Symptomatic reflux disease: the present, the past and the future. *Gut* 2014; 63: 1185-93.
- Huerta-Iga F, Bielsa-Fernández MV, Remes-Troche JM, y cols. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: recomendaciones de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. *Rev Gastroenterol Mex* 2016; 81: 208-22.
- Alzubaidi M, Gabbard S. GERD: diagnosing and treating the burn. *Cleve Clin J Med* 2015; 82: 685-92.
- Henry MA. Diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Arq Bras Cir Dig* 2014; 27: 210-5.
- Hungin APS, Molloy-Bland M, Scarpignato C. Revisiting Montreal: new insights into symptoms and their causes, and implications for the future of GERD. *Am J Gastroenterol* 2019; 114: 414-21.
- Jo SY, Kim N, Lim JH, et al. Comparison of gastroesophageal reflux disease symptoms and proton pump inhibitors response using gastroesophageal reflux disease impact scale questionnaire. *J Neurogastroenterol Motil* 2013; 19: 61-9.
- Scarpignato C. Poor effectiveness of proton pump inhibitors in non-erosive reflux disease: the truth in the end! *Neurogastroenterol Motil* 2012; 24: 697-704.
- Hrelja N, Zerem E. Proton pump inhibitors in the management of gastroesophageal reflux disease. *Med Arh* 2011; 65: 52-5.
- Yacyshyn BR, Thomson ABR. The clinical importance of proton pump inhibitor pharmacokinetics. *Digestion* 2002; 66: 67-78.
- Iwakiri K, Kawami N. Pathophysiology and treatment of reflux esophagitis. *Nihon Rinsho* 2015; 73: 1098-102.
- Scholten T, Gatz G, Hole U. Once-daily pantoprazole 40 mg and esomeprazole 40 mg have equivalent overall efficacy in relieving GERD-related symptoms. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18: 587-94.
- Glatzel D, Abdel-Oader M, Gatz G, Pfaffenberger G. Pantoprazole 40 mg is more effective than esomeprazole 40 mg to relieve symptoms of gastroesophageal reflux disease after 4 weeks of treatment and superior regarding the prevention of symptomatic relapse. *Digestion* 2007; 75 (Suppl 1): s69-78.
- Moraes-Filho JP, Pedroso M, Quigley EM; PAMES Study Group. Randomised clinical trial: daily pantoprazole 40 mg vs. esomeprazole 40 mg for gastro-oesophageal reflux disease, assessed by endoscopy and symptoms. *Aliment Pharmacol Ther* 2014; 39: 47-56.



Pantocal®

Pantoprazol sódico sesqui-hidratado



Eficacia en el tratamiento de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE); Proporciona alivio más rápido de los síntomas diurnos y nocturnos.⁽¹⁾



Eficacia en el tratamiento del paciente adulto mayor (>65) diagnosticado con esofagitis.⁽²⁾



Absorción no alterada por alimentos.⁽³⁾



Seguro en paciente polimedicado; mínimo riesgos de interacciones medicamentosas vs. otros IBP.⁽⁴⁾



Útil en tratamientos combinados para erradicación de *Helicobacter pylori*.⁽⁵⁻⁶⁾

✓ LO QUE SU PACIENTE NECESITA PARA EL TRATAMIENTO DE ACIDEZ GÁSTRICA



TABLETA DE
FÁCIL DEGLUCIÓN



Material
ALU-ALU
que asegura
la calidad del
producto

Tabletas de 40 mg caja x 14
Tabletas de 40 mg caja x 28

Registro INVIMA 2013M-0014619



Eurofarma
Ampliando horizontes