

DOI: 10.26820/recimundo/7.(3).sep.2023.33-40

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2080>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 33-40






Reflujo gastroesofágico, manejo actual

Gastroesophageal reflux, current management

Refluxo gastroesofágico, gestão atual

Verónica Antonella Vizueta Estrada¹; César Lenin Quimba Ríos²; Paola Karina Bonilla Sánchez³

RECIBIDO: 08/05/2023 **ACEPTADO:** 09/06/2023 **PUBLICADO:** 30/08/2023

1. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; verostrada8434@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0000-3018-4435>
2. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; lence007@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0003-7866-8836>
3. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; paolabonilla2596@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-1968-5073>

CORRESPONDENCIA

Verónica Antonella Vizueta Estrada

verostrada8434@gmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una condición multifactorial secundaria al paso del contenido del estómago al esófago, atribuible a alteraciones anatómicas o fisiológicas de la unión esofago-gástrica (UEG), la motilidad esofágica y/o gástrica. Es uno de los trastornos gastrointestinales más frecuentes a nivel mundial. La presente investigación se enmarca dentro de una metodología de tipo bibliográfica documental. Ya que es un proceso sistematizado de recolección, selección, evaluación y análisis de la información, que se ha obtenido mediante medios electrónicos en diferentes repositorios y buscadores tales como Google Académico, Science Direct, Pubmed, entre otros, empelando para ellos los diferentes operadores booleanos y que servirán de fuente documental, para el tema antes planteado. El manejo de esta afección en primera instancia es farmacológico con inhibidores de bomba de protones (IBP) tales como omeprazol, lansoprazol y esomeprazol, cuando estos están contraindicados se aconseja el uso de los antagonistas de los receptores H2 (Anti H2), el tratamiento quirúrgico mediante la técnica de Funduplicatura de Nissen por laparoscopia, última vía de manejo, al fracasar el tratamiento farmacológico y complicaciones que puedan comprometer la vida del paciente y enfermedades crónicas.

Palabras clave: Gastroesofágico, Reflujo, Omeprazol, Quirúrgico, Esófago.

ABSTRACT

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a multifactorial condition secondary to the passage of stomach contents into the esophagus, attributable to anatomical or physiological alterations of the esophagogastric junction (UEG), esophageal and/or gastric motility. It is one of the most common gastrointestinal disorders worldwide. This research is framed within a documentary bibliographic type methodology. Since it is a systematized process of collection, selection, evaluation and analysis of information, which has been obtained through electronic means in different repositories and search engines such as Google Scholar, Science Direct, Pubmed, among others, using the different Boolean operators for them. and that will serve as a documentary source, for the topic raised above. The management of this condition in the first instance is pharmacological with proton pump inhibitors (PPI) such as omeprazole, lansoprazole and esomeprazole, when these are contraindicated the use of H2 receptor antagonists (Anti H2), surgical treatment using the Nissen Fundoplication technique by laparoscopy, the last way of management, when pharmacological treatment fails and complications that may compromise the patient's life and chronic diseases.

Keywords: Gastroesophageal, Reflux, Omeprazole, Surgical, Esophagus.

RESUMO

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é uma doença multifatorial secundária à passagem do conteúdo estomacal para o esófago, atribuível a alterações anatómicas ou fisiológicas da junção esofagogastrica (UEG), da motilidade esofágica e/ou gástrica. É um dos distúrbios gastrointestinais mais comuns em todo o mundo. Esta investigação enquadra-se numa metodologia de tipo bibliográfico documental. Uma vez que se trata de um processo sistematizado de recolha, seleção, avaliação e análise de informação, que foi obtida através de meios electrónicos em diferentes repositórios e motores de busca como o Google Scholar, Science Direct, Pubmed, entre outros, utilizando os diferentes operadores booleanos para os mesmos. e que servirá de fonte documental, para o tema acima levantado. O tratamento desta patologia em primeira instância é farmacológico com inibidores da bomba de protões (IBP) como o omeprazol, lansoprazol e esomeprazol, quando estes estão contra-indicados o uso de antagonistas dos receptores H2 (Anti H2), o tratamento cirúrgico utilizando a técnica de Funduplicatura de Nissen por laparoscopia, a última forma de tratamento, quando o tratamento farmacológico falha e surgem complicações que podem comprometer a vida do doente e as suas doenças crónicas.

