



# Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



## Guías oficiales ACORL para el diagnóstico y tratamiento de las patologías más frecuentes en otorrinolaringología

### Guía para el diagnóstico y el tratamiento de faringitis crónica por reflujo gastroesofágico

### Guide to the diagnosis and treatment of chronic pharyngitis due to gastroesophageal reflux

Lady Morales-Valdés\*, Cindy Milena Caro-Vásquez\*\*, Steven Osorio-Anaya\*\*\*, Catalina Pachón-Rojas\*\*\*\*, María Camila Salazar-Agudelo\*\*\*\*\*.

\* Otorrinolaringóloga, cirujana plástica facial. Docente del posgrado de Otorrinolaringología de la Universidad de Cartagena. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-1928-2152>

\*\* Otorrinolaringóloga, cirujana maxilofacial. Docente del posgrado de Otorrinolaringología de la Universidad de Cartagena. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5821-0106>

\*\*\* Otorrinolaringólogo, laringólogo. Docente del posgrado de Otorrinolaringología de la Universidad de Cartagena. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6761-8794>

\*\*\*\* Residente de tercer año del posgrado de Otorrinolaringología, Universidad de Cartagena. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2565-6132>

\*\*\*\*\* Residente de segundo año del posgrado de Otorrinolaringología, Universidad de Cartagena. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1868-9478>

Forma de citar: Morales-Valdés L., Caro-Vásquez CM., Osorio-Anaya S., Pachón-Rojas C., Salazar-Agudelo MC. Guía para el diagnóstico y el tratamiento de faringitis crónica por reflujo gastroesofágico. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2024;52(3): 249-265 DOI.10.37076/acorl.v52i3.803

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

##### Historia del artículo:

Recibido: 22 de marzo de 2024

Evaluado: 29 de abril de 2024

Aceptado: 28 de octubre de 2024

##### Palabras clave (DeCS):

Faringitis, reflujo gastroesofágico, reflujo laringofaríngeo

#### RESUMEN

**Introducción:** La faringitis se define como la inflamación de la mucosa y la submucosa de la faringe; se clasifica según su evolución en aguda y crónica; el diagnóstico se realiza mediante los síntomas típicos o atípicos referidos por el paciente y por medio de ayudas diagnósticas; el manejo inicial es sintomático.

El reflujo gastroesofágico se refiere al paso del contenido gástrico al esófago, por la alteración del esfínter esofágico inferior, lo que produce la liberación de citocinas proinflamatorias que genera síntomas en el paciente.

La faringitis crónica por enfermedad por ERGE es una afección que genera compromiso en la salud y calidad de vida de muchos pacientes, pasando por alto su diagnóstico y de manera consecuente un tratamiento inoportuno.

#### Correspondencia:

Lady Morales Valdés

Email: [ladymorales27@hotmail.com](mailto:ladymorales27@hotmail.com)

Dirección: Cll 13 #1-25, Ap 704, Edf Cartagena

Teléfono: 3008162138

---

**ABSTRACT**


---

**Key words (MeSH):**

Pharyngitis, gastroesophageal reflux, laryngopharyngeal reflux

*Introduction:* Pharyngitis is defined as inflammation of the mucosa and submucosa of the pharynx; it is classified according to its evolution as acute and chronic; the diagnosis is made through the typical or atypical symptoms reported by the patient and through diagnostic aids; the initial management is symptomatic.

Gastroesophageal reflux refers to the passage of gastric contents into the esophagus, due to the alteration of the lower esophageal sphincter, which produces the release of proinflammatory cytokines that generate symptoms in the patient.

Chronic pharyngitis due to GERD disease is a condition that compromises the health and quality of life of many patients, overlooking its diagnosis and consequently an untimely treatment.

---

**Introducción**

La faringitis es la inflamación de la mucosa y la submucosa de la faringe, la cual puede tener múltiples causas, que van desde procesos infecciosos hasta reflujo gastroesofágico. Este último es el motivo de la elaboración de la presente guía. Así, la faringitis puede definirse según el tiempo de evolución en aguda, cuya duración es menor de 14 días (en caso de que la causa sea una infección aguda), y crónica, en la que los síntomas muestran una persistencia mayor de 3 meses. El diagnóstico inicial de faringitis por reflujo se realiza a través de síntomas referidos por el paciente, como dolor faríngeo, sensación de globus faríngeo, ardor, disfonía, aclaramiento faríngeo, disfagia, secreciones espesas en la garganta, goteo posnasal o tos después de comer. Tales signos pueden acompañarse de síntomas gastrointestinales.

Posterior a ello, mediante ayudas diagnósticas, como estudios endoscópicos entre los que se incluyen la nasolaringscopia, es posible encontrar edema e hiperemia en las regiones poscricoides e interaritenoides y en los pliegues vocales, además de secreciones endolaríngeas o granulomas en la glotis posterior. Otros estudios, como la endoscopia digestiva superior, la medición del pH (con o sin impedanciometría) y la biopsia (en caso de ser necesaria), complementan el diagnóstico (1).

Sin embargo, la faringitis crónica puede presentarse con síntomas típicos o atípicos que conducen a la sospecha de que su causa es por reflujo gastroesofágico, tal y como se expuso con anterioridad. Por lo tanto, una adecuada anamnesis del paciente es crucial, ya que, a pesar de la amplia variedad de estudios, no existe un método de referencia (gold standard) para el diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Por el contrario, son la combinación de síntomas, la evaluación endoscópica de la mucosa esofágica, la monitorización del reflujo y la respuesta a la intervención terapéutica, son elementos que orientan hacia el diagnóstico de ERGE (2).

En Estados Unidos, entre 7 y 11 millones de personas llegan a consulta médica con síntomas de faringitis. Por su parte, en China hay mayor prevalencia de esta enfermedad en un tercio de la población, y es originada por los hábitos alimentarios, las condiciones ambientales o el uso de antibióticos. En Colombia, no hay datos claros sobre faringitis por reflujo gastroesofágico (3).

Ahora bien, el reflujo gastroesofágico se refiere al paso del contenido gástrico al esófago, por la alteración del esfínter esofágico inferior, lo que produce la liberación de citocinas proinflamatorias y genera síntomas en el paciente, además de cambios en la mucosa que pueden evidenciarse en estudios endoscópicos o en el análisis del cambio del pH esofágico. Este reflujo puede ser ácido o alcalino, que es menos común, muchas veces asintomático y más difícil de diagnosticar y tratar (2). Lo anterior, debido a que la monitorización del pH puede no detectar todos los eventos de reflujo gastroesofágico, en especial cuando se trata de reflujos alcalinos, situación que podría presentarse posterior a la ingesta de alimentos y antes de que el contenido gástrico sea acidificado, o en el caso de pacientes que se encuentran bajo terapia antisecretora (4).

El manejo inicial de la faringitis es sintomático: se basa en el uso de medicamentos inhibidores de la bomba de protones, cambios en los hábitos alimentarios, además de que se debe evitar el consumo de tabaco y evaluar la respuesta a este tratamiento. En caso de que los síntomas persistan, se deben descartar otras causas de reflujo gastroesofágico, por lo cual estos pacientes, por lo general, necesitan ser valorados por especialistas en gastroenterología (2).

---

**Justificación**

La faringitis crónica por enfermedad por ERGE es una afección que genera compromiso en la salud de un gran número de personas y puede tener un impacto significativo en su calidad de vida. A pesar de su prevalencia, la faringitis crónica por ERGE a menudo se pasa por alto o se confunde con otras enfermedades, lo cual puede llevar a un diagnóstico tardío y, de manera consecuente, a un tratamiento inoportuno.

La importancia de realizar una guía de práctica clínica sobre la faringitis crónica por ERGE radica en la necesidad de establecer un enfoque estandarizado y basado en la evidencia para el diagnóstico y el tratamiento de esta afección. La presente

guía pretende proporcionar a los profesionales de la salud una herramienta de referencia confiable y actualizada, que les permitiría identificar y tratar de forma adecuada a los pacientes con dicha enfermedad.

