

Enfermedad por reflujo gastroesofágico en poblaciones especiales

Francisco M. Huerta-Iga^{1*} y Marlene A. Ruiz-Castillo²

¹Servicio de Gastroenterología, Hospital Ángeles Torreón, Torreón, Coahuila; ²Servicio de Gastroenterología Pediátrica, Hospital del Niño, DIF-Pachuca, Pachuca, Hidalgo, México

Resumen

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) tiene particularidades en poblaciones especiales, como los lactantes y niños, las mujeres embarazadas y las personas de la tercera edad. En este artículo se presentan las características principales y las variaciones en la fisiología y la fisiopatología de la ERGE, las presentaciones clínicas típicas y atípicas, las indicaciones para realizar estudios de apoyo diagnóstico y los diferentes tipos de tratamiento para cada edad.

Palabras clave: Reflujo. Embarazo. Niños. Ancianos. Poblaciones especiales.

Gastroesophageal reflux disease in special groups

Abstract

Gastroesophageal reflux disease (GERD) has particularities in special populations such as infants and children, pregnant women and the elderly. This article presents the main characteristics and variations in the physiology and pathophysiology of GERD, the typical or atypical clinical presentations, the indications for diagnostic support studies, as well as the different types of treatment for each age.

Keywords: Reflux. Pregnancy. Children. Elderly. Special groups.

***Correspondencia:**

Francisco M. Huerta-Iga
E-mail: drhuertaiga@gmail.com

Fecha de recepción: 14-06-2025

Fecha de aceptación: 21-09-2025

DOI: 10.24875/CGM.25000012

Disponible en línea: 10-12-2025
Clín. Gastroenterol. Méx. 2025;1(3):284-291
www.clinicasgastroenterologiademexico.com

3081-4928 / © 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Enfermedad por reflujo gastroesofágico en el embarazo

Es bien conocido que el embarazo, por sí mismo, es una condición que predispone a presentar enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Los cambios hormonales disminuyen la presión del esfínter esofágico inferior y afectan la motilidad gástrica e intestinal, y también hay un aumento de la presión intraabdominal por el crecimiento uterino y el aumento de peso con el avance de la gestación¹. Su prevalencia se reporta entre el 30 y 50%, pero puede llegar hasta el 80%², siendo las regurgitaciones (47%), el sabor ácido en la boca (43.7%) y la pirosis (38.5%) los síntomas más frecuentemente reportados³. Los síntomas extraesofágicos presentan una inesperada baja prevalencia⁴.

La ERGE afecta significativamente la calidad de vida de las mujeres embarazadas, siendo los trastornos del sueño, la debilidad y las alteraciones en el desempeño social y laboral lo más frecuentemente reportado. Un dato importante que hay que tener en cuenta es que la ERGE durante el embarazo predispone a la ERGE posparto hasta en el 20% de las mujeres.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo para presentar ERGE durante el embarazo son:

- Historia familiar de ERGE durante el embarazo.
- No poder establecer objetivamente si depende de factores ambientales o genéticos.
- Número de embarazos previos con presencia de ERGE.
- Si hay antecedente de pirosis durante cualquier embarazo, el riesgo es del 17.7%, y con más de dos embarazos con historia de pirosis se eleva al 36.1%, independientemente de la edad y de la obesidad⁵.
- Progresión del embarazo. La prevalencia aumenta del 26.1-36.1% en el primer trimestre al 52.1% en el segundo y el tercer trimestres⁶.

La edad, el índice de masa corporal, el consumo de bebidas alcohólicas y el tabaquismo muestran resultados contradictorios y no significativos para ser considerados como factores de riesgo independientes.

Diagnóstico

Generalmente no hay necesidad de realizar estudios de apoyo diagnóstico, como serie esofagogastrroduodenal, endoscopia o pH-metría, dada la corta duración

de los síntomas y su evidente origen. Sin embargo, en casos con complicaciones, como hemorragia o disfagia, la endoscopia puede estar indicada.

Tratamiento

La primera línea de tratamiento son las medidas higiénico-dietéticas, y aquí enumeraremos las que cuentan con más sustento científico; por razones obvias, no se recomienda la pérdida de peso. Se puede iniciar con adecuaciones en la dieta, disminuyendo el consumo de alimentos ácidos, muy condimentados, cítricos, vino, café y, sobre todo, con alto contenido de grasas, ya que estas tardan más tiempo en abandonar el estómago y facilitan el regreso del contenido hacia el esófago. Es recomendable hacer comidas en porciones pequeñas y dividir los horarios en cuatro o cinco tomas, dejando pasar al menos 2 horas entre el fin de una comida y el ir a la cama, y si hay necesidad de hacerlo, elevar la cabecera de la cama 10 cm y preferir el decúbito lateral izquierdo^{7,8}.