Palavras-chave: Refluxo Gastroesofágico, Omeprazol, Cirúrgico, Esófago.

Introducción

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se manifiesta cuando el quimo gástrico refluye al esófago y pasa de ser fisiológico a sintomático y patológico. Es frecuente a nivel mundial y de difícil abordaje diagnóstico debido a la multitud de síntomas y presentaciones, haciendo que su enfoque terapéutico sea complejo (Peñaloza & Barrera, 2023). Es una condición multifactorial secundaria al paso del contenido del estómago al esófago, atribuible a alteraciones anatómicas o fisiológicas de la unión esofagogástrica (UEG), la motilidad esofágica y/o gástrica. Es uno de los trastornos gastrointestinales más frecuentes a nivel mundial, con un aumento progresivo que se desarrolla por un desequilibrio entre los factores protectores y de riesgos. Su diagnóstico es presuntivo y frecuentemente requiere confirmación y ampliación diagnósticas (Ospina & Borrás-Segura, 2022).

La ERGE es una patología frecuente a nivel global, con una prevalencia que oscila desde un 7,4% en Asia hasta un 19,6% en América Central, siendo el trastorno gastroenterológico más prevalente en los Estados Unidos. Esta enfermedad tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes y presenta una gran pérdida económica y de productividad. La edad y el índice de masa corporal se asocian a un mayor riesgo de ERGE y, en la actualidad, la población es cada vez más añosa y se observa además un aumento en la obesidad a nivel mundial, por lo que su impacto en el futuro podría ser mayor (J. I. Olmos & Robles-Medrandá, 2022).

Los síntomas de ERGE son varios e incluyen la pirosis y la regurgitación (síntomas esofágicos típicos), el dolor torácico no cardiogénico (DTNC) y algunos síntomas extraesofágicos como la tos, la disfonía, el carraspeo y el globo faríngeo. Por otro lado, existen algunos confundidores de la ERGE, como los eructos supragástricos y el síndrome de rumiación. Los mecanismos que llevan a la generación de estos

síntomas son también varios y a veces complejos, e incluyen no solamente defectos anatómicos y alteraciones fisiológicas, sino también hipersensibilidad e hipervigilancia en algunos pacientes. Por ello, es importante recordar que los síntomas debidos a reflujo gastroesofágico dependen no solo de la intensidad del estímulo ocurrido en el esófago, sino también del grado de sensibilidad del individuo en ese momento. El flujo de información aferente desde el esófago hasta la corteza cerebral ocurre a través de diversas neuronas, cada una de ellas susceptible de ser modulada (J. A. Olmos et al., 2022).

Metodología

La presente investigación se enmarca dentro de una metodología de tipo bibliográfica documental. Ya que es un proceso sistematizado de recolección, selección, evaluación y análisis de la información, que se ha obtenido mediante medios electrónicos en diferentes repositorios y buscadores tales como Google Académico, Science Direct, Pubmed, entre otros, empelando para ellos los diferentes operadores booleanos y que servirán de fuente documental, para el tema antes planteado.

Resultados

Clasificación

- **Esofagitis erosiva (RE):** Se evidencia soluciones de continuidad visibles en forma endoscópica a nivel de la mucosa esofágica en su porción distal que puede o no estar acompañado de síntomas severos de ERGE.
- **Enfermedad por reflujo no erosiva (ERNE):** Se evidencia síntomas variables de ERGE sin lesiones a nivel de la mucosa esofágica. Otras clasificaciones incluyen elementos como el reflujo gastroesofágico ácido y no ácido; ERGE resistente al inhibidor de la bomba de protones (IBP); ERGE resistente a P-CAB (condición donde las lesiones de la mucosa no cicatri-

zan como se espera); esofagitis postoperatoria de gastrectomía; y el Esófago de Barrett (EB) (Pérez Vinuesa, 2022).