Asimismo, esta guía puede contribuir a reducir la variabilidad en la atención y a mejorar los resultados clínicos, pero también puede ayudar a disminuir los costos de atención médica, ya que promueve la utilización apropiada de los recursos y la prevención de complicaciones. En efecto, la falta de una guía de práctica clínica estandarizada y basada en la evidencia puede llevar a un retraso en el diagnóstico y el tratamiento de la faringitis crónica por ERGE, lo que puede tener consecuencias negativas para la salud y el bienestar de los pacientes.

La faringitis crónica por ERGE puede ser una afección persistente. Ello genera la necesidad de un enfoque de atención multidisciplinario y completo, mediante el uso de esta guía como una herramienta valiosa para los profesionales de la salud, y podría ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufren de esta afección.

---

## Objetivos

Establecer una herramienta de referencia confiable y actualizada que permita realizar un diagnóstico de faringitis por ERGE; definir el uso de ayudas diagnósticas como la nasofibrolaringoscopia y la endoscopia de vías digestivas y garantizar un tratamiento adecuado y oportuno de la faringitis crónica secundaria a ERGE.

---

## Alcance de la guía

La guía pretende ser un elemento orientador para identificar fácilmente los pacientes con faringitis crónica por reflujo gastroesofágico conocer y aplicar las herramientas diagnósticas para una adecuada aplicación en la práctica clínica con el objetivo de optimizar los recursos en salud y proponer un tratamiento personalizado.

---

## Usuarios

La guía está dirigida a otorrinolaringólogos, médicos generales, médicos familiares, médicos internistas y médicos en atención prioritaria o de urgencias.

---

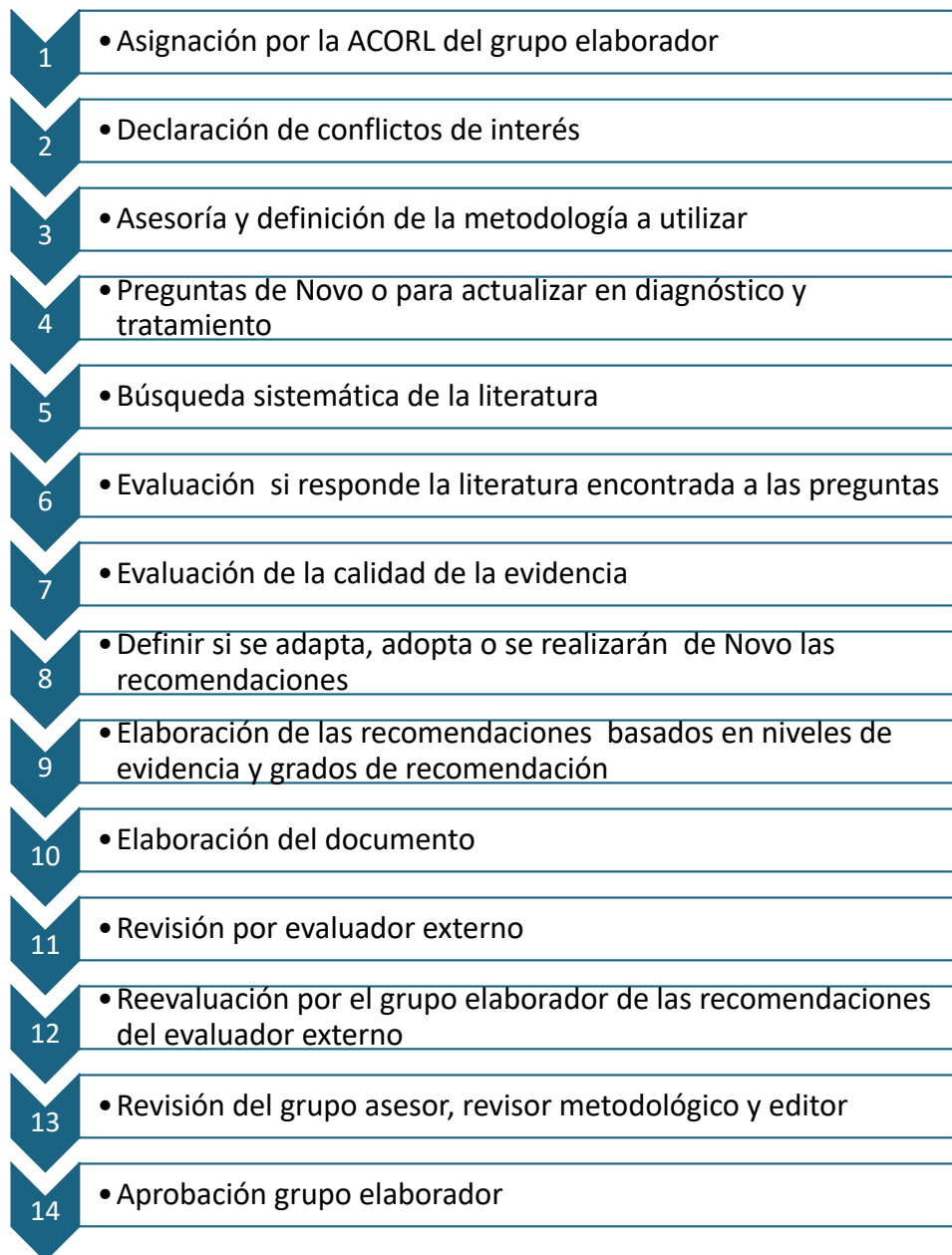
## Población blanco

Pacientes desde los 2 años con sospecha diagnóstica de faringitis por reflujo.

---

## Metodología

Se definió por el grupo elaborador las preguntas de novo y para actualizar. Se realizó una búsqueda de la literatura, posteriormente se evaluó la calidad de la evidencia y se definió realizar según el caso de adopción, adaptación o guía de novo para la redacción del documento teniendo en cuenta la calidad de la evidencia y el grado de recomendación. La guía fue evaluada por un revisor externo y posteriormente las recomendaciones dadas fueron evaluadas por el grupo elaborador.



### Fecha de elaboración de la guía

La guía fue elaborada de septiembre de 2023 a agosto de 2024. (*Figura 1*)

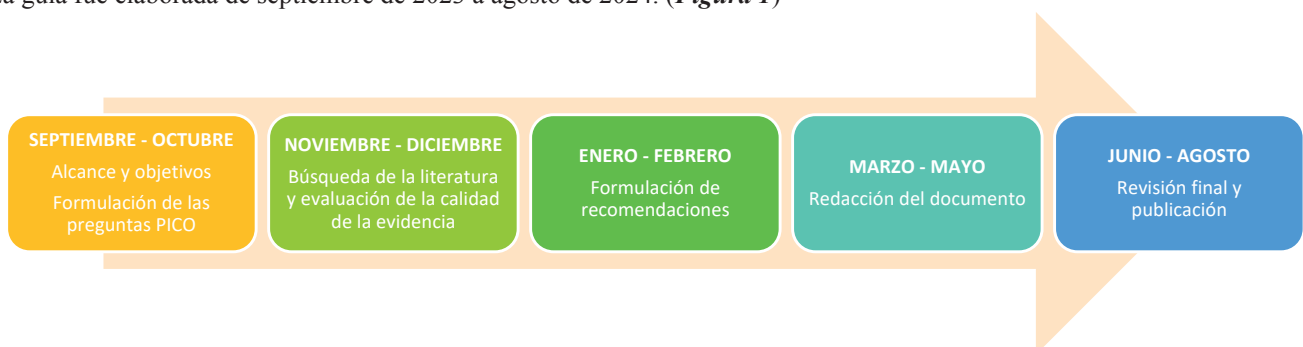


Figura 1. Metodología de elaboración de la guía. Elaboración propia.