Si estas medidas no funcionan se deben utilizar fármacos como segunda línea de tratamiento, siendo los antiácidos los más recomendados. Del 30 al 50% de las mujeres embarazadas pueden controlar sus síntomas con estos productos y no necesitan agregar más medicamentos⁹. Las presentaciones más utilizadas son las mezclas de hidróxido de aluminio y magnesio, la simeticona, el carbonato de calcio, el sucralfato y el alginato.

En un estudio doble ciego y controlado en 156 mujeres embarazadas con pirosis, la mezcla de hidróxido de aluminio y magnesio más dimeticona obtuvo un control parcial o completo de la pirosis en el 93%, frente al 66% con placebo ($p < 0.01$)¹⁰. Los alginatos son seguros y eficaces en el control de la pirosis; varios estudios reportan una eficacia superior al 90% para el control de la pirosis^{11,12}. El sucralfato tiene una absorción lenta, lo que le confiere una mayor seguridad en el embarazo y la lactancia, con una eficacia para el control de la pirosis y las regurgitaciones del 90% frente al 43% con placebo ($p < 0.05$)¹³. En mujeres con alto riesgo de complicaciones se recomienda utilizar antiácidos que contengan calcio, por el beneficio que han mostrado en la prevención de la hipertensión y la preeclampsia¹⁴.

Si los síntomas persisten a pesar del uso de antiácidos, se pueden asociar bloqueadores del ácido gástrico. Esta debe ser considerada como la tercera línea de tratamiento. En estas pacientes se han empleado los antagonistas de los receptores H2 de la histamina.

La cimetidina no se usa por la reducción en el tamaño de los testículos y el efecto antiandrogénico en modelos animales. La ranitidina fue retirada del mercado en 2020 por niveles elevados de N-nitrosodimetilamina. La famotidina y la nizatidina nunca han sido estudiadas para el control de la pirosis en el embarazo⁷.

Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) se recomiendan a dosis estándar para el control de la ERGE en el embarazo⁸ a pesar de no contar con estudios prospectivos, aleatorizados y controlados, siendo una recomendación de expertos, sobre todo para casos intratables. Esto representa la cuarta línea de tratamiento. En cuanto a la seguridad de su uso en el embarazo, la Food and Drug Administration clasifica al omeprazol como clase C por su potencial toxicidad fetal, mientras que los otros IBP se clasifican como clase B. El uso de estos medicamentos durante el primer trimestre del embarazo no se relacionó con un aumento significativo de defectos mayores al nacimiento en los recién nacidos en una cohorte de 840,000 casos¹⁵.

Conclusiones

Los síntomas típicos de la ERGE en el embarazo, pirosis y regurgitaciones, deben ser tratados inicialmente con medidas higiénico-dietéticas. En caso de no lograr su control, se pueden utilizar antiácidos en diferentes presentaciones o IBP valorando el riesgo-beneficio en cada paciente.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico en el lactante

Introducción

El paso del contenido gástrico al esófago, es decir, el reflujo gastroesofágico (RGE), es un proceso fisiológico normal que ocurre en lactantes, niños y adultos sanos. La mayoría de los episodios son breves y no causan síntomas ni dan lugar a otras complicaciones. Por el contrario, la ERGE ocurre cuando los episodios de reflujo se asocian con complicaciones como esofagitis o poca ganancia de peso. Los síntomas y las complicaciones de la ERGE en los niños varían con la edad.

Fisiopatología

Fisiológicamente, el RGE es secundario a la relajación transitoria del esfínter esofágico inferior. Este es el mecanismo más relevante de la RGE en los

lactantes¹⁶⁻¹⁸. El reflujo puede ser líquido, sólido, gaseoso o una combinación de estos. También puede ser ácido, débilmente ácido o no ácido. El grado de acidez del reflujo no se ha asociado con la gravedad de los síntomas¹⁸.

Factores de riesgo

Diversos factores de riesgo contribuyen a una mayor prevalencia de la RGE durante la infancia. Los reflejos aerodigestivos anormales y los trastornos de la motilidad esofágica, ya sea de forma aislada o secundarios a otras afecciones, como trastornos neurológicos, también pueden conducir a un aumento de la frecuencia de eventos de RGE¹⁹.

Se asocian con un mayor riesgo de ERGE las siguientes afecciones: hernia hiatal (incluida la hernia diafragmática congénita), trastornos del desarrollo neurológico, fibrosis quística, epilepsia, trastornos esofágicos congénitos, asma y prematuridad. La obesidad y los antecedentes de reflujo de los padres también pueden ser factores de riesgo de ERGE en los niños¹⁹.

