

UN DIAGNÓSTICO CERTERO

Reflujo alcalino: cuando tragar bilis nos enferma

¿Ardor en el estómago? Probablemente creas que tienes un problema de acidez, pero puede que sea al contrario y que la causa de tus males sea más que amarga

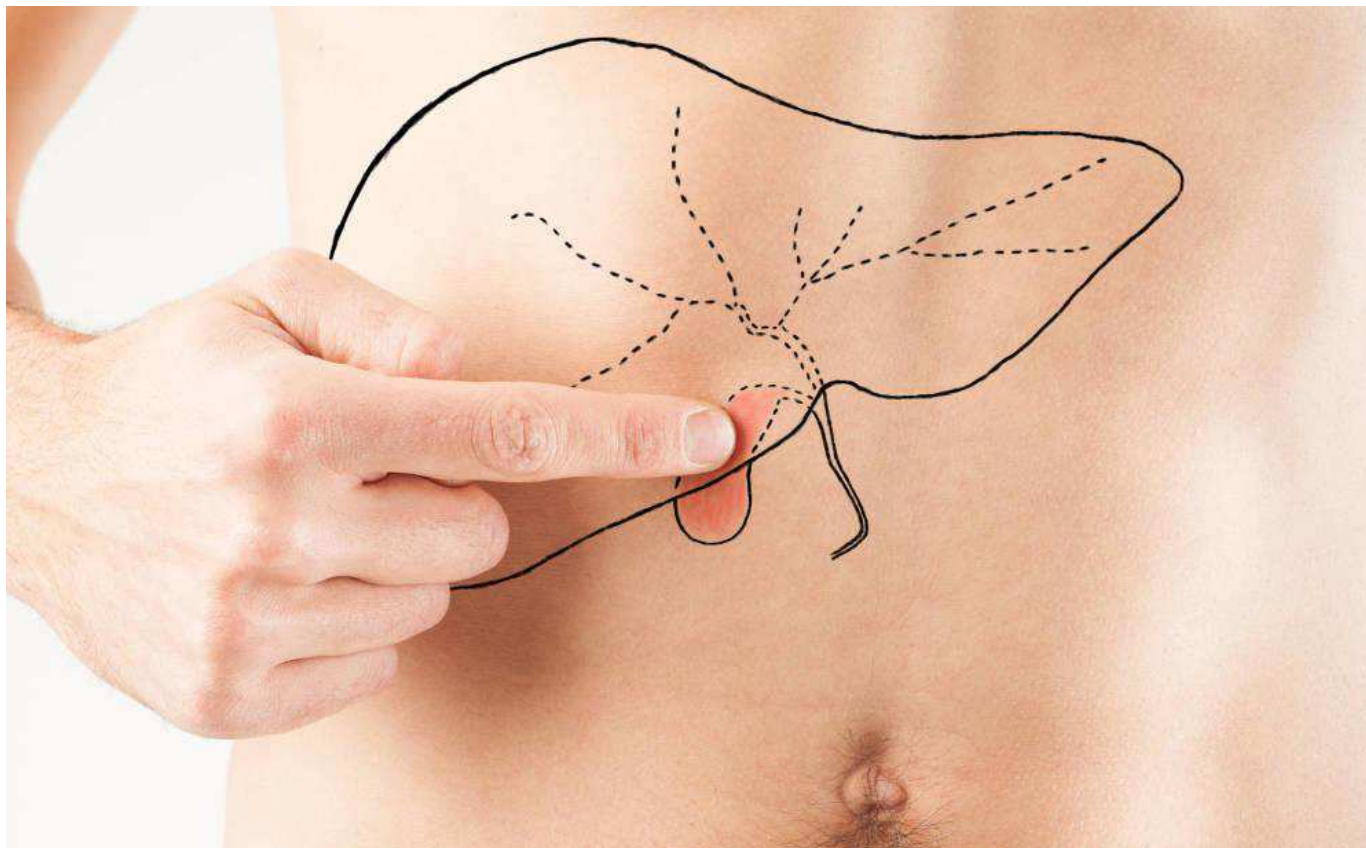
[María Corisco](#)

[Contacto](#)

Jue, 28 Mar 2019 – 05:00 H.

Actualizado: 7 H.