## Grupo desarrollador de la guía y su filiación

En la elaboración, la redacción, la revisión y la actualización de esta guía participaron los doctores:

- *Lady Morales Valdés. Especialista en otorrinolaringología y cirugía plástica facial, Hospital Universitario del Caribe y Hospital Serena del Mar. Docente del posgrado de Otorrinolaringología de la Universidad de Cartagena.*
- *Cindy Milena Caro Vásquez, Especialista en otorrinolaringología y cirugía maxilofacial, Hospital Serena del Mar y Hospital Infantil Casa del Niño. Docente del posgrado de Otorrinolaringología de la Universidad de Cartagena.*
- *Steven Osorio Anaya, Especialista en otorrinolaringología y laringología, Hospital Universitario del Caribe y Hospital Serena del Mar. Docente del posgrado de Otorrinolaringología de la Universidad de Cartagena.*
- *Catalina Pachón Rojas. Residente de tercer año del posgrado de Otorrinolaringología, Universidad de Cartagena.*
- *María Camila Salazar Agudelo. Residente de segundo año del posgrado de Otorrinolaringología, Universidad de Cartagena.*

## Declaración de conflictos de interés

Los doctores Lady Morales Valdés, Cindy Milena Caro Vásquez, Steven Osorio Anaya, María Camila Salazar Agudelo y Catalina Pachón Rojas declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

## Preguntas de novo o para actualizar

1. ¿Cuál es el valor de los hallazgos clínicos para el diagnóstico de la faringitis crónica por reflujo gastroesofágico?
2. ¿Está indicada la realización de nasofibrolaringoscopia en los pacientes con faringitis crónica por reflujo gastroesofágico?
3. ¿Se debe realizar endoscopia digestiva superior a los pacientes en los que se sospeche de faringitis crónica por reflujo gastroesofágico?
4. ¿Qué relación tiene el índice de severidad de reflujo gastroesofágico con los hallazgos endoscópicos de las vías digestivas altas?
5. ¿Cuándo está indicada la realización de la medición del pH en pacientes con faringitis crónica por reflujo gastroesofágico?
6. ¿Cuál es la efectividad y seguridad de los antiácidos, alginatos, antagonistas H2 e inhibidores de la bomba de protones en pacientes con ERGE?
7. ¿Cuál es la efectividad y seguridad de la erradicación de *Helicobacter pylori* en los pacientes con ERGE?
8. ¿Cuál es la efectividad y seguridad de las intervenciones no farmacológicas para la prevención de las recidivas en los pacientes con diferentes síntomas de la ERGE?
9. ¿Se recomienda realizar endoscopia digestiva posterior al tratamiento farmacológico en pacientes con faringitis crónica por reflujo gastroesofágico?
10. ¿Cuándo se debe remitir al gastroenterólogo?

## Búsqueda de la evidencia

Se realizó una búsqueda de la literatura disponible en el periodo de 2013 a 2023, en las bases de datos PubMed y Epistemonikos (estudios publicados en los últimos 10 años). Se restringió la búsqueda a los idiomas español e inglés, humanos, adultos. Se utilizaron los términos MeSH: “gastroesophageal reflux”, “pharyngitis”, “laryngopharyngeal reflux”. Además, se filtró como tipo de publicación “guideline” y “systematic review”. Luego de ello, se desarrolló un análisis de calidad de los estudios y se basó en las recomendaciones de revisiones sistemáticas de la literatura y guías publicadas por otras sociedades médicas, para lo cual se hizo uso del método AGREE II.

## Evaluación de la calidad de la evidencia

De acuerdo con el tipo de estudio, se evaluó así:

- Se realiza una evaluación de guías de manejo, en las cuales se estableció su calidad metodológica mediante el método AGREE II, y se eligieron las que tuvieron 60% o más en cada dominio.
- Revisiones sistemáticas de la literatura, las cuales fueron evaluadas mediante AMSTAR-2, con calificación de confianza alta o media.
- Experimentos clínicos que fueron evaluados mediante la escala de Jadad (>4).
- En el anexo se presentan los procesos de evaluación de la calidad de la evidencia

## Definición de adopción, adaptación o guía de novo

Se realizó una guía de novo mediante una metodología mixta de adaptación, elaboración y actualización. Los pasos efectuados para esta fueron:

1. Conformación del equipo redactor de la guía.
2. Formulación de preguntas claves de la guía.
3. Búsqueda de guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas.

## Clasificación de los niveles de evidencia, fuerza de recomendación y metodología para realizar las recomendaciones

### Nivel A

- Intervención: experimentos clínicos bien diseñados y conducidos.
- Metaanálisis.
- Diagnóstico: estudios de diagnóstico con patrón de referencia independiente, aplicable a la población.

### Nivel B

- Estudios experimentales o de diagnóstico con limitaciones menores.
- Hallazgos consistentes de estudios observacionales.

### Nivel C

- Uno o pocos estudios observacionales o múltiples estudios con hallazgos inconsistentes o limitaciones mayores.

### Nivel D

- Opinión de expertos, reporte de casos o razonamiento a partir de los principios. Los niveles de la evidencia se clasificaron siguiendo las recomendaciones de clasificación de las Guías de Práctica Clínica de la Academia Americana de Pediatría.

Clasificación tomada de: American Academy of Pediatrics Steering Committee on Quality Improvement and Management. Classifying recommendations for clinical practice guidelines. *Pediatrics*. 2004;114(3):874-77. doi: 10.1542/peds.2004-1260.

## Grado de las recomendaciones

Tabla 3. Grado de recomendaciones según la metodología GRADE basado en la evidencia y balance riesgo-beneficio.

Grade	Fuerte a favor	Débil /condicional a favor	Débil /condicional en contra	Fuerte en contra
Recomendación	Definitivamente se debe usar la intervención.	Probablemente se debe usar la intervención.	Probablemente no se debe usar la intervención.	Definitivamente no se debe usar la intervención.
Balance riesgo-beneficio	Los beneficios claramente superan los riesgos.	Los beneficios probablemente superan los riesgos.	Los riesgos probablemente superan los beneficios.	Los riesgos definitivamente superan los beneficios.

Tomada de: Organización Panamericana de la Salud. Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia. Una herramienta para la adaptación e implementación de guías en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2018.

Se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

1. *Balance entre beneficios y riesgos*: se realiza una apreciación entre los desenlaces de efectividad y seguridad de las intervenciones.
2. *Calidad de la evidencia científica*: antes de formular una recomendación, se analiza la confianza sobre la estimación del efecto observado con base en la calidad de la evidencia de los desenlaces.
3. *Valores y preferencias*: las preferencias de los pacientes se tienen en cuenta dada su importancia en el momento de evaluar la adherencia a las recomendaciones.
4. *Costos*: este aspecto es específico de cada contexto donde la guía se implementará, dado que los costos pueden diferir. Este aspecto representa un ítem relevante durante el proceso de toma de decisiones y formulación de las recomendaciones.

Tabla 4. Resumen de las recomendaciones, nivel de evidencia científica y fuerza de la recomendación.

Pregunta a desarrollar	Recomendación	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
1. ¿Cuál es el valor de los hallazgos clínicos para el diagnóstico de la faringitis crónica por reflujo gastroesofágico?	<i>Se recomienda la realización del diagnóstico de reflujo gastroesofágico, con base en los hallazgos clínicos y los síntomas relatados, en pacientes con síntomas clásicos de ERGE, sin la presencia de síntomas de alarma.</i>	B	Fuerte a favor
2. ¿Está indicada la realización de nasofibrolaringoscopia en los pacientes con faringitis crónica por reflujo gastroesofágico?	<i>En pacientes con manifestaciones clínicas extraesofágicas como faringitis crónica, laringitis, disfonía, tos crónica, aclaramiento laríngeo y problemas pulmonares (entre otras), se recomienda la evaluación de causas no relacionadas con ERGE, antes de atribuir los síntomas a este diagnóstico. Una de las herramientas para esta evaluación es la nasolaringoscopia.</i>	C	Fuerte a favor