Diagnóstico

La anamnesis completa y la exploración física exhaustiva son fundamentales para distinguir entre RGE y ERGE. El diagnóstico de ERGE se debe basar principalmente en la sospecha clínica, aunque se puede fortalecer con algunos métodos diagnósticos que califiquen el grado o la intensidad de la ERGE. Hay que diferenciar entre signos y síntomas típicos y atípicos, ya que pueden variar según la edad (Tabla 1), e identificar siempre posibles señales de alarma (Tabla 2).

Es importante estar alerta a los datos de alarma que pueden sugerir otra patología o complicaciones de la ERGE. No existe un signo o síntoma patognomónico para sospecha de ERGE, pero es bien conocido que los síntomas típicos son vómitos y regurgitaciones, aunque ambos pueden estar presentes tanto en el RGE como en la ERGE²⁰.

En niños de 0 a 12 meses que frecuentemente vomitan o regurgitan, en ausencia de datos de alarma, no se requieren pruebas diagnósticas²⁰⁻²². El Consenso de la Asociación Mexicana de Gastroenterología (AMG) sobre el diagnóstico y el tratamiento del RGE y la ERGE no recomienda el uso de la serie esofagogastrroduodenal por sus bajas especificidad y sensibilidad; solo se recomienda en casos seleccionados, cuando exista la sospecha de alteraciones anatómicas²².

Tabla 1. Signos y síntomas probablemente asociados a reflujo gastroesofágico en niños de 0 a 18 años

Síntomas	Signos
Generales Irritabilidad Falta de ganancia ponderal Síndrome de Sandifer	Erosión dental Anemia
Gastrointestinales Regurgitación recurrente con o sin vómito Acidez o dolor torácico Dolor epigástrico Hematemesis Disfagia u odinofagia	Esofagitis Estenosis esofágica Esófago de Barrett
Respiratorios Sibilancias Estridor Tos Ronquera	Periodos de apnea Asma Neumonía recurrente por aspiración Otitis media recurrente

Tomada de las guías ESPGHAN/NASPGHAN de ERGE (2018)².

Tabla 2. Signos y síntomas de alarma («banderas rojas») que sugieren otros trastornos

Generales Pérdida de peso Letargo Fiebre Irritabilidad excesiva o dolor Disuria Vómito o regurgitación de inicio mayor de 6 meses o incremento o persistencia mayor de 12-18 meses de edad	
Neurológicos Abombamiento de la fontanela o aumento rápido del perímetrocefálico Convulsiones Macro- o microcefalia	
Gastrointestinales Vómito persistente (proyectil) Vómito nocturno Vómito biliar Hematemesis Diarrhea crónica Rectorragia Distensión abdominal	

Tomada de las guías ESPGHAN/NASPGHAN de ERGE (2018)².

No se recomienda utilizar sistemáticamente gammagrafía ni ultrasonido para el diagnóstico de ERGE en la infancia, debido a que no son herramientas útiles para el diagnóstico²².

La esofagogastroduodenoscopia con toma de biopsias puede tener beneficio en los niños que no responden al tratamiento, y también es útil para descartar

complicaciones (esofagitis, estenosis, esófago de Barrett) y para el diagnóstico diferencial (esofagitis eosinofílica, esofagitis infecciosa, hernia hiatal). En ausencia de esofagitis erosiva, la esofagitis microscópica no es suficiente para diagnosticar la presencia de ERGE^{21,22}. Sin embargo, la ERGE puede existir aun con una apariencia normal de la mucosa esofágica y sin anomalías histológicas²².

El uso de manometría esofágica en los niños se reserva para aquellos con sospecha de trastornos de la motilidad esofágica (rumiación, acalasia) que pueden simular ERGE. En la inmensa mayoría de los niños con ERGE no será necesario realizar pH-metría para establecer el diagnóstico; solo en niños con síntomas sugestivos de ERGE y evolución no favorable a pesar del tratamiento, así como para establecer la relación entre ERGE y síntomas extradigestivos, y como control del tratamiento médico o previo al tratamiento quirúrgico²². El principal inconveniente de la pH-metría es que no detecta reflujo no ácido, que se puede presentar en más de la mitad de los lactantes, ni tampoco es posible determinar la correlación de los síntomas con episodios de reflujo no ácido. A pesar de estas limitaciones, puede ser útil en casos especiales, poco frecuentes, como lactantes con episodios discretos de síntomas graves (apnea, bradicardia, tos o desaturación). En este contexto se utiliza junto con la monitorización de la respiración, la frecuencia cardiaca o la saturación de oxígeno para determinar si existe una relación temporal entre los episodios de reflujo y estos eventos^{21,22}.