Tabla 1. Manifestaciones clínicas

Lactantes	Se manifiesta generalmente como afectación de la curva ponderoestatural, atragantamientos o tos durante las tomas, o con dolor abdominal (irritabilidad, llanto, malestar y retorcimiento tras las tomas percibidos y referidos por los padres). La irritabilidad aislada, la apnea, 5 episodios de EBRI (episodio breve resuelto inexplicado, denominado previamente ALTE), o las sibilancias de repetición no parecen guardar una relación causal con el RGE y no está indicado iniciar tratamiento solo por estas manifestaciones. A pesar de la preocupación que pueda existir en las familias, si no existen síntomas y/o signos de alarma, no hay repercusión nutricional, el desarrollo psicomotor es normal y la ingesta no está afectada por la sintomatología, la evidencia actual aconseja no realizar pruebas complementarias ni aplicar tratamiento médico.
Niños mayores y adolescentes	Los niños más mayores son capaces de referir pirosis, sensación de ascenso de comida, dolor urente retroesternal, odinofagia, disfagia o epigastralgia. Pueden también presentar anorexia o escasa ganancia ponderal.

Fuente: Adaptado de (Vegas Álvarez & González Martín, 2023).

Tabla 2. Signos y síntomas frecuentes en la ERGE

Síntomas y signos frecuentes en la enfermedad por reflujo gastroesofágico		
	Síntomas	Signos
Generales	<ul style="list-style-type: none"> • Molestias o irritabilidad* • Fallo de medro • Rechazo de tomas • Síndrome de Sandifer: espasmo distónico del cuello 	<ul style="list-style-type: none"> • Erosiones dentales • Anemia
Gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> • Regurgitaciones frecuentes con o sin vómitos • Pirosis o dolor retroesternal** • Epigastralgia** • Hematemesis • Disfagia/Odinofagia 	<ul style="list-style-type: none"> • Esofagitis • Estenosis esofágica • Esófago de Barrett
Respiratorios	<ul style="list-style-type: none"> • Sibilancias • Estridor • Disfonía • Tos 	<ul style="list-style-type: none"> • Apneas • Asma • Neumonías aspirativas recurrentes • Otitis recurrente.

Fuente: Adaptado de (Vegas Álvarez & González Martín, 2023).

Factores de riesgo

- Obesidad.
- Factores dietéticos.
- Factores protectores (Mecanismo anti-reflujo, Barrera antirreflujo).
- El ejercicio físico (factor de riesgo débil).
- Estrés psicológico (Feliz Urbaez, 2020).

Complicaciones

- **Esofagitis:** Es una complicación que sucede cuando los mecanismos de defensas normales de la mucosa del esófago son incapaces de contrarrestar el efecto del daño producido por el ácido que refluye, de forma que se altera la mucosa. Dependiendo de la intensidad de las lesiones producidas se pueden distinguir:
 - **Esofagitis leve:** engañosamente la mucosa es normal, pero se han producido daños microscópicos por la infiltración de células inflamatorias en la mucosa.
 - **Esofagitis erosiva:** la lesión de la mucosa se ve, y se aprecia enrojecimiento, friabilidad, úlceras superficiales, etcétera.
- **Esófago de Barrett:** Existe una diferencia entre el epitelio del esófago y el del estómago, pero cuando hay reflujo, el epitelio del esófago cambia y se convierte en el epitelio del estómago para soportar mejor la acidez del contenido gástrico a ese nivel. La importancia que tiene el diagnóstico del esófago de Barrett radica en su carácter premaligno. Se cree que el riesgo de desarrollar un carcinoma de esófago es 50 veces superior en estos pacientes.
- **Estenosis por esofagitis:** Se produce cuando el reflujo gastroesofágico es grave y extendido y se presenta en alrededor del 10% de los pacientes con esofagitis no tratada. Se corresponde a

la inflamación y a la fibrosis producida a ese nivel, como consecuencia del reflujo. Suele manifestarse como dificultad para la deglución a alimentos sólidos y se trata mediante dilataciones.