Tiempo de lectura: 6 min



La vesícula biliar es la encargada de fabricar bilis. (iStock)

Muchas veces, en medicina, las cosas no son lo que parecen: hay **síntomas que se solapan** e inducen a un error en el diagnóstico y, en consecuencia, a un tratamiento equivocado. Es lo que sucede frecuentemente con un tipo de [reflujo gastroesofágico](#), el reflujo biliar: sentimos ardor, escozor, quemazón en el estómago y lo más fácil es pensar que se trata de un problema de acidez. Si en ese momento tomamos un antiácido o un medicamento tipo [omeprazol](#) (los inhibidores de la bomba de protones o IBM), es probable que, lejos de aliviarnos, estemos **complicando el problema aún más**.

Esto sucede porque, en este caso, el reflujo **no es ácido, sino alcalino**. Porque lo que refluye, en realidad, no es el contenido del estómago, sino la bilis. Porque resulta que sí, que ese líquido amargo -que tanto identificamos con el mal carácter o con un mal trago- puede estar a veces fuera de su sitio: en lugar de encontrarse en el duodeno cumpliendo su función, que es la de **digerir las grasas**, sube hacia el estómago, asciende por el esófago y puede llegar hasta la boca.

Los pacientes sienten un ardor que no se alivia con el uso de antiácidos ni de 'omeprazoles'

Veamos cómo y por qué sucede esto. Para ello, no nos viene mal dar un pequeño repaso a nuestro libro de ciencias: en primer lugar, debemos recordar que, cuando hacemos la digestión, los alimentos y fluidos digestivos deben seguir un **camino descendente**: del esófago al estómago y de este hacia el intestino. Para ayudar en el proceso tenemos dos esfínteres: el cardias, que se abre para dejar que pase la comida del esófago al estómago (y que se cierra a continuación), y el píloro, que se abre para dejar que pase del estómago al intestino delgado (y que también debe cerrarse después). Es **un sistema de compuertas en una única dirección: hacia abajo**.

Tenemos también la bilis, un jugo compuesto por agua, sales biliares, proteínas, colesterol y hormonas, que se produce en el hígado y se transforma y almacena en la [vesícula biliar](#); cuando comemos, la bilis -unida a los jugos pancreáticos- se va liberando de forma intermitente hacia el duodeno, que es donde debe trabajar haciendo la digestión. Y algo muy importante: se trata de un jugo muy [alcalino](#), con **un pH de 8**, una característica que va a ser clave en el desarrollo de la patología.

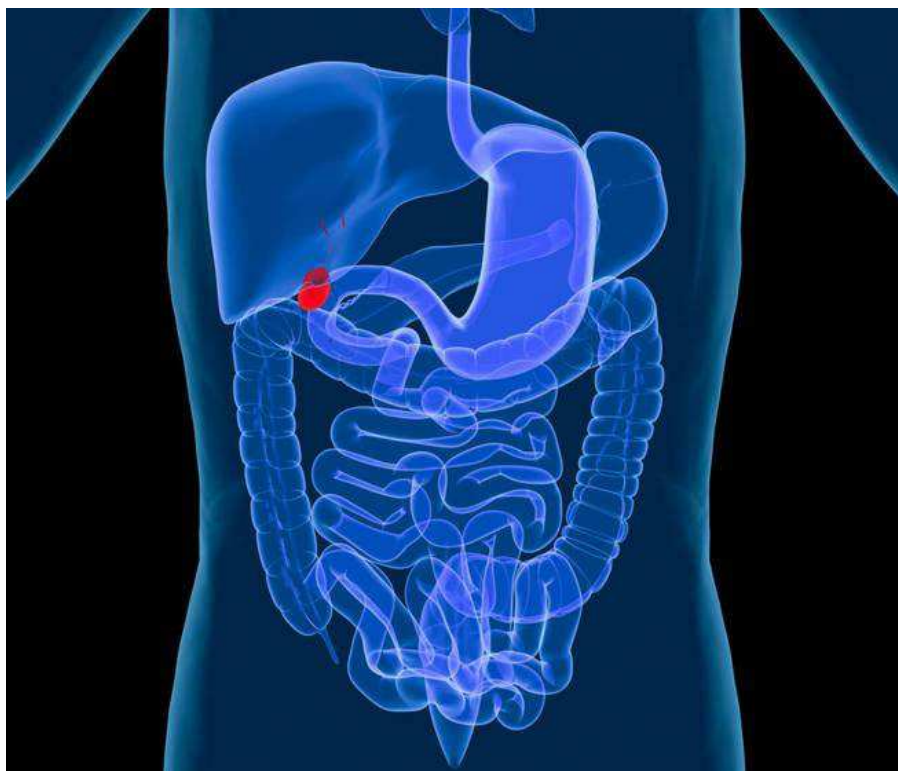


Foto: iStock.