3. ¿Se debe realizar una endoscopia digestiva superior a los pacientes en los que se sospeche de faringitis crónica por reflujo gastroesofágico?	<i>Se considera que un paciente que tiene un índice con una puntuación igual o mayor de 13 en el ISR puede considerarse un diagnóstico sugestivo de reflujo.</i>	C	Fuerte a favor
4. ¿Qué relación tiene el índice de severidad de reflujo gastroesofágico (ISR) con los hallazgos endoscópicos de vías digestivas altas?	<i>Al reconocerse las limitaciones que tiene como herramienta diagnóstica, se ha considerado que un paciente con una puntuación &gt;13 puede considerarse un diagnóstico sugestivo de reflujo.</i>	C	Fuerte a favor
5. ¿Cuándo está indicada la realización de la medición del pH en pacientes con faringitis crónica por reflujo gastroesofágico?	<i>Se recomienda realizar monitorización del pH de 24 horas sin tratamiento, en pacientes con alta probabilidad pretest de ERGE; en aquellos que no responden al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, con endoscopia de vías digestivas altas normal y síntomas de reflujo; en pacientes prequirúrgicos de cirugía antirreflujo, y en los que tienen manifestaciones extradigestivas de reflujo.</i>	C	Fuerte a favor
6. ¿Cuál es la efectividad y seguridad de los antiácidos, alginatos, antagonistas H2 e inhibidores de la bomba de protones en pacientes con ERGE?	<i>No se recomienda el uso de antiácidos en pacientes con ERGE como primera opción de tratamiento.</i>	A	Fuerte en contra
	<i>No se recomienda el uso de la combinación de antiácidos y alginatos para el manejo de pacientes con ERGE</i>	A	Fuerte en contra
	<i>Se recomienda el uso de inhibidores de la bomba de protones como primera línea, en la mínima dosis requerida (2 dosis al día), para el manejo de pacientes con ERGE, puesto que mejoran la pirosis, la esofagitis y la calidad de vida.</i>	A	Fuerte a favor
7. ¿Cuál es la efectividad y seguridad de la erradicación de <i>Helicobacter pylori</i> en los pacientes con ERGE?	<i>No se recomienda la erradicación de <i>Helicobacter pylori</i> como parte del manejo de los pacientes con ERGE que no han sido diagnosticados con la infección.</i>	C	Fuerte en contra
8. ¿Cuál es la efectividad y seguridad de las intervenciones no farmacológicas para la prevención de las recidivas en los pacientes con diferentes síntomas de la ERGE?	<i>Se les recomienda bajar de peso a los pacientes con ERGE que se encuentren obesos.</i>	A	Fuerte a favor
	<i>Se sugiere evitar el consumo de alcohol y tabaco en pacientes con ERGE, puesto que estos aumentan los síntomas de la enfermedad.</i>	B	Débil a favor
9. ¿Se recomienda realizar una endoscopia digestiva posterior al tratamiento farmacológico, en pacientes con faringitis crónica por reflujo gastroesofágico?	<i>En los pacientes con ERGE no se sugiere hacer, de manera rutinaria, un seguimiento con endoscopia de tamizaje.</i>	C	Débil en contra
10. ¿Cuándo se debe remitir al gastroenterólogo?	<i>Se debe remitir al gastroenterólogo a los pacientes que no presenten mejoría de los síntomas con el tratamiento ordenado, o no tengan una causa clara del reflujo gastroesofágico, además de aquellos que requieran manejo quirúrgico para ERGE, y los que presentan infección por <i>Helicobacter pylori</i> que no responden al tratamiento farmacológico de segunda línea.</i>	C	Débil a favor

ERGE: enfermedad por reflujo gastroesofágico; ISR: índice de síntomas de reflujo. Fuente propia.

## Recomendaciones

### Recomendación 1

Pregunta: ¿cuál es el valor de los hallazgos clínicos para el diagnóstico de la faringitis crónica por reflujo gastroesofágico?

Se recomienda la realización del diagnóstico de reflujo gastroesofágico sobre la base de los hallazgos clínicos y los síntomas relatados, en pacientes con síntomas clásicos de ERGE, sin la presencia de síntomas de alarma (2).

**Grado de recomendación: fuerte a favor****Nivel de evidencia: B**

Se recomienda que los pacientes con manifestaciones extraesofágicas del reflujo gastroesofágico, y que no tienen síntomas típicos (regurgitación y pirosis), sean llevados a evaluación del reflujo, previo a terapia con inhibidores de la bomba de protones (2).

**Grado de recomendación: fuerte a favor****Nivel de evidencia: B**

Se recomienda que los pacientes que presentan síntomas extraesofágicos o síntomas típicos de ERGE sean llevados a una prueba terapéutica con inhibidores de la bomba de protones, dos veces al día, por 8 a 12 semanas, antes de ser remitidos a estudios adicionales (2).

**Grado de recomendación: fuerte a favor****Nivel de evidencia: B****Texto soporte**

El reflujo laringofaríngeo se define como el flujo retrógrado del contenido gástrico en la faringe y la laringe, asociado a una variedad de síntomas. Lo anterior se genera por un mecanismo que relaciona la presencia de reflujo gastroesofágico con el reflujo laringofaríngeo, mediante la estimulación de secreción ácida por vías nerviosas aferentes vagales y el contacto directo del contenido ácido gastroesofágico con la faringe. A diferencia de la mucosa esofágica, la mucosa de la faringe y la laringe es menos resistente a los efectos del contenido gástrico ácido, por lo cual pequeñas cantidades de ácido son suficientes para producir síntomas a nivel de laringe y faringe (5).

Los síntomas que pueden encontrarse en pacientes con reflujo laringofaríngeo son disfonía, tos, globus faríngeo, aclaramiento faríngeo, odinofagia y disfagia, entre otros. Estos síntomas se han utilizado como indicadores en la realización del índice de síntomas de reflujo (ISR), el cual se utiliza de forma amplia para la evaluación de los síntomas en pacientes con reflujo laringofaríngeo (5).

De la misma manera, los síntomas típicos de la ERGE comprenden la pirosis y la regurgitación, pero es más común la pirosis, la cual se describe como la sensación quemante y progresiva a nivel subesternal, que se irradia desde el epigastrio a la región anterior del cuello. La regurgitación, por su parte, se define como el retorno no intencionado del contenido gástrico a la vía aerodigestiva superior.

No hay un método de referencia (*gold standard*) para el diagnóstico de la ERGE. Por lo tanto, el diagnóstico debe basarse en la combinación de síntomas, su presentación, la evaluación endoscópica, la monitorización del reflujo y la respuesta a las intervenciones terapéuticas. La mayoría de los consensos y las guías indican la terapia con inhibidor de bomba de protones como una prueba diagnóstica en pacientes con síntomas típicos de la enfermedad (2).

Los síntomas atípicos y las manifestaciones extraesofágicas como la tos crónica, disfonía, asma, sinusitis, laringitis, faringitis y la erosión dental se han asociado al reflujo gastroesofágico. Sin embargo, estos signos tienen una baja sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de esta patología, por lo que el diagnóstico de ERGE solo a partir de los síntomas extraesofágicos no es recomendado, debido a su baja sensibilidad y especificidad (2).

Esta recomendación fue adaptada de la *Guía de práctica clínica para la enfermedad por reflujo gastroesofágico* de las asociaciones colombianas de Gastroenterología, Endoscopia Digestiva, Coloproctología y Hepatología, según la calificación AGREE II.

**Recomendación 2**

**Pregunta:** ¿está indicada la realización de nasofibrolaringoscopia en los pacientes con faringitis crónica por reflujo gastroesofágico?

En pacientes con manifestaciones clínicas extraesofágicas como faringitis crónica, laringitis, disfonía, tos crónica, aclaramiento laríngeo y problemas pulmonares (entre otras), se recomienda la evaluación de causas no relacionadas con ERGE, antes de atribuir los síntomas a este diagnóstico, y una de las herramientas para esta evaluación es la nasofibrolaringoscopia.



**Grado de recomendación: fuerte a favor****Nivel de evidencia: B.****Texto soporte**

Punto de buena práctica: realizar la nasolaringoscopia solo en aquellos pacientes con manifestaciones extraesofágicas, para descartar otras causas no asociadas a reflujo gastroesofágico. Además, realizar diagnóstico diferencial y no para correlación diagnóstica de ERGE.