- **Úlcera esofágica:** Es una complicación frecuente de la esofagitis por reflujo. Es más frecuente cuando existe esófago de Barrett, y pueden llegar a ser profundas, causando incluso hemorragia aguda y perforación.
- **Hemorragia digestiva:** Es una complicación frecuente que hay que sospechar, sobre todo cuando el paciente tiene anemia debida a la pérdida crónica de sangre. La hemorragia masiva por la boca es rara.
- **Adenocarcinoma de esófago:** El cáncer de esófago ocupa el séptimo lugar de mortalidad de cánceres en el mundo, el carcinoma escamoso y el adenocarcinoma de esófago son más frecuentes. La frecuencia varía desde 30 a 800 casos por 100,000 personas en áreas del norte de Irán, Rusia y Norte de China. La incidencia es de aproximadamente 3-6 (incidencia ajustada 5.8) casos por 100,000 personas, aunque en ciertas áreas endémicas es mayor (Feliz Urbaez, 2020).

Diagnostico

Para poder proporcionar una orientación correcta en áreas con pocos recursos, a fin de evitar estudios diagnósticos innecesarios, es fundamental contar con una evaluación diagnóstica completa de la historia del paciente y su examen físico, que incluya los horarios en los que se presentan los y su respuesta a los antiácidos, H2 RA o IBP. El diagnóstico del RGE es esencialmente clínico, basado en la opinión de los expertos, en la mayoría de los lactantes con vómitos, una anamnesis y examen físico adecuado son suficientes para realizar el diagnóstico, reconocer sus complicaciones e iniciar la terapéutica (Rosario Fernández & Cárdenas Mejía, 2022).

Se puede establecer un diagnóstico presuntivo de ERGE ante la presencia de síntomas típicos: acidez estomacal y regurgitación. En el embarazo, se puede diagnosticar la ERGE de manera confiable basándose exclusivamente en los síntomas. El diagnóstico de ERGE se realiza utilizando una combinación de síntomas, estudios endoscópicos, monitoreo ambulatorio de reflujo y respuesta a inhibidores de la bomba de protones (IBP). La endoscopia digestiva alta puede documentar la ERGE cuando se observa enfermedad erosiva, pero esto ocurre sólo en un tercio de los pacientes con síntomas de ERGE y es aún más rara en pacientes tratados con IBP. El monitoreo ambulatorio de ERGE puede confirmar la presencia de la misma a través de la documentación del reflujo gastroesofágico patológico (Rosario Fernández & Cárdenas Mejía, 2022).

- **Estudio esofagogastroduodenal con Bario:** no recomendado de rutina, indicado para descartar alteración anatómica y evaluar factores que puedan predisponer al RGE. Útil en la evaluación de pacientes sintomáticos tras funduplicatura para discernir entre la estenosis y la migración o laxitud de la plastia. La videofluoroscopia utilizada en el estudio de la disfagia, si bien no se utiliza en el diagnóstico del RGE puede orientar en caso de síntomas extraintestinales que simulen RGE secundarios a aspiraciones.
- **Ecografía:** no se recomienda de forma rutinaria. Permite descartar alteración anatómica y otros diagnósticos que pueden manifestarse con síntomas similares al RGE (principalmente estenosis hipertrófica de píloro en el lactante).
- **Endoscopia:** una endoscopia normal no descarta ERGE. Es una técnica útil para evaluar la mucosa en caso de síntomas de alarma, detectar complicaciones (estenosis o Barrett), determinar condiciones que predispongan al ERGE y descartar otros diagnósticos como la esofagitis eosinofílica (ver apartado correspondiente). Debido a que un porcentaje de pacientes tienen esofagitis a nivel microscópico con aspecto macroscópico normal, se recomienda la toma de biopsias. Aunque es un punto controvertido, la tendencia actual se inclina a realizar la endoscopia sin que el paciente haya recibido previamente inhibidores de la bomba de protones (IBP).
- **Phmetría:** consiste en la monitorización del ph esofágico durante 24 horas a través de una sonda. El índice de reflujo (IR) o porcentaje del tiempo que el ph permanece por debajo de 4 es el parámetro más importante. Aunque no necesariamente se correlaciona con la gravedad, algunos autores clasifican el RGE según este parámetro en: leve (IR < 10%), moderado (IR: 10-20%) y severo (IR > 20%). Se emplea para correlacionar síntomas con los eventos de RGE, para determinar el papel del reflujo ácido en la etiología de la esofagitis y otros síntomas, así como para controlar la eficacia del tratamiento. La impedanciometría permite a su vez determinar la presencia de reflujos débilmente ácidos y alcalinos aportando una información más completa.
- **Prueba terapéutica empírica:** aunque no hay suficiente evidencia que avale el tratamiento empírico, en adolescentes con síntomas típicos de ERGE se recomienda un ensayo terapéutico con IBP durante 4-8 semanas (no así en pacientes con síntomas extradigestivos aislados) (de Miguelsanz et al., 2021).