Bien, tenemos esa bilis en el duodeno. ¿Qué ocurre? Que a veces, y por mecanismos que no se conocen bien -aunque a menudo se da en personas que han sufrido algún tipo de cirugía gástrica-, “en lugar de seguir su camino se refluye hacia atrás, **salta la barrera del píloro** y vuelve a entrar en el estómago -explica el doctor **Gonzalo Guerra Flecha**, especialista en Digestivo del Centro Médico-Quirúrgico de Enfermedades Digestivas ([CMED](#))-. De esta forma, un líquido con pH 8 llega a un entorno que tiene un pH 3. El conflicto está servido. Un medio muy ácido en contacto con otro muy alcalino no puede sino producir problemas”.

Esos problemas se manifiestan con **síntomas muy similares**, prácticamente idénticos, a los del reflujo gastroesofágico clásico (ERGE), en el que el problema es justamente el contrario: la acidez. “Y surge el problema: ante un cuadro de ardor de estómago, le inercia es recurrir a los antiácidos. Y estás agravando aún más los síntomas”.

En busca de un diagnóstico

Lo primero es, por tanto, dar con un diagnóstico certero lo antes posible. “La primera sospecha de que no estamos ante un reflujo por acidez, sino ante un reflujo biliar, viene cuando los pacientes te refieren que no le sirven de nada los antiácidos ni los IBP -explica el doctor **Luis Miguel de Benito**, especialista en Digestivo y director de la [Clínica Benito de Benito](#)-. Nos hablan de ardor y escozor que no mejora con omeprazol. Si haces una endoscopia, verás **un charco de bilis en el estómago**; la aspiras y te encuentras con una mucosa enrojecida. Si lo biopsias, te encontrarás con una gastritis alcalina”.

No solo eso: **el reflujo puede, además, ser doble**. Ya hemos visto que la bilis se ha saltado la barrera de un píloro ‘defectuoso’ que le ha franqueado el paso hacia arriba, hacia el estómago. “Si, además, nos encontramos con un cardias que tampoco funcione adecuadamente, que no cierre bien el paso, la bilis puede ascender al esófago y llegar incluso a la boca”, explica el doctor Guerra-Flecha.

Si el reflujo sube más allá del estómago, puede provocar esófago de Barret, una afección premaligna

Ese paso de la bilis por el esófago no suele ser tan agresivo como sucede en el reflujo ácido, y esto también puede provocar que una revisión superficial lo pase por alto, dado que no se ven lesiones. “Pero **no hay que minimizar su impacto** -asegura el experto-. Si se da una situación de reflujo continuo, tanto biliar como ácido, se puede producir lo que se conoce como esófago de Barret’, una afección premaligna en la que el revestimiento interior del esófago se modifica y puede dar lugar a un cáncer”.

Pocas bromas, entonces. Ahora bien, ¿cómo se puede tratar el reflujo biliar? O, más exactamente, ¿tiene tratamiento? Ambos especialistas coinciden en que no es una patología de fácil solución. En principio, se aborda con la **prescripción de procinéticos**, medicamentos que facilitan la propulsión del alimento y de los jugos digestivos hacia abajo. En cuanto a la cirugía, no está clara su eficacia. “Si hablamos de hacer un cerclaje, de reparar el píloro para que la bilis no se salga del duodeno al estómago, es posible, pero se considera más perjudicial que beneficioso”.



Foto: iStock.

Por otra parte, también es importante buscar las causas más allá de la fisiología, más allá del aparato digestivo. “Tenemos comprobado que se trata de una patología que guarda una clara relación con **trastornos motores vinculados a emociones**, al estrés y la [ansiedad](#)”, asegura el doctor Benito. Y lo corrobora el doctor Guerra-Flecha: “Tiene mucho que ver con situaciones anímicas complicadas, estresantes. Y más aún en la gran ciudad. Es una enfermedad ‘urbanita’”.

Se trata, pues, de intentar identificar y corregir esos factores de estrés, pero también de modificar determinados comportamientos, como los malos hábitos alimentarios y de descanso. Es conveniente evitar comer inmediatamente antes de dormir o tumbarnos boca arriba inmediatamente después de las comidas. A estas recomendaciones -igualmente útiles para el reflujo ácido- se les suma la de **dejar de fumar**.