Las manifestaciones extraesofágicas son un desafío para el paciente y el profesional, ya que estas podrían estar asociadas a reflujo o a otras causas. Incluso en pacientes con reflujo diagnosticado es difícil establecer que esos síntomas extraesofágicos sean por ERGE, así que su diagnóstico, la evaluación y el tratamiento están limitados por la falta de una prueba de referencia (*gold standard*), por la variabilidad de los síntomas y porque hay otras patologías que pueden causar signos similares.

En un estudio que incluyó a pacientes en los que, en principio, se creía que había reflujo laringofaríngeo, los investigadores desarrollaron una revisión cuidadosa de los hallazgos laringoscópicos y se identificaron otras causas de los síntomas, que incluyeron cáncer, disfonía por tensión muscular, parestia vocal y lesiones mucosas benignas.

La nasolaringoscopia realizada por un otorrinolaringólogo se utiliza para evaluar signos de ERGE extraesofágicos, en particular, reflujo laringofaríngeo. Los hallazgos que más se asocian a reflujo incluyen hipertrofia de la comisura posterior, edema de aritenoides, edema de pliegues vocales y moco endolaríngeo. Si bien existen varios índices de puntuación y el más usado es el ISR, hay baja correlación de estos hallazgos con los síntomas, que pueden estar presentes en pacientes asintomáticos. En otro estudio de 105 voluntarios normales y asintomáticos, la laringoscopia mostró hallazgos asociados con reflujo en el 86%, mientras que en el 70% de los participantes se observaron signos de reflujo laringofaríngeo (2).

Una revisión sistemática encontró que la confiabilidad era baja entre evaluadores para los hallazgos laríngeos atribuidos a reflujo laringofaríngeo, en múltiples laringoscopias. Además de lo anterior, y por la baja correlación con pruebas objetivas tales como la medición del pH (con o sin impedanciometría en 24 horas), el Colegio Americano de Gastroenterología no sugiere realizar el diagnóstico basado únicamente en los hallazgos de la nasolaringoscopia y recomienda pruebas adicionales en casos de reflujo laringofaríngeo (recomendación condicional con calidad de evidencia baja) (2).

Esta recomendación fue adaptada de la guía ACG *Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease*, según la calificación AGREE II, dada por los síntomas extraesofágicos de reflujo gastroesofágico referidos por el paciente.

**Recomendación 3**

Pregunta: ¿se debe realizar endoscopia digestiva superior a los pacientes en los que se sospecha de faringitis crónica por reflujo gastroesofágico  
La endoscopia de vías digestivas no se recomienda de manera rutinaria para la evaluación de síntomas extraesofágicos de ERGE, ya que la mayoría de estos pacientes no tienen evidencia endoscópica de esofagitis. Además, este estudio no es suficiente para confirmar o descartar faringitis por reflujo gastroesofágico (6)

**Grado de recomendación: fuerte a favor.****Nivel de evidencia: C.****Texto de soporte**

El diagnóstico de ERGE se basa en los síntomas y en la respuesta favorable al tratamiento antisecretor. Por tanto, la endoscopia digestiva debe ser considerada en aquellos pacientes con síntomas de enfermedad complicada (disfagia u odinofagia, pérdida no voluntaria de peso, hematemesis, síntomas persistentes a pesar del tratamiento antirreflujo o vómito persistente), o en pacientes con factores de riesgo para esófago de Barrett. Entre estos factores se incluyen personas mayores de 50 años, tabaquismo, obesidad, sexo masculino, exposición prolongada a síntomas de reflujo, antecedente familiar de esófago de Barrett o adenocarcinoma de esófago (7).

A menudo, la endoscopia de vías digestivas altas se usa en pacientes con sospecha de manifestaciones extraesofágicas del reflujo, que desencadenan en síntomas como tos, asma, laringitis y disfonía. Es importante evaluar otras posibles causas de estos síntomas. Sin embargo, la mayoría de dichos pacientes no muestran esofagitis, sobre todo si están medicados con inhibidores de la bomba de protones, por lo cual no se recomienda su utilización de forma rutinaria (7).

Así también, la endoscopia digestiva tiene utilidad en los pacientes con síntomas extraesofágicos de reflujo gastroesofágico. En los casos en los cuales el paciente no responda a la prueba terapéutica con el inhibidor de la bomba de protones, esta debe realizarse de 2 a 4 semanas después de suspender la medicación (7).

Esta recomendación fue adaptada de la *Guía de práctica clínica para la enfermedad por reflujo gastroesofágico* de las asociaciones colombianas de Gastroenterología, Endoscopia Digestiva, Coloproctología y Hepatología, según la calificación AGREE II

#### Recomendación 4

Pregunta 4. ¿Qué relación tiene el índice de severidad de reflujo gastroesofágico (ISR) con los hallazgos endoscópicos de vías digestivas altas?

Se considera que un paciente que tiene un índice con una puntuación igual o mayor de 13 en el ISR puede considerarse un diagnóstico sugestivo de reflujo.

**Grado de recomendación: débil a favor.**

**Nivel de evidencia: C.**

#### Texto de soporte

El ISR es una variable subjetiva con 9 ítems calificados de 0 a 5 y dirigida a pacientes en los que se sospeche de laringitis crónica por reflujo. Aún si se reconocen las limitaciones que tiene como herramienta diagnóstica, se ha considerado que un paciente con una puntuación >13 puede considerarse con un diagnóstico sugestivo de reflujo. Existen muy pocos estudios en la literatura que comparan los resultados de un ISR con los hallazgos de la endoscopia de vías digestivas superiores; pero, en 2009, Lin y colaboradores compararon los hallazgos del ISR con los de la endoscopia de vías digestivas superiores de 239 adultos, sin obtener diferencias en el resultado del índice, en pacientes con o sin hallazgo de esofagitis (8).

Por su parte, en 2012, de Bortoli y colaboradores realizaron un estudio en 41 pacientes con síntomas laringofaríngeos, los cuales fueron llevados a endoscopia de vías digestivas superiores y monitorización del pH con impedanciometría. Se identificó que existe una correlación estadísticamente significativa del puntaje del ISR y la endoscopia digestiva ( $P < 0,001$ ), aunque el ensayo no hizo claridad sobre cuáles variables tuvieron en cuenta al evaluar el estudio endoscópico (9).

En 2014, Kaplan y colaboradores publicaron el resultado de un estudio prospectivo que se realizó en 156 pacientes llevados a endoscopia de vías digestivas altas. Se realizó una comparación entre el estado de las válvulas esofágicas, según la clasificación de Hill, y el IRS, y se concluyó que los pacientes con índices >13 puntos tienen una correlación positiva estadísticamente significativa con la severidad de hallazgos en la clasificación de válvulas esofágicas ( $p < 0,05$ ) y, por el contrario, no se observó correlación entre el índice y los resultados obtenidos con la clasificación de Los Ángeles (10).

En 2023, Sugihartono y colaboradores publicaron un estudio en el que evaluaron a 85 pacientes con manifestaciones extraesofágicas de reflujo. Estos fueron llevados a endoscopia de vías digestivas altas, y se encontró que los ítems con mayor significancia estadística, correlacionados con los hallazgos de esofagitis erosivas, fueron la tos después de comer o acostarse, tos crónica y la sensación de quemazón o indigestión ( $p = 0,001$ ;  $p = 0,003$ ;  $p = 0,031$ ) (11).

La evidencia existente es muy controvertida en definir si los hallazgos de endoscopias de vías digestivas superiores tienen una correlación con el índice de síntomas, y esta evidencia es aún más escasa en población pediátrica (12). En las últimas dos décadas, se ha introducido el uso de la esofagoscopia transnasal como un estudio de consultorio más cómodo y más rápido que la endoscopia de vías digestivas, y que permite evaluar de forma temprana a pacientes con síntomas laringofaríngeos y esofágicos, lo cual ha modificado de manera reciente la indicación de la evaluación de la vía digestiva superior en este tipo de pacientes, dada la facilidad para realizarlo (13).

