

## **Enfermedad de reflujo gastroesofágico y su relación con afecciones otorrinolaringológicas**

Gastroesophageal Reflux Disease and its Relationship with  
Otorhinolaryngological Conditions

Malena Hernández Montero<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0009-0009-5373-5514>

Gisel Hernández Montero<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0001-5393-3793>

<sup>1</sup>Arima General Hospital. Arima, Trinidad y Tobago.

<sup>2</sup>Hospital Clínico Quirúrgico Dr. Carlos J. Finlay. La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [malenah647@gmail.com](mailto:malenah647@gmail.com)

Recibido: 12/02/2025

Aceptado: 14/03/2025

El consenso latinoamericano de reflujo gastroesofágico en Cancún, 2004, define la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERG) como recurrente, relacionada con el flujo retrógrado del contenido gástrico (con o sin contenido duodenal) al esófago o a los órganos adyacentes. Presenta un espectro variado de síntomas que deterioran la calidad de vida del paciente y puede presentarse con o sin daño tisular. Está presente cuando los síntomas cardinales (pirosis y regurgitaciones ácidas) aparecen al menos 2 veces a la semana.<sup>(1)</sup>

Se estima que la ERG es uno de los trastornos gastrointestinales más frecuentes, con una prevalencia de un 10-20 % de la población.<sup>(2,3)</sup> La causa más frecuente es por el mal cierre del esfínter esofágico inferior. Existe un grupo de factores de riesgo que pueden favorecer la aparición de esta enfermedad como: el consumo de alcohol, el embarazo, la obesidad, el

tabaquismo, la esclerodermia, medicamentos (benzodiazepinas, anticálcicos, antidepresivos), ingerir alimentos ricos en grasas, la hernia hiatal y el consumo de bebidas como el café, entre otros.<sup>(4,5)</sup>

El síntoma que más frecuentemente aquejan los pacientes es la acidez, pero pueden aparecer síntomas faringo-laríngeos como son: sensación de tener un nudo en la garganta, tos crónica, laringitis, otalgia y odinofagia.<sup>(6)</sup>

Estos cuadros pueden tener complicaciones en el esófago, tales como: esofagitis, estenosis, úlceras, sangrados y cambios precancerosos. Pueden aparecer anemias como resultado de sangrados, asma, inapetencia, vómito persistente y adelgazamiento sin razón aparente. También pueden aparecer otras desde el punto de vista otorrinolaringológico, como son: sinusitis, otitis medias recurrentes, faringitis crónicas y constituir factores de riesgo para el cáncer supraglótico de laringe.<sup>(7,8)</sup>

El diagnóstico de la enfermedad de reflujo gastroesofágico se basará en la realización de un buen interrogatorio y examen físico. En no pocas ocasiones se solicita interconsulta de otorrinolaringología por confundirse estos síntomas con enfermedades respiratorias altas u otros padecimientos de la especialidad.

Dentro de los estudios complementarios pueden indicarse endoscopia superior y toma de biopsia si existe evidencia de inflamaciones o alguna complicación. También, puede realizarse la prueba ambulatoria para medir presencia de ácido (pH), la manometría esofágica (que mide las contracciones musculares rítmicas del esófago al tragar, y la coordinación y fuerza que ejercen los músculos del esófago). Los estudios radiológicos contrastados de esófago también suelen dar mucha información.<sup>(3,9)</sup>

El tratamiento inicialmente incluye la modificación en el estilo de vida del paciente, con lo cual mejora o desaparecen los síntomas que lo aquejan. Cuando los síntomas sugieren el diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, puede iniciarse el tratamiento sin pruebas. Estas suelen reservarse para situaciones en las que el diagnóstico no está claro, o si el tratamiento no ha controlado los síntomas o si estos han estado presentes durante largo tiempo.