La impedancia intraluminal multicanal asociada con pH-metría no se recomienda como herramienta única para el diagnóstico de ERGE en los lactantes. Cuando se lleva a cabo la monitorización del reflujo esofágico, la técnica ideal es medir tanto el pH esofágico como la impedancia en un solo dispositivo y registrar durante 24 horas. La pH-metría con impedancia detecta eventos de reflujo independientemente del pH, mientras que el monitoreo del pH detecta solo el reflujo ácido^{22,23}.

La pH-metría con impedancia se considera actualmente el método de referencia para la evaluación de la ERGE con síntomas^{22,23}. Sus indicaciones son las mismas que las de la pH-metría esofágica, con el agregado de proveer información sobre reflujo no ácido^{23,24}.

La prueba terapéutica con IBP no se recomienda como método diagnóstico^{20,22}. La ERGE se diagnostica principalmente en función de los síntomas y solo en niños mayores o adolescentes se puede justificar el ensayo diagnóstico con IBP, que puede ayudar a respaldar, aunque no confirmar, el diagnóstico de ERGE.

Existen limitaciones para realizar la prueba de IBP para diagnosticar la ERGE²⁵: no controla el efecto placebo, la resolución espontánea de los síntomas, la posibilidad de que otras condiciones puedan mejorar los síntomas, y no distingue entre la curación de la esofagitis y los síntomas de ERGE. Una prueba negativa con IBP no excluye la ERGE como posibilidad diagnóstica². El uso de esta prueba en lactantes y niños pequeños no está justificada porque los síntomas son menos específicos en este grupo de edad^{20-22,26}.

Tratamiento

El manejo de la ERGE se basa en la combinación de medidas no farmacológicas (estilo de vida y modificación de la dieta) y tratamiento farmacológico, y en raras ocasiones cirugía. Cuando existe sospecha clínica de ERGE y el paciente presenta síntomas de alarma, no debe ser tratado, sino investigado. Los pacientes sin datos de alarma deben tratarse de forma conservadora. El aspecto más importante del tratamiento es la educación y el apoyo de los padres o cuidadores^{20,22}. Se les debe explicar la evolución natural benigna del RGE en los lactantes. En los niños alimentados con leche materna se deberá promover la lactancia materna y evitar suspenderla, verificar y mejorar la técnica de la alimentación, y enseñar a la madre a identificar señales de hambre y saciedad para evitar una sobrealimentación²².

En los niños alimentados con fórmula pueden utilizarse preparados espesados para disminuir las regurgitaciones visibles. Las guías actuales para ERGE recomiendan el uso de espesantes como opción de primera línea para tratar a lactantes y niños con ERGE^{20,22}, ya que aumentan la densidad del alimento para que permanezca en el estómago por más tiempo y disminuyen los eventos de regurgitaciones. En México se encuentran disponibles diferentes fórmulas antirregurgitación que contienen almidón pregelatinizado de arroz, tapioca, papa y maíz, harina de algarrrobo o goma xantana, entre otros. Hasta el momento no existen ensayos clínicos que comparen un espesante contra otro. El uso de fórmulas especiales, como extensamente hidrolizadas o aminoacídicas, para el manejo de la ERGE se debe reservar para pacientes con sospecha diagnóstica de alergia a las proteínas de la leche de vaca; no se recomienda utilizarlas sistemáticamente²². En los niños con regurgitaciones fisiológicas no hay justificación para llevar a cabo esta conducta.

Durante las últimas dos décadas, la terapia de la posición corporal se ha explorado como una posible estrategia no farmacológica para el tratamiento de la ERGE en los lactantes²⁰⁻²². Si bien se ha sugerido considerar el uso de la elevación de la cabeza o la posición lateral izquierda para el tratamiento de los síntomas de ERGE en niños menores de 1 año, las recomendaciones recientes de NASPGHAN/ESPGHAN sugieren que las terapias posicionales no deben usarse para tratar a los bebés dormidos²⁰⁻²². Los estándares actuales de la American Academy of Pediatrics, así como la recomendación del Consenso de la AMG, son que los bebés duerman en posición supina^{13,16,20-22,27-29}.

Los agentes procinéticos tienen actualmente un papel mínimo en el tratamiento de la ERGE en los pacientes pediátricos. Las revisiones sistemáticas sobre la metoclopramida, la domperidona y la cisaprida no han encontrado pruebas sólidas de su eficacia^{20,22,29,30}, y las guías internacionales no recomiendan su uso sistemático. Estos fármacos tienen efectos secundarios potencialmente serios; la metoclopramida se ha asociado con síntomas neurológicos extrapiramidales, y la cisaprida y la domperidona con arritmias cardíacas. Por lo tanto, agregar un fármaco con una eficacia discutible y posibles efectos secundarios, es cuestionable, y el riesgo de efectos adversos supera el beneficio³⁰.

