

Clasificación de Los Ángeles de esofagitis

¹Departamento de Gastroenterología Pontificia Universidad Católica de Chile.

Alberto Espino E.¹

Recibido: 16 de abril de 2010
Aceptado: 18 de abril de 2010

Los Angeles Classification of Esophagitis

Correspondencia a:

Alberto Espino E.
Marcoleta # 367,
Santiago de Chile
Fono
(56) 2 3543820
Fax (56) 2 6397780
E-mail:
aespino@med.puc.cl

Introducción

El reflujo gastroesofágico (RGE) es la patología gastrointestinal más común a nivel ambulatorio. Afecta entre un 5 a 25% de la población occidental^{1,2}. Actualmente no existe un examen "gold standard" para objetivar el diagnóstico de RGE. Las definiciones desarrolladas se han basado en la combinación de características de la enfermedad. Por ejemplo, un grupo de trabajo internacional³ definió el RGE como el contenido gástrico dentro del esófago que genera esofagitis, síntomas de reflujo suficiente para comprometer la calidad de vida, o el riesgo de complicaciones a largo plazo. Esta definición se basa en otras anteriores^{4,5} y destaca que el RGE se convierte en enfermedad cuando causa daño macroscópico al esófago o afecta la calidad de vida del paciente⁶.

La identificación de esofagitis con endoscopia alta es altamente específica (90-95%)⁷, pero tiene una sensibilidad de alrededor de 50%⁵. La enfermedad por RGE es subdividida en RGE con esofagitis o erosivo y RGE con endoscopia negativa (o RGE no erosivo). Para objetivar mejor el diagnóstico y la severidad de la esofagitis se han intentado usar múltiples clasificaciones endoscópicas como Savary-Miller, Hetzel-Dent y MUSE, pero no contaron con un número suficiente de estudios comparativos y presentaron un significativo error inter-observador⁸.

Un sistema de clasificación de esofagitis con alta reproducibilidad, práctico, fácil de recordar y que mejora la comunicación de especificidad llamado Clasificación de Los Ángeles fue discutido por primera vez en 1994 en el Congreso Mundial de Gastroenterología (WGO) realizado en la ciudad de Los Ángeles. EE.UU.⁹ y luego fue publicado en forma definitiva en 1999¹⁰. Actualmente es el método más ampliamente utilizado para la descripción de la esofagitis por RGE.

Descripción de la Clasificación de Los Ángeles

Sus criterios se basan en la descripción de la extensión de las lesiones (erosiones) en la mucosa visible, en el supuesto que representa un mayor valor diagnóstico y pronóstico de la enfermedad¹⁰. No incluye

valorar la profundidad de las lesiones. Se describen cuatro grados de esofagitis erosiva (Figuras 1 y 2):

Grado A: Una (o más) lesiones de la mucosa, menor o igual a 5 mm de longitud, que no se extienden entre la parte superior de dos pliegues de la mucosa.

Grado B: Una (o más) lesiones de la mucosa, de longitud mayor a 5 mm, que no se extienden entre la parte superior de dos pliegues de la mucosa.

Grado C: Una (o más) lesiones de la mucosa, que se extienden más allá de la parte superior de dos pliegues de la mucosa pero, que afectan menos del 75% de la circunferencia del esófago.

Grado D: Una (o más) lesiones de la mucosa, que afectan al menos un 75% de la circunferencia esofágica.

Utilidad de la Clasificación de Los Ángeles

Validación

La Clasificación de Los Ángeles es producto de un exigente proceso de validación. Cuarenta y seis endoscopistas de diferentes países (Europa, EE.UU., Australia y Japón) usaron un detallado protocolo para evaluar registros de videos endoscópicos de 22 pacientes con todos los rangos de severidad de esofagitis por RGE. La evaluación de la extensión circunferencial de esofagitis por los criterios de lesiones (erosión) de la mucosa, presentó un aceptable nivel de concordancia (índice de Kappa 0,4) inter-observador. En distintos estudios, la clasificación de Los Ángeles fue correlacionada con monitorización de pH de 24 horas, y con estudios clínicos usando Omeprazol. La severidad de exposición ácida esofágica fue significativamente ($p < 0,01$) relacionada con el grado de severidad de esofagitis. Los grados de esofagitis (A-C) pre-tratamiento fueron relacionados con la severidad de la pirosis ($p < 0,01$); con la predicción del resultado del tratamiento supresor de ácido ($p < 0,01$); y con el riesgo de recaída de síntomas libre de terapia por 6 meses. Desde su introducción como clasificación se ha convertido en el sistema predominantemente usado en estudios de investigación clínica y evaluación de respuesta a farmacoterapia en RGE⁸⁻¹⁰.