Diagnóstico diferencial

Dispepsia, gastritis, ulcus, estenosis esofágica, acalasia, esofagitis eosinofílica (entidad cada vez más prevalente que desarrollaremos a continuación), enfermedad de Crohn o esofagitis infecciosa (de Miguelsanz et al., 2021).

Tratamiento

La piedra angular del tratamiento es inhibir la secreción de ácido con inhibidores de bomba de protones (IBP) y algunas medidas generales como disminuir el peso cuando el índice de masa corporal (IMC) es superior a 25 kg/m², dejar de fumar, y controlar el estrés. Otras modificaciones del estilo de vida, aunque frecuentemente recomendadas, carecen de evidencia de alta calidad que las respalde. Entre los diferentes IBP de primera generación, el esomeprazol (ESO) produce mayor inhibición de la secreción de ácido en el estómago y junto con el rabeprazol, tiene metabolismo independiente de actividad del CYP2C19 a nivel hepático (Lozano-Martínez et al., 2020).

- **Antisecretores:** tratamiento de primera elección. Duración del tratamiento 4-8 semanas. No se recomienda utilizar en pacientes con síntomas extraesofágicos (como los respiratorios), excepto si existen síntomas digestivos concomitantes o pruebas complementarias sugestivas. En ausencia de respuesta tras el tratamiento óptimo, se recomienda reevaluar al paciente y excluir diagnósticos alternativos. No se recomienda su uso en lactantes con regurgitaciones aisladas o con irritabilidad-disconfort sin otras manifestaciones.
- **Inhibidores de la bomba de protones (IBPs):** constituyen el tratamiento de primera línea, mayor eficacia que anti H2 para tratamiento de la esofagitis. Actúan inhibiendo la vía final común de la formación de ácido; son los antisecretores más potentes y no generan tolerancia; precisan que las bombas de protones estén activas por lo que debe administrarse 30 minutos antes del desayuno, alcanzando un efecto estable a los 3 días y manteniendo un pH más elevado durante el día que durante la noche (incluso con una segunda dosis antes de la cena). Destacaremos el omeprazol, lansoprazol y esomeprazol, todos ellos autorizados en

edad pediátrica. Las cápsulas de omeprazol se deberían ingerir sin abrir, pero si es necesario abrirlas, no se deben masticar los gránulos y utilizar un vehículo ácido tipo yogur o zumo de frutas; parece más razonable optar por otras opciones como las fórmulas magistrales o los comprimidos bucodispersables.

- **Anti H2:** se recomienda cuando IBP no estén disponibles o estén contraindicados. Los antagonistas de los receptores H2 compiten con la acción de la histamina de forma muy selectiva y reversible, siendo su mayor inconveniente el riesgo de desarrollo de taquifilaxia con el uso prolongado. Hasta octubre de 2019, la ranitidina era el antagonista H2 más utilizado pero los comprimidos fueron retirados del mercado tanto en España como a nivel europeo tras detectar niveles de nitrosaminas con riesgo potencial cancerígeno; sigue existiendo la posibilidad de su uso como fórmulas magistrales y ampollas intravenosas. Como alternativa se podría utilizar la famotidina, pero sin haberse establecido la eficacia y seguridad de su uso en niños (off-label).
- **Procinéticos:** no se recomiendan de forma rutinaria, no evidencia de eficacia.
- **Antiácidos y alginato:** Neutralizan el ácido y contienen bien bicarbonato sódico/potásico, carbonato cálcico o sales de aluminio/magnesio. No parecen tener efectos secundarios significativos en tratamientos a demanda y de corta duración. Sin embargo, no se recomiendan a largo plazo por su perfil de seguridad: alto contenido en sodio, síndrome de leche-álcali tras exposición a dosis altas de carbonato cálcico, intoxicación por aluminio. Se deben limitar en pacientes con insuficiencia renal.
- **Tratamiento quirúrgico:** la técnica de elección es la Funduplicatura de Nissen por vía laparoscópica (que ha desplazado a la técnica abierta). Se debe considerar en las siguientes situaciones: tras fra-