Los IBP y los antagonistas de los receptores H2 de la histamina no se recomiendan para lactantes sanos que presentan llanto o irritabilidad con o sin regurgitación^{31,32}. Los IBP son la primera línea de tratamiento en el reflujo relacionado con esofagitis erosiva^{33,34}.

Tratamiento quirúrgico

La intervención quirúrgica se reserva para pacientes con síntomas refractarios o complicaciones potencialmente mortales, así como para afecciones crónicas con riesgo significativo de complicaciones asociadas a ERGE a pesar del tratamiento médico óptimo.

La funduplicatura de Nissen es la técnica quirúrgica de elección en la mayoría de los pacientes, generalmente mediante abordaje laparoscópico. Sin embargo, algunos centros pediátricos impulsan un mejor tratamiento médico, métodos de alimentación no invasivos u otras intervenciones quirúrgicas, como la gastrostomía sin funduplicatura o la alimentación gastroyeyunal, como estrategias alternativas³⁵.

En los pacientes con problemas de alimentación por alteración en la mecánica de deglución, pobre

ganancia ponderal y ERGE, puede estar indicada la colocación de una gastrostomía endoscópica percutánea o quirúrgica. Sin embargo, la práctica sistemática de agregar a estos pacientes una funduplicatura ya no se recomienda debido a que esta incrementa el riesgo de complicaciones y no mejora los resultados relacionados con el reflujo^{36,37}.

Según las recomendaciones del Consenso de la AMG, se debe referir a los niños con ERGE con el gastroenterólogo pediatra si hay signos y síntomas de alarma sugestivos de una enfermedad gastrointestinal subyacente, en caso de no obtener respuesta al tratamiento óptimo y cuando dependen de tratamiento farmacológico después de 6-12 meses.

Conclusiones

El RGE en la infancia es un fenómeno común, fisiológico y autolimitado, que se distingue de la ERGE por la presencia de complicaciones orgánicas o sintomatología molesta.

El diagnóstico de ERGE en los lactantes se basa casi exclusivamente en la anamnesis y la exploración física; el papel de las pruebas invasivas y de las pruebas terapéuticas empíricas debe ser individualizado.

En la evaluación del paciente pediátrico con vómitos y regurgitación se deben buscar señales de alarma, y no atribuirlos a RGE o ERGE sin una adecuada anamnesis.

El manejo de la ERGE debe seguir un enfoque escalonado que utilice inicialmente opciones no farmacológicas cuando sea posible e intervenciones farmacológicas solo cuando sea necesario. La terapia quirúrgica se reserva como última opción antes de agotar todas las estrategias diagnósticas y terapéuticas.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico en adultos mayores

Los síntomas típicos de ERGE en los adultos mayores pueden ser leves, pero el daño histológico puede ser mayor que en poblaciones de menor edad. De hecho, en los Estados Unidos de América, la incidencia de esófago de Barrett y de adenocarcinoma del esófago se ha incrementado en los adultos mayores un 600% en las últimas cuatro décadas³⁸.

La prevalencia de ERGE en estos grupos es más alta. En poblaciones tradicionalmente longevas, como la de China, se reporta en un 17.3%, y en Japón en un 17.5%. En los Estados Unidos de América se reporta hasta un

17%. La pirosis puede presentarse hasta en el 52% y las regurgitaciones en el 42% de los adultos mayores; cifras más bajas que las reportadas en menores de 60 años³⁹. Sin embargo, ya que los síntomas son más leves, suelen no ser tomados en cuenta por los pacientes, por lo que las cifras pueden no ser del todo ciertas.

Factores de riesgo

Más que hablar de factores de riesgo, hay que tener en cuenta los cambios fisiológicos y fisiopatológicos que se van agregando con el paso de los años. Los más frecuentes son:

- Peristalsis disminuida o inefectiva⁴⁰.
- Disminución en la cantidad y la calidad de la saliva⁴¹.
- Presencia de hernia hiatal; en los mayores de 50 años se reporta una OR de 2.71 y el 69% de los mayores de 60 años la tienen.
- Consumo de medicamentos que disminuyen la presión de reposo del esfínter esofágico inferior.
- Enfermedades concomitantes, como el Parkinson (el 60-80% de los pacientes tienen síntomas de ERGE)⁴², la diabetes mellitus y la ansiedad (44.3% frente a 34.8% en pacientes con ERGE que no tienen ansiedad).

Diagnóstico

La prevalencia de esofagitis erosiva moderada a grave en los mayores de 70 años se ha reportado en un 37%, frente a un 12% en los menores de 21 años⁴³. En el mismo estudio, la prevalencia de pirosis intensa fue del 34% en los mayores de 70 años y del 82% en los menores de 21 años. La intensidad de los síntomas no predice la gravedad del daño histológico en los adultos mayores⁴³.