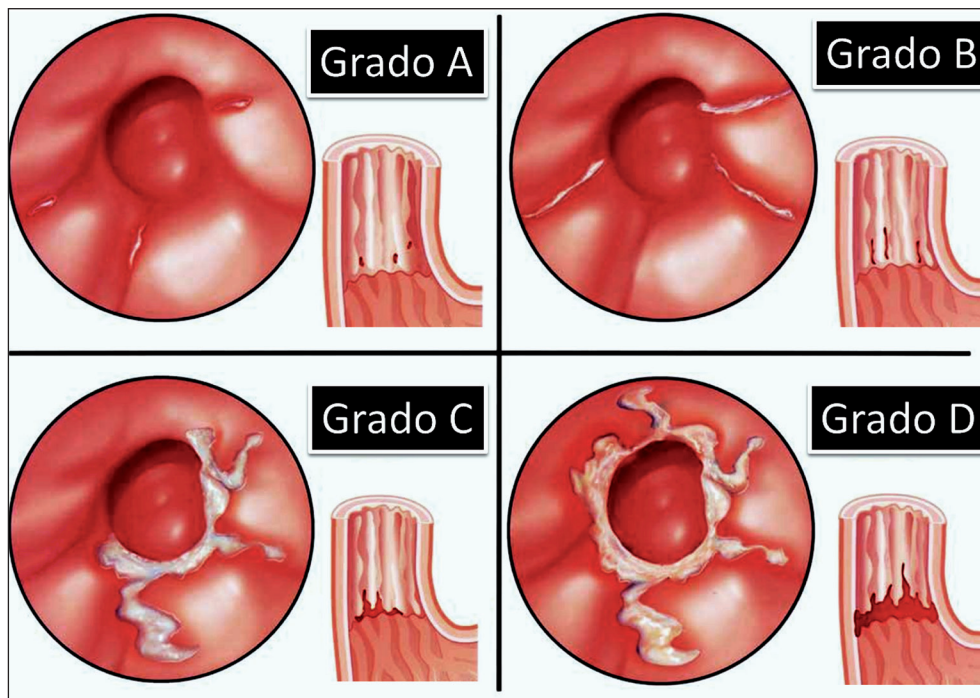


Figura 1. Representación esquemática de la Clasificación de Los Ángeles de Esofagitis. Adaptado de Gut 1999; 45: 172-80 y Gastrointestinal Endoscopy 2004; 60: 253-7.