Las medidas fundamentales son: Elevar la cabecera de la cama, suprimir los medicamentos y alimentos que causan síntomas o estimulan la producción de ácido, evitar comer y acostarse rápidamente, adelgazar, abandonar el hábito de fumar. La medicina alternativa no

ha demostrado un efecto curativo, pero puede aliviar los síntomas, las infusiones de manzanilla y regaliz pueden utilizarse y las terapias de relajación ayudan a calmar la ansiedad y el estrés.

Los medicamentos inhibidores de la bomba de protones actúan bloqueando el paso final de la producción de ácidos en el estómago. Constituyen la terapia más efectiva para los síntomas de reflujo. Los bloqueadores de la Histamina-2 (H2) disminuyen la producción de ácido en el estómago y son útiles en síntomas leves de la enfermedad. Los procinéticos estimulan el desplazamiento del contenido a través del esófago, el estómago y los intestinos. No son muy eficaces, pero se utilizan junto con los inhibidores de la bomba de protones.<sup>(6,10)</sup> La cirugía es una opción para el tratamiento del reflujo gastroesofágico en personas que no toleran los fármacos o presentan muchos síntomas. Debe ser realizada atendiendo a riesgos y beneficios, ya que puede tener efectos adversos.

## Referencias bibliográficas

1. Clarke AT, Wirz AA, Manning J, Manning SA, Alcorn DJ, McColl KE. Severe reflux disease is associated with an enlarged unbuffered proximal gastric acid pocket. National center for biotechnology information. Pubmed Gud. 2008;57;292-7. DOI: <https://doi.org/doi.org/10.1136/gut.2006.109421>
2. Masawe WA, Nkya A, Abraham ZS. Enfermedad por reflujo laringofaríngeo. Prevalencia y características clínicas en el departamento de otorrinolaringología de un hospital terciario de Tanzania. World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2021;7:28-33. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.wjorl.2020.04.009>
3. Katzka DA, Pandolfino JE, Kahrilas PJ. Phenotypes of Gastroesophageal Reflux Disease: Where Rome, Lyon, and Montreal Meet. Clinical Gastroenterology and Hepatology. 2020;18:767-76. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.07.015>
4. Guadagnoli L, Yadlapati R, Taft T, Pandolfino JE, Tye M, Keefer L. Esophageal hypervigilance is prevalent across gastroesophageal reflux disease presentations. Neurogastroenterol Motil. 2021;33(8):e14081. DOI: <https://doi.org/10.1111/nmo.14081>

5. Fass R, Boeckxstaens GE, El-Serag H, Rosen R, Sifrim D, Vaezi MF. Gastro-oesophageal reflux disease. *Nat Rev Dis Primers* 2021;7(1):55. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00287-w>
6. Katzka DA, Kahrilas PJ. Advances in the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *BMJ*. 2020;371:m3786. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m3786>
7. O'Hara J, Stocken D, Watson G. Uso de inhibidores de la bomba de protones para tratar los síntomas persistentes de la garganta: ensayo multicéntrico, doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo. *BMJ*. 2021;372:m4903. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m4903>
8. Rodriguez L, Rodriguez P, Gomez B, Ayala JC, Oksenberg D, Perez-Castilla A, et al. Long-term results of electrical stimulation of the lower esophageal sphincter for the treatment of gastroesophageal reflux disease. *Endoscopy*. 2013;45:595-604. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0033-1344213>
9. Galmiche J, Hatlebakk J, Attwood S, Ell C, Fiocca R, Eklund S, et al. Laparoscopic antireflux surgery vs esomeprazole treatment for chronic GERD: The LOTUS randomized clinical trial. *JAMA*. 2011;305:1969-77. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2011.626>
10. Manabe N, Haruma K, Ito M, Takahashi N, Takasugi H, Wada Y, et al. Efficacy of adding sodium alginate to omeprazole in patients with nonerosive reflux disease: A randomized clinical trial. *Dis Esophagus*. 2012;25:373-80. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1442-2050.2011.01276.x>

### Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.