Los síntomas atípicos más frecuentes en los adultos mayores, así como los síntomas de alarma, son *globus*, ardor faríngeo, tos crónica, reflujo laringofaríngeo, asma, otitis y sinusitis, disfagia, dolor epigástrico y dolor torácico, que debe ser cuidadosamente analizado para descartar cardiopatía isquémica. En los pacientes en quienes se ha descartado objetivamente esta última condición, se reporta que en el 40% al 70% la ERGE es el origen del dolor torácico. Dada la pobre correlación entre los síntomas de ERGE y el posible daño histológico, en estos pacientes es necesario realizar endoscopia del tubo digestivo superior. En algunos casos seleccionados puede estar indicada una manometría esofágica para descartar trastornos motores primarios⁴⁴.

Tratamiento

El manejo inicial de estos pacientes es semejante al de los pacientes más jóvenes. Las medidas higiénico-dietéticas, como elevar la cabecera de la cama, dormir en decúbito lateral izquierdo, dejar pasar 2-3 horas entre el fin de una comida y acostarse, y evitar el consumo de bebidas con gas, alcohol y fumar, son las que tienen más evidencia a favor en estudios controlados. Si estas medidas no funcionan es necesario iniciar fármacos que bloquen la producción de ácido en el estómago, ya que esta secreción no disminuye con la edad. Los IBP son los más utilizados por su excelente perfil de seguridad y su eficacia en el manejo de la pirosis, las regurgitaciones e incluso muchos de los síntomas atípicos de la ERGE. Siempre se deben tener en cuenta las posibles interacciones con otros fármacos que frecuentemente son utilizados por estos pacientes.

Una vez que se retiran los IBP, hasta el 90% de los pacientes regresan a ellos, por lo que es preferible instituir una estrategia de mantenimiento o a demanda, dependiendo de la intensidad de los síntomas o del daño histológico en el esófago.

Recientemente, los nuevos bloqueadores ácidos competitivos de potasio (P-CAB) han demostrado una eficacia no inferior a la de los IBP, con la ventaja de que no necesitan activación gástrica mediada por el ácido y su toma no depende de la ingesta de alimentos, lo que facilita el apego al tratamiento⁴⁵. En algunos pacientes con evidencia clínica de retraso en el vaciamiento gástrico, los prokinéticos pueden aumentar la respuesta terapéutica a los IBP y los P-CAB.

El manejo endoscópico del reflujo en estos pacientes debe dejarse para aquellos con síntomas leves y hernias hiatales no mayores de 2 cm con buena respuesta a los bloqueadores de ácido. Las técnicas como la radiofrecuencia y la funduplicatura transoral son las que cuentan con más sustento. En los pacientes con hernias hiatales grandes, esofagitis de grado C o D de la clasificación de Los Ángeles, dependencia del uso de IBP o de P-CAB, o reflujo refractario, se debe considerar el manejo quirúrgico, sobre todo con técnica de laparoscopía. El manejo quirúrgico es seguro y eficaz, pero debe ser realizado por cirujanos expertos. Un estudio ha demostrado que no hay diferencia entre los pacientes mayores de 65 años y los menores de esa edad en términos de mejoría de los síntomas de reflujo (90% vs. 90%; p > 0.05) y de disfagia posoperatoria (3% vs. 3%; p > 0.05), ni en la incidencia de saciedad temprana, distensión abdominal y dolor torácico⁴⁶.

Conclusiones

La ERGE en las personas mayores de 60 años es similar a la que se presenta en las menores de esa edad. Sin embargo, los síntomas pueden ser leves y presentar más daño histológico por los cambios fisiológicos y fisiopatológicos que van agregándose con el paso de los años.

La endoscopia es obligada en aquellos pacientes con síntomas de reciente inicio o con francos datos de alarma. El tratamiento debe ser cuidadosamente personalizado tomando en cuenta las enfermedades concomitantes, la polifarmacia, la obesidad y el estado cognitivo, y se basa en IBP, P-CAB o cirugía antirreflujo.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Referencias

- Raja Ali RF, Hassan J, Egan LJ. Review of recent evidence on the management of heartburn in pregnant and breastfeeding women. *BMC Gastroenterol.* 2022;22:219.
- Malfertheiner SF, Malfertheiner MV, Mönkemüller K, Röhl FW, Malfertheiner P, Cost SD. Gastroesophageal reflux disease and management in advanced pregnancy: a prospective survey. *Digestion.* 2009;79:115-20.
- Dall'Alba V, Callegari-Jacques SM, Krahe C, Bruch JP, Alves BC, Silva de Barros SG. Health-related quality of life of pregnant women with heartburn and regurgitation. *Arq Gastroenterol.* 2015;52:100-4.
- Malfertheiner M, Malfertheiner P, Costa SD, Pfeifer M, Ernst W, Seelbach-Göbel B, et al. Extraesophageal symptoms of gastroesophageal reflux disease during pregnancy. *Z Gastroenterol.* 2015;53:1080-3.
- Bor S, Kitapcioglu G, Dettmar P, Baxter T. Association of heartburn during pregnancy with the risk of gastroesophageal reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2007;5:1035-9.