Esta recomendación fue realizada de *novo*, según la búsqueda realizada en las bases bibliográficas mencionadas en la metodología.

#### Recomendación 5

Pregunta: ¿cuándo está indicada la realización de la medición del pH en pacientes con faringitis crónica por reflujo gastroesofágico?

Se recomienda realizar la monitorización del pH de 24 horas (medición del pH) sin tratamiento, en pacientes con alta probabilidad pretest de ERGE; en aquellos que no responden al tratamiento con inhibidor de la bomba de protones con endoscopia de vías digestivas altas normal y con síntomas de reflujo; en pacientes prequirúrgicos de cirugía antirreflujo, y en los que tengan manifestaciones extradigestivas de reflujo (14).

**Grado de recomendación: fuerte a favor****Nivel de evidencia: C.****Texto de soporte**

Punto de buena práctica: se recomienda la realización de la medición del pH con impedancia y con tratamiento, en pacientes con alta probabilidad pretest de ERGE.

El reflujo gastroesofágico proviene de la exposición anormal y prolongada de la mucosa esofágica al contenido gástrico. La monitorización del pH esofágico facilita la medición del pH en el esófago distal, lo cual permite el diagnóstico de episodios de reflujo gastroesofágico, pues detecta periodos de acidificación esofágica. Este se constituye en el método de referencia (gold standard) para el diagnóstico de ERGE (4).

La monitorización de la impedancia es el único método de registro que puede lograr una alta sensibilidad en la detección de todo tipo de episodios de reflujo. Incluso con la optimización de los métodos, la sensibilidad y la especificidad de la monitorización del pH no se acercarán a las de la monitorización de impedancia para reconocer la aparición de episodios de reflujo individuales (4).

Así pues, el reflujo se detecta mejor mediante la impedancia y su acidez se caracteriza a través de la medición del pH. Un pequeño porcentaje de eventos de reflujo ácido pueden ocurrir como caídas lentas del pH, que no se detectan mediante la impedancia, lo que sugiere que la combinación de ambas técnicas es mejor que la medición del pH o la monitorización de la impedancia solas. Por lo tanto, la monitorización combinada del pH y la impedancia intraluminal permite la detección de todos los eventos de reflujo y proporciona la mejor evaluación posible de la función de la barrera antirreflujo.

Con todo ello, se determinó que la monitorización ambulatoria de reflujo (pH o la impedancia + pH) es la única prueba que permite determinar la presencia de la exposición anormal del ácido esofágico, la frecuencia de reflujo y la asociación de los síntomas con los episodios de reflujo. Realizada ya sea con una cápsula de telemetría (por lo general de 48 horas), o con un catéter transnasal (24 horas), la monitorización del pH tiene una excelente sensibilidad (77%-100%) y especificidad (85%-100%) en pacientes con esofagitis erosiva (4).

Esta recomendación fue adaptada de la Guía de práctica clínica para la enfermedad por reflujo gastroesofágico de las asociaciones colombianas de Gastroenterología, Endoscopia Digestiva, Coloproctología y Hepatología, según la calificación AGREE II.

**Recomendación 6**

Pregunta: ¿cuál es la efectividad y seguridad de los antiácidos, alginatos, antagonistas H2 e inhibidores de la bomba de protones en pacientes con ERGE?

No se recomienda el uso de antiácidos en pacientes con ERGE como primera opción de tratamiento

**Grado de recomendación: fuerte en contra.****Nivel de evidencia: A.**

No se recomienda el uso de la combinación de antiácidos y alginatos para el manejo de pacientes con ERGE

**Grado de recomendación: fuerte en contra.****Nivel de evidencia: A.**

Se recomienda el uso de inhibidores de la bomba de protones como primera línea, en la mínima dosis requerida (2 dosis al día), para el manejo de pacientes con ERGE, puesto que mejoran la pirosis, la esofagitis y la calidad de vida (14).

**Grado de recomendación: fuerte a favor.****Nivel de evidencia: A.****Texto de soporte**

A partir de una revisión sistemática se evaluó la efectividad de los antiácidos, en comparación con placebo, en 1155 pacientes, y se determinó la mejoría subjetiva (definida con la calificación del tratamiento de *bueno/excelente* o global de *mejor/mucho mejor*), después de 2-4 semanas de tratamiento. El aumento absoluto del beneficio (AAB) combinado del tratamiento

antiácido sobre el placebo fue del 8% (IC 95%, con rango de 0%-16%;  $p = 0,06$ ). De igual manera, el aumento relativo del beneficio (ARB) combinado fue del 0,11% (IC 95%, con rango de 0,03-0,20), y el número necesario para tratar (NNT) fue de 13 (IC 95%, con rango de 6-250). En esta misma revisión sistemática se reportaron 2 ensayos en los cuales se evidenció que los sujetos del grupo de los antiácidos eran menos propensos a tener episodios de acidez que requirieran antiácidos de rescate, con una razón de posibilidades (*odds ratio* [OR]) de 0,70 (IC 95%, con rango de 0,59-0,84;  $p < 0,0001$ ).

Asimismo, se comparó el uso de la combinación de alginato y antiácido en 4 ensayos clínicos aleatorizados, con 146 pacientes en el grupo de tratamiento y 138 en el grupo del placebo: 3 de estos ensayos evaluaron la mejoría subjetiva después de 2 semanas de tratamiento (definido como autoevaluación de los pacientes con respuesta positiva: *mejor/mucho mejor o mejorado*). El AAB fue del 26% (IC: 95%, con rango de 12%-41%;  $p < 0,001$ ), y el ARB fue del 0,6% (IC: 95%, con rango de 0,25-0,91), mientras que el NNT fue de 4 (IC: 95%, con rango de 2-9). No se reportaron eventos adversos, y la calidad de la evidencia fue *muy baja* (15).

Una revisión sistemática de 2013 evaluó el tratamiento empírico de los pacientes con ERGE, mediante diferentes estrategias terapéuticas (inhibidores de la bomba de protones, procinéticos, antagonistas H2). El riesgo relativo (RR) para la remisión de la pirosis de los inhibidores de la bomba de protones frente a placebo fue de 0,37 (IC: 95%, con rango de 0,32-0,44). Para los receptores de la histamina-2 (ARH-2) fue de 0,77 (IC: 95%, con rango de 0,60-0,99), y para los procinéticos fue de 0,86 (IC: 95%, con rango de 0,73-1,01). En una comparación directa, los inhibidores de la bomba de protones fueron más efectivos que los ARH-2, con un RR de 0,66 (IC: 95%, con rango de 0,60-0,73), y que los procinéticos, con un RR de 0,53 (IC: 95%, con rango de 0,32-0,87). La calidad de la evidencia fue *muy baja* (16).

En 2010, a partir de una revisión sistemática, se evaluaron 9 ensayos clínicos aleatorizados que se analizaron de forma diferenciada, teniendo en cuenta comparaciones farmacológicas distintas. Primer grupo: esomeprazol de 40 mg frente a omeprazol de 20 mg. Se evidenció el beneficio del esomeprazol con un RR de 1,14 (IC: 95%, con rango de 1,10-1,18). Segundo grupo: esomeprazol de 40 mg frente a pantoprazol. Se evaluaron 2 ensayos clínicos aleatorizados, en el contexto de la resolución de la esofagitis en manejo durante 4 semanas. Se incluyó un total de 3378 pacientes, y se evidenció el beneficio del esomeprazol con un RR de 1,04 (IC: 95%, con rango de 1,02-1,06). Tercer grupo: esomeprazol de 40 mg frente a lansoprazol. Se evaluaron 2 ensayos clínicos aleatorizados, en el contexto de la resolución de la esofagitis en manejo durante 4 semanas. Se incluyó un total de 2225 pacientes, y se evidenció el beneficio del esomeprazol con un RR de 1,12 (IC: 95%, con rango de 1,07-1,17). La calidad de la evidencia fue *baja* (17).

Esta recomendación fue adaptada de la *Guía de práctica clínica para la enfermedad por reflujo gastroesofágico* de las asociaciones colombianas de Gastroenterología, Endoscopia Digestiva, Coloproctología y Hepatología, según la calificación AGREE II.