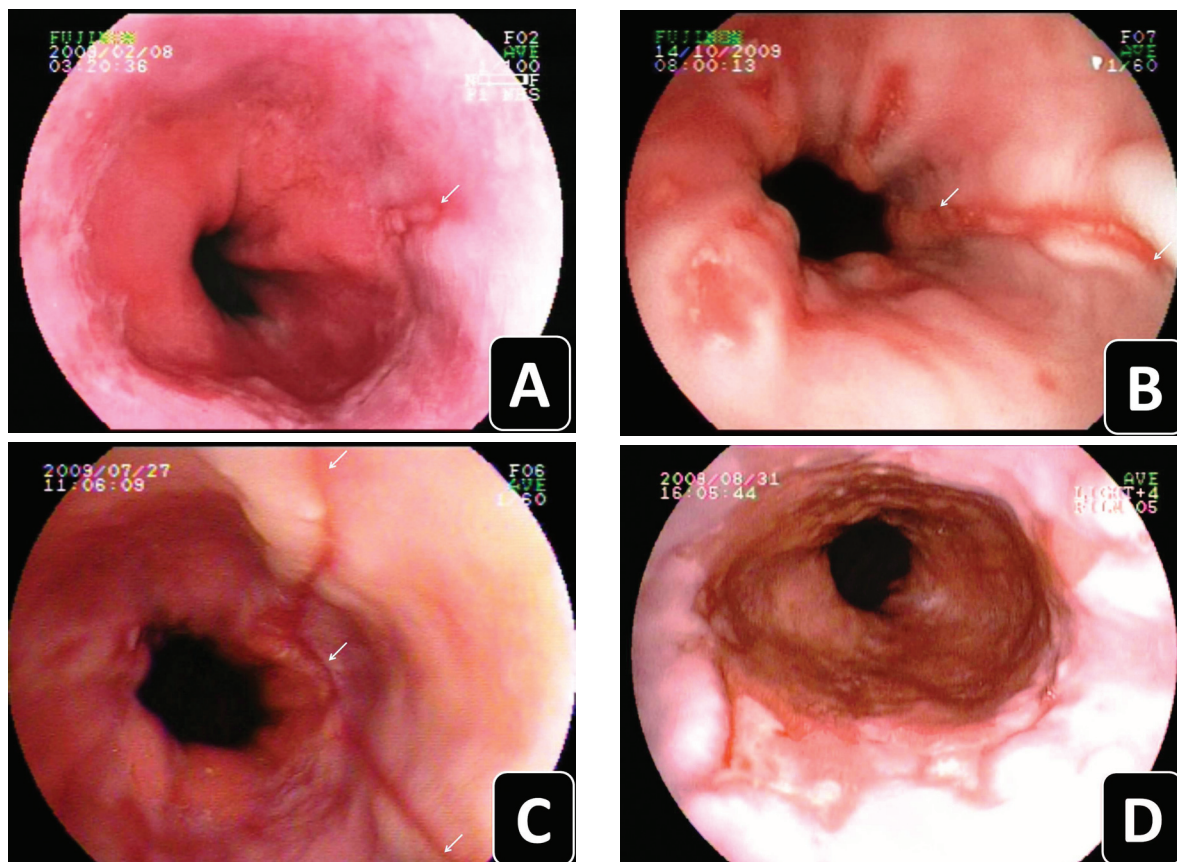


Figura 2. Clasificación de Los Ángeles de Esofagitis. Fotografías del Centro Endoscopia Digestiva Hospital Clínico UC.

Clasificaciones en Gastroenterología

Limitantes

La Clasificación de Los Ángeles no considera otras manifestaciones de daño macroscópico por RGE, tales como úlceras, estenosis esofágica, ni ausencia/presencia de Barrett.

Por otra parte, la exclusión de la mucosa esofágica con cambios mínimos (por ejemplo: eritema en esófago distal, incremento de vasos, edema, acantosis, descoloración turbia, línea Z borrosa) es considerada como una limitación significativa por algunos usuarios, especialmente en Japón y Corea. Algunos datos sugieren que cambios mínimos pueden ahora ser reco-

nocidos con las nuevas técnicas endoscópicas que incluyen endoscopia de alta resolución, magnificación, cromoendoscopia, narrow-band imaging (NBI), Fuji Intelligent Color Enhancement (FICE) y endomicroscopia confocal. Todas estas nuevas tecnologías pueden identificar cambios mínimos no posibles de percibir con la tradicional endoscopia de luz blanca. Si esta afirmación puede ser adecuadamente validada y de fácil replicación, una adición formal de los criterios de cambios mínimos podría eventualmente mejorar en forma significativa la sensibilidad de la endoscopia para la enfermedad por reflujo¹¹⁻¹³.

Referencias

- 1.- Peter J. Kahrilas, M.D. Gastroesophageal Reflux Disease. *N Engl J Med* 2008; 359: 1700-7.
- 2.- Paul Moayyedi, Nicholas J Talley. Gastro-oesophageal reflux disease. *Lancet* 2006; 367: 2086-100.
- 3.- Dent J, Armstrong D, Delaney B, Moayyedi P, Talley J, Vakil N. Symptom evaluation in reflux disease: workshop background, processes, terminology, recommendations, and discussion outputs. *Gut* 2004; 53: 1-24.
- 4.- DeVault KR, Castell DO. American College of Gastroenterology updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 190-200.
- 5.- Anon. An evidence-based appraisal of reflux disease management: the Genval Workshop Report. *Gut* 1999; 44: S1-16.
- 6.- Junghard O, Carlsson R, Lind T. Sufficient control of heartburn in endoscopy-negative gastro-oesophageal reflux disease trials. *Scand J Gastroenterol* 2003; 38: 1197-99.
- 7.- Richter JE. Diagnostic tests for gastroesophageal reflux disease. *Am J Med Sci* 2003; 326: 300-8.
- 8.- Devjit S. Nayar, MD, Michael F. Vaezi. Classifications of esophagitis: Who needs them? *Gastrointestinal Endoscopy*. 2004; 60: 253-7.
- 9.- Armstrong D, Bennett JR, Blum AL, et al. The endoscopic assessment of esophagitis: a progress report on observer consistency. *Gastroenterology* 1996; 111: 85-92.
- 10.- Lundell LR, Dent J, Bennett JR, et al. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. *Gut* 1999; 45: 172-80.
- 11.- Dent J. Endoscopic grading of reflux oesophagitis: the past, present and future. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2008; 22 (4): 585-99.
- 12.- Gary W. Falk. Conventional Endoscopic Identification of Non-Erosive Reflux Disease Adequate? *Digestion* 2008; 78: 17-23.
- 13.- Jun Haeng Lee, Nayoung Kim, Il Kwun Chung, Yun-Ju Jo. Clinical significance of minimal change lesions of the esophagus in a healthy Korean population: A nationwide multi-center prospective study. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2008; 23: 1153-7.