6. Malfertheiner SF, Malfertheiner MV, Kropf S, Costa SD, Malfertheiner P. A prospective longitudinal cohort study: evolution of GERD symptoms during the course of pregnancy. *BMC Gastroenterol.* 2012;12:131.
7. Altuwairji M. Evidencie-based treatment recommendations for gastroesophageal reflux disease during pregnancy: a review. *Medicine (Baltimore).* 2022;101:e30487.
8. Valdovinos-Díaz MA, Amieva-Balmori M, Carmona-Sánchez R, Coss-Adame E, Gómez-Escudero O, González-Martínez M, et al. Recomendaciones de buena práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Revisión por expertos de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. *Rev Gastroenterol Mex.* 2024;89:121-43.
9. Richter JE. Gastroesophageal reflux disease during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am.* 2003;32:235-61.
10. Riesfield DR. Pyrosis and pregnancy. *Curr Ther Res Clin Exp.* 1971;13:680-4.
11. Strugala V, Bassin J, Swales VS, Lindow SW, Dettmar PW, Thomas ECM. Assessment of the safety and efficacy of a raft-forming alginate reflux suppressant (liquid Gaviscon) for the treatment of heartburn during pregnancy. *ISRN Obstet Gynecol.* 2012;2012:481870.
12. De Bellis I, Epifani S, Maiorino R, Tardio R. Gastroesophageal reflux in pregnancy. *Giornale Italiano di Ostetricia e Ginecologia.* 1999;21:17-9.
13. Ranchet G, Gangemi O, Petrone M. Sucralfate in the treatment of pregnancy pyrosis. *Giornale Italiano di Ostetricia e Ginecologia.* 1990;12:91-6.
14. Hofmeyr JGL, Theresa AL, Atallah AN, Duley L. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(8):CD001059.
15. Pasternak B, Hviid A. Use of proton-pump inhibitors during pregnancy and the risk of birth defects. *N Engl J Med.* 2010;363:2114-23.
16. Ewer AK, James ME, Tobin JM. Prone and left lateral positioning reduce gastro-oesophageal reflux in pre-term infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 1999;81:F201-5.
17. Omari TI, Rommel N, Staunton E, Lontis R, Goodchild L, Haslam RR, et al. Paradoxical impact of body positioning on gastroesophageal reflux and gastric emptying in the premature neonate. *J Pediatr.* 2004;145:194-200.
18. Sanchez JB, Jadcherla SR. Gastroesophageal reflux disease in neonates: facts and figures. *Neoreviews.* 2021;22:e104-17.
19. Bolia R, Shrivastava Y. Prokinetics in childhood gastroesophageal reflux disease: are they indicated? *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2021;72:e162.
20. Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M, Cabana M, DiLorenzo C, Gottrand F, et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2018;66:516-54.
21. Benninga MA, Faure C, Hyman PE, Roberts ISJ, Schechter NL, Nurko S. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology.* 2016;15:S0016-5085(16)00182-7.
22. Bacarreza-Nogales DV, Ruiz-Castillo MA, Cázares-Mendez JM, Chávez-Barrera JA, Fernández-Ortiz SJ, Guillén-Chávez A, et al. Consenso de la Asociación Mexicana de Gastroenterología sobre el diagnóstico y tratamiento del reflujo gastroesofágico y enfermedad por reflujo gastroesofágico en lactantes. *Rev Gastroenterol Mex.* 2024;89:265-79.
23. Funderburk A, Nawab U, Abraham S, DiPalma J, Epstein M, Aldridge H, et al. Temporal association between reflux-like behaviors and gastroesophageal reflux in preterm and term infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2016;62:556-61.
24. Colletti RB, Christie DL, Orenstein SR. Statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition (NASPGN). Indications for pediatric esophageal pH monitoring. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1995;21:253-62.
25. Mousa H, Hassan M. Gastroesophageal reflux disease. *Pediatr Clin North Am.* 2017;64:487-505.
26. Sherman PM, Hassall E, Fagundes-Neto U, Gold BD, Kato S, Koletzko S, et al. A global, evidence-based consensus on the definition of gastroesophageal reflux disease in the pediatric population. *Am J Gastroenterol.* 2009;104:1278-95; quiz 1296.
27. Tobin JM, McCloud P, Cameron DJ. Posture and gastroesophageal reflux: a case for left lateral positioning. *Arch Dis Child.* 1997;76:254-8.