#### Recomendación 7

Pregunta: ¿cuál es la efectividad y seguridad de la erradicación de *Helicobacter pylori* en los pacientes con ERGE?  
No se recomienda la erradicación de *Helicobacter pylori* como parte del manejo de los pacientes con ERGE que no han sido diagnosticados con la infección.

**Grado de recomendación: fuerte en contra.**

**Nivel de evidencia: C.**

#### Texto de soporte

Punto de buena práctica: se debe considerar el tratamiento de erradicación de *Helicobacter pylori* en los pacientes con ERGE, en quienes se documente su aislamiento microbiológico.

Una revisión sistemática realizada por Saad y colaboradores eligió un total de 10 estudios (según los criterios de inclusión) para valorar el impacto de la erradicación de *Helicobacter pylori*, en pacientes con síntomas de ERGE y hallazgos endoscópicos de esofagitis por reflujo. No se encontraron diferencias en los síntomas de reflujo después del tratamiento en pacientes con ERGE, con respecto al placebo, con un OR de 0,81 (IC: 95%, con rango de 0,56-1,17), y en el grupo de esofagitis por reflujo no se reportaron diferencias estadísticas ( $p = 0,59$ ). La calidad de la evidencia fue *baja* (18).

Se debe realizar el tratamiento para erradicar *Helicobacter pylori* en pacientes en los cuales se documente su aislamiento microbiológico (19).

Esta recomendación fue adaptada de la *Guía de práctica clínica para la enfermedad por reflujo gastroesofágico* de las asociaciones colombianas de Gastroenterología, Endoscopia Digestiva, Coloproctología y Hepatología, según la calificación AGREE II.

### Recomendación 8

Pregunta: ¿cuál es la efectividad y seguridad de las intervenciones no farmacológicas para la prevención de las recidivas en los pacientes con diferentes síntomas de la ERGE?

Se les recomienda bajar de peso a los pacientes con ERGE que se encuentren obesos.

**Grado de recomendación: fuerte a favor**

**Nivel de evidencia: A.**

Pregunta: ¿cuál es la efectividad y seguridad de las intervenciones no farmacológicas para la prevención de las recidivas en los pacientes con diferentes síntomas de la ERGE?

Se sugiere evitar el consumo de alcohol y tabaco a los pacientes con ERGE, ya que esto aumenta los síntomas de la enfermedad.

**Grado de recomendación: débil a favor**

**Nivel de evidencia: B.**

#### *Texto de soporte*

En una revisión sistemática, en la cual se evaluaron 9 estudios sobre la asociación entre la obesidad y el riesgo de ERGE, las personas con un índice de masa corporal de 25 a 30 kg/m<sup>2</sup> presentaron un OR de 1,43 (IC: 95%, con rango de 1,158-1,774; p = 0,001). Entretanto, los pacientes con un índice de masa corporal de más de 30 (obesidad) presentaron un OR de 1,94 (IC: 95%, con rango de 1,468-2,566; p <0,001), lo que incrementó el riesgo de síntomas de ERGE. La calidad de la evidencia fue moderada (20).

De igual forma, en un estudio de casos y controles entre dos encuestas de salud pública, se evidenció que el consumo de cigarrillo tiene asociación con síntomas de reflujo gastroesofágico (p <0,0001). Además, se encontró que las personas que han fumado por más de 20 años incrementan el riesgo de síntomas en un 70%, en comparación con aquellas que fumaron a diario durante menos de 1 año, con un OR de 1,7 (IC: 95%, con rango de 1,5-1,9) (21).

También se realizó un estudio en el cual se compararon las bebidas alcohólicas con el agua y su relación con el aumento del reflujo gastroesofágico. Se evidenció que las bebidas alcohólicas inducen a reflujo gastroesofágico, en comparación con el agua (vino 23%, agua 12%; p <0,01; cerveza 25%, agua 11%; p <0,05). Además, se encontró que las bebidas alcohólicas aumentan tanto el tiempo de pH <4 en los pacientes con esofagitis por reflujo como la duración del reflujo. La calidad de la evidencia fue moderada (22).

El estudio HUNT incluyó a 29.610 personas que reportaron síntomas de reflujo gastroesofágico. De estas, el 5% presentaban síntomas severos de reflujo, y de este porcentaje de personas, el 31% consumía tabaco a diario. Los sujetos que utilizaron medicamentos antirreflujo de forma semanal, adicional al cese del consumo de tabaco, mostraron una mejoría en los síntomas de graves a menores, o ningún síntoma, con un OR de 1,78 (IC: 95%, con rango de 1,07-2,97), en comparación con el consumo diario y persistente de tabaco (23).

En algunas revisiones se considera que los pacientes deben cenar de 2-3 horas antes de dormir, ya que el decúbito puede favorecer el reflujo, pues durante la noche se disminuye la presión del esfínter esofágico inferior. La calidad de la evidencia fue moderada (24).

Esta recomendación fue adaptada de la Guía de práctica clínica para la enfermedad por reflujo gastroesofágico de las asociaciones colombianas de Gastroenterología, Endoscopia Digestiva, Coloproctología y Hepatología, según la calificación AGREE II.

### Recomendación 9

Pregunta: ¿se recomienda realizar endoscopia digestiva posterior al tratamiento farmacológico, en pacientes con faringitis crónica por reflujo gastroesofágico?

En los pacientes con ERGE no se sugiere hacer, de manera rutinaria, un seguimiento con endoscopia de tamizaje.

**Grado de recomendación: débil en contra****Nivel de evidencia: C.****Texto de soporte**

Punto de buena práctica: el seguimiento endoscópico se realiza como tamizaje para esófago de Barret, según los síntomas crónicos de la ERGE y múltiples factores de riesgo (por lo menos 3), como edad de 50 años o más, raza blanca, género masculino y obesidad. Sin embargo, en el caso de pacientes con antecedentes familiares de adenocarcinoma de esófago o de esófago Barret, se deben disminuir estos criterios.

Otros factores considerados de riesgo son, por ejemplo, larga duración de los síntomas, aumento de la frecuencia de dichos síntomas, antecedente de esofagitis, hernia hiatal previa, estenosis esofágica o úlceras esofágicas (19).

Esta recomendación fue adaptada de la Guía de práctica clínica para la enfermedad por reflujo gastroesofágico de las asociaciones colombianas de Gastroenterología, Endoscopia Digestiva, Coloproctología y Hepatología, según la calificación AGREE II.

**Recomendación 10**

Pregunta: ¿cuándo se debe remitir al gastroenterólogo?

Los pacientes que no presenten mejoría de los síntomas no tengan una causa clara del reflujo gastroesofágico o requieran manejo quirúrgico, se deben remitir al gastroenterólogo.

**Grado de recomendación: débil a favor****Nivel de evidencia: C.****Texto de soporte**

Punto de buena práctica: se debe remitir al gastroenterólogo a los pacientes que no presenten mejoría de los síntomas con el tratamiento ordenado, o que no tengan una causa clara del reflujo gastroesofágico, además de aquellos que requieran manejo quirúrgico para ERGE, y los que presentan infección por *Helicobacter pylori* que no responden al tratamiento farmacológico de segunda línea (14).

Esta recomendación fue adaptada de la Guía de práctica clínica para la enfermedad por reflujo gastroesofágico de las asociaciones colombianas de Gastroenterología, Endoscopia Digestiva, Coloproctología y Hepatología, según la calificación AGREE II.

**Revisión de la guía por pares**

Revisión externa nacional:

*Luis Humberto Jiménez-Fandiño\**

\* *Otorrinolaringólogo. Laringólogo. Jefe, Unidad de Otorrinolaringología y Cirugía Maxilofacial, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7276-1720>*

Forma de citar: Jiménez-Fandiño LH. Guía para el diagnóstico y el tratamiento de faringitis crónica por reflujo gastroesofágico. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2024; 52(3): 249-265 DOI.10.37076/acorl.v52i3.803

**Asesora general metodológica**

*Diana Quijano-García\**

\* *Otorrinolaringóloga Fundación Santa Fe de Bogotá. Fellow en Rinología. Magistra en Epidemiología Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia ORCID <https://orcid.org/0000-0001-6177-7225>*

Forma de citar: Quijano-García D. Guía para el diagnóstico y el tratamiento de faringitis crónica por reflujo gastroesofágico. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2024; 52(3): 249-265 DOI.10.37076/acorl.v52i3.803

---

## Revisora metodológica

Mary Eugenia Posada-Álvarez\*

\* *Otorrinolaringóloga Universidad del Rosario. Epidemióloga Clínica Universidad Autónoma de Bucaramanga. Fellow Cirugía Sinonasal Avanzada Universidad Autónoma de México. Otorrinolaringóloga Pediatra, Universidad Autónoma de México- Titulación en proceso de convalidación en Bogotá, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0935-6188>*

Forma de citar: Posada-Álvarez ME. Guía para el diagnóstico y el tratamiento de faringitis crónica por reflujo gastroesofágico. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2024; 52(3): 249-265 DOI.10.37076/acorl.v52i3.803

---

## Director Científico Guías ACORL

### Coordinador Comité Académico Permanente ACORL

Ricardo Silva-Rueda FACS\*

\* *Otorrinolaringólogo, Fellow del American College of Surgeons, Coordinador Servicio Otorrinolaringología Hospital Militar Central. Expresidente Asociación Colombiana De Otorrino Profesor Asociado Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá – Colombia – ORCID <https://orcid.org/0000-0002-7539-5938>*

Forma de citar: Silva- Rueda R. Guía para el diagnóstico y el tratamiento de faringitis crónica por reflujo gastroesofágico. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2024; 52(3): 249-265 DOI.10.37076/acorl.v52i3.803

---

## Actualización de la guía

Se debe actualizar la guía en cuatro años, o antes si se encuentra que hay nueva evidencia que cambie el manejo aquí descrito.

---

## Aplicabilidad

Esta guía será publicada con acceso abierto en la revista y la web de ACORL y será socializada en diferentes eventos de la ACORL.

---

## Fortalezas y limitaciones

Esta guía contiene artículos actualizados y de gran impacto acerca del diagnóstico y el tratamiento de la faringitis crónica por reflujo gastroesofágico; sin embargo, se considera que una limitación está elaborada en el idioma español, lo cual limita su extrapolación.

---

## Financiación

El costo de elaboración de la guía fue asumido en parte por la Asociación Colombiana de Otorrinolaringología (ACORL), el tiempo y la dedicación por la Universidad de Cartagena.

---

## Diseminación

Estará abierta al público general de manera virtual a través de la Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello, <https://revista.acorl.org.co/index.php/acorl>

---

## REFERENCIAS

1. Yazici ZM, Sayin I, Kayhan FT, Biskin S. Laryngopharyngeal reflux might play a role on chronic nonspecific pharyngitis. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2010;267(4):571-574.
2. Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, Greer KB, Yadlapati R, Spechler SJ. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Am J Gastroenterol. 2022;117(1):27-56.

3. Zhang Q, Huang H, Li J, Niu Y, Sun P, Cheng F. Knowledge, attitudes and practices of patients with chronic pharyngitis toward laryngopharyngeal reflux in Suzhou, China. *BMC Public Health*. 2023;23(1):2542.
4. Sifrim D, Castell D, Dent J, Kahrilas PJ. Gastro-oesophageal reflux monitoring: review and consensus report on detection and definitions of acid, non-acid, and gas reflux. *Gut*. 2004;53(7):1024-1031.
5. Liu C, Wang H, Liu K. Meta-analysis of the efficacy of proton pump inhibitors for the symptoms of laryngopharyngeal reflux. *Braz J Med Biol Res*. 2016;49(7):e5149.
6. ASGE Standards of Practice Committee, Muthusamy VR, Lightdale JR, Acosta RD, Chandrasekhara V, Chathadi KV, et al. The role of endoscopy in the management of GERD. *Gastrointest Endosc*. 2015;81(6):1305-1310.
7. Mezerville Cantillo Ld, Cabas Sánchez J, Contreras F, Castellanos García LF, Dondis JE, Galdámez J, et al. Guía Práctica de la Asociación Centroamericana y del Caribe de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva (ACCGED) para el manejo de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE). *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2014;44(2):138-153.
8. Lin CC, Wang YY, Wang KL, Lien HC, Liang MT, Yen TT, et al. Association of heartburn and laryngopharyngeal symptoms with endoscopic reflux esophagitis, smoking, and drinking. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009;141(2):264-271.
9. de Bortoli N, Nacci A, Savarino E, Martinucci I, Bellini M, Fattori B, et al. How many cases of laryngopharyngeal reflux suspected by laryngoscopy are gastroesophageal reflux disease-related? *World J Gastroenterol*. 2012;18(32):4363-4370.
10. Kaplan M, Tanoglu A, Erkul E, Kara M, Yazgan Y. Association of reflux symptom index scores with gastroesophageal flap valve status. *Auris Nasus Larynx*. 2014;41(6):543-547.
11. Sugihartono T, Hidayat AA, Lusida MAP, Kuntaman, Aftab H, Miftahussurur M. Validity and Reliability of the Reflux Symptoms Index Translated into Indonesian: The Role of Upper Endoscopy in Assessing Extra-Esophageal Gastroesophageal Reflux Disease Symptoms. *Korean J Gastroenterol*. 2023;82(1):18-24.
12. Ugras MK, Dogan M, Pata DYS, Ozkan F. Can the Reflux Finding Score and Reflux Symptom Index Be Used to Evaluate the Severity of Esophagitis in Children? *J Voice*. 2021;35(1):157.e7-157.e10.
13. Horvath L, Fostiropoulos K, Burri E, Kraft M. Value of Transnasal Esophagoscopy in the Workup of Laryngo-Pharyngeal Reflux. *J Clin Med*. 2021;10(14):3188.
14. Hani AC, Galindo A, Leguizamo A, Maldonado C, Páramo D, Costa V, et al. Guía de práctica clínica para la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Rev Col Gastroenterol*. 2015;30 (supl 1):1-8.
15. Tran T, Lowry AM, El-Serag HB. Meta-analysis: the efficacy of over-the-counter gastro-oesophageal reflux disease therapies. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007;25(2):143-153.
16. Sigterman KE, van Pinxteren B, Bonis PA, Lau J, Numans ME. Short-term treatment with proton pump inhibitors, H2-receptor antagonists and prokinetics for gastro-oesophageal reflux disease-like symptoms and endoscopy negative reflux disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(5):CD002095.
17. Cohen H, Tomasso G, Luisa Cafferata M, Zapata C, Sharma P, Armstrong D, et al. Latin American consensus on gastroesophageal reflux disease: an update on therapy. *Gastroenterol Hepatol*. 2010;33(2):135-147.
18. Saad AM, Choudhary A, Bechtold ML. Effect of *Helicobacter pylori* treatment on gastroesophageal reflux disease (GERD): meta-analysis of randomized controlled trials. *Scand J Gastroenterol*. 2012;47(2):129-35.
19. Dyspepsia and Gastro-Oesophageal Reflux Disease: Investigation and Management of Dyspepsia, Symptoms Suggestive of Gastro-Oesophageal Reflux Disease, or Both. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); September 2014.
20. Hampel H, Abraham NS, El-Serag HB. Meta-analysis: obesity and the risk for gastroesophageal reflux disease and its complications. *Ann Intern Med*. 2005;143(3):199-211.
21. Nilsson M, Johnsen R, Ye W, Hveem K, Lagergren J. Lifestyle related risk factors in the aetiology of gastro-oesophageal reflux. *Gut*. 2004;53(12):1730-1735.
22. Pehl C, Wendl B, Pfeiffer A. White wine and beer induce gastro-oesophageal reflux in patients with reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006;23(11):1581-1586.
23. Ness-Jensen E, Lindam A, Lagergren J, Hveem K. Tobacco smoking