caso del tratamiento médico óptimo, en caso de complicaciones que amenacen vida del paciente o síntomas refractarios tras apropiada evaluación que excluya otra patología subyacente. En enfermedades crónicas (afectación neurológica, fibrosis quística) con un riesgo significativo de complicaciones derivadas del RGE y por último en pacientes dependientes de tratamiento farmacológico crónico para el control de los signos y/o síntomas del RGE (de Miguelsanz et al., 2021).

Conclusión

El reflujo gastroesofágico es una de las patologías gastrointestinales más frecuentes a nivel mundial, su diagnóstico puede ser complejo ya que la sintomatología presentada se puede confundir con otras patologías, es por ello que la valoración clínica y física, es trascendental y apoyada en los casos que se requieran de otros estudios complementarios de imágenes como la endoscopia y menor medida la ecografía, en cuanto al manejo de esta afección en primera instancia es farmacológico con inhibidores de bomba de protones (IBP) tales como omeprazol, lansoprazol y esomeprazol, cuando estos están contraindicados se aconseja el uso de los antagonistas de los receptores H₂ (Anti H₂), el tratamiento quirúrgico mediante la técnica de Funduplicatura de Nissen por laparoscopia, última vía de manejo, al fracasar el tratamiento farmacológico y complicaciones que puedan comprometer la vida del paciente y enfermedades crónicas.

Bibliografía

- de Miguelsanz, J. M., López, P. A., & Vicente, C. A. (2021). Reflujo gastroesofágico, esofagitis, gastritis y úlcera. *Adolescere*, IX(1), 14–27.
- Feliz Urbaz, K. P. (2020). Frecuencia enfermedad por reflujo gastroesofágico en residentes del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. Enero-abril 2020. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.
- Lozano-Martínez, J. N., Otero-Regino, W. A., & Marulanda-Fernández, H. (2020). Impacto de la optimización del tratamiento en pacientes con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico que no responden a Esomeprazol. *Acta Médica Colombiana*, 46(2). <https://doi.org/10.36104/amc.2021.2041>
- Olmos, J. A., Pandolfino, J. E., Piskorz, M. M., Zamora, N., Valdovinos Díaz, M. A., Remes Troche, J. M., Guzmán, M., Hani, A., Valdovinos García, L. R., Pitanga Lukashok, H., Domingues, G., Vesco, E., Mejía Rivas, M., Pineda Ovalle, L. F., Cisternas, D., & Vela, M. (2022). Consenso latinoamericano de diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 52(2), 175–240. <https://doi.org/10.52787/agl.v52i2.210>
- Olmos, J. I., & Robles-Medrand, C. (2022). Tratamiento endoscópico antirreflujo para la enfermedad por reflujo gastroesofágico: perspectiva actual. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 52(2), 166–173. <https://doi.org/10.52787/agl.v52i2.219>
- Ospina, L. F. R., & Borrás-Segura, B. (2022). Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Medicina*, 44(3), 328–337.
- Peñaloza, A., & Barrera, M. (2023). Manejo endoscópico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 32(1).
- Pérez Vinuesa, C. A. (2022). Prevalencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico demostrada mediante esofagograma en pacientes adultos atendidos en el servicio de Imagenología del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N1 de la ciudad de Quito en el periodo Enero–Diciembre. Universidad Central del Ecuador.
- Rosario Fernández, C. M., & Cárdenas Mejía, Y. C. (2022). Abordaje diagnóstico y terapéutico en pacientes pediátricos con enfermedad por reflujo gastroesofágico. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña.
- Vegas Álvarez, A. M., & González Martín, L. (2023). Reflujo gastroesofágico.

CITAR ESTE ARTICULO:

Vizueta Estrada, V. A., Quimba Ríos, C. L., & Bonilla Sánchez, P. K. (2023). Reflujo gastroesofágico, manejo actual. *RECIMUNDO*, 7(3), 33-40. [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(3\).sep.2023.33-40](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(3).sep.2023.33-40)