28. Van Wijk MP, Benninga MA, Dent J, Lontis R, Goodchild L, McCall LM, et al. Effect of body position changes on triggering of postprandial gastroesophageal reflux and gastric emptying in the premature neonate. *J Pediatr.* 2007;151:585-90.
29. MacLennan S, Augood C, Cash-Gibson L, Logan S, Gilbert RE. Cisapride treatment for gastro-oesophageal reflux in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(4):CD002300.
30. Mt-Isa S, Tomlin S, Sutcliffe A, Underwood M, Williamson P, Croft NM, et al. Prokinetics prescribing in paediatrics: evidence on cisapride, domperidone and metoclopramide. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2015; 60(4):508-14.
31. Orel R, Benninga MA, Broekaert IJ, Gottrand F, Papadopoulou A, Ribbes-Koninkx C, et al. Drugs in focus: proton pump inhibitors. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2021;72:645-53.
32. Wolf ER, Sabo RT, Lavallee M, French E, Schroeder AR, Huffstetter AN, et al. Overuse of reflux medications in infants. *Pediatrics.* 2023;151:e2022058330.
33. Kolodziej M, Gieruszczak-Bialek D, Piescik-Lech M, Skorka A, Vandenplas Y, Szajewska H. Overuse continues despite no new evidence on the efficacy of proton pump inhibitors for crying and irritability in infants. *Acta Paediatr.* 2022;111:682-3.
34. Salvatore S, Pagliarin F, Huyssentruyt K, Bosco A, Fumagalli L, Vad de Maele K, et al. Distress in infants and young children: don't blame acid reflux. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2020;71:465-9.
35. Casar-Berazaluce AM, Gibbons AT, Hanke RE, Ponsky TA, Harmon CM. It is a wrap! Or is it? The role of fundoplication in infant feeding intolerance. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2019;29:1315-9.
36. Yap BKY, Nah SA, Chen Y, Low Y. Fundoplication with gastrostomy vs gastrostomy alone: a systematic review and meta-analysis of outcomes and complications. *Pediatr Surg Int.* 2017;33:217-28.
37. Guillén-Redondo P, Espinosa-Góngora R, Luis-Huertas AL, Garcés-Víser C, Ramos Rodríguez P, De la Puente Pérez S, et al. Routine anti-reflux surgery combined with gastrostomy in children: is it really necessary? Our single-center experience. *Cir Pediatr.* 2021;34:67-73.
38. Petrick JL, Nguyen T, Cook MB. Temporal trends of esophageal disorders by age in the Cerner Health facts data-base. *Ann Epidemiol.* 2016;26:151-4.e4.
39. Ou YH, Liu LN, Jia SJ. Study on clinical characteristics of gastroesophageal reflux disease and the effects on anxiety and depression in the elderly. *Pract Geriatr.* 2021;35:495-8.
40. Lee J, Anggiansah A, Anggiansah R, Young A, Wong T, Fox M. Effects of age on the gastroesophageal junction, esophageal motility, and reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2007;5:1392-8.
41. Koshiyama S, Tanimura K, Ito K, Funayama S, Hira D, Komase Y, et al. Gastroesophageal reflux-like symptoms are associated with hyposalivation and oropharyngeal problems in patients with asthma. *Respir Investig.* 2021;59:114-9.
42. Fasano A, Visanji NP, Liu LWC, Lang AE, Pfeiffer R. Gastrointestinal dysfunction in Parkinson's disease. *Lancet Neurol.* 2015;14:625-39.
43. Johnson DA, Fennerty MB. Heartburn severity underestimates erosive esophagitis severity in elderly patients with gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology.* 2004;126:660-4.
44. Fangxu L, Wenbin L, Pan Z, Dan C, Xi W, Xue X, et al. Chinese expert consensus on diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease in the elderly (2023). *Aging Med (Milton).* 2024;7:143-57.
45. Xiao Y, Zhang S, Dai N, Fei G, Goh KL, Chun HJ, et al. Phase III, randomised, double-blind, multicentre study to evaluate the efficacy and safety of vonoprazan compared with lansoprazole in Asian patients with erosive oesophagitis. *Gut.* 2020;69:224-30.
46. Fei L, Rossetti G, Moccia F, Marra T, Guadagno P, Docimo L, et al. Is the advanced age a contraindication to GERD laparoscopic surgery? Results of a long term follow-up. *BMC Surg.* 2013;13(Suppl 2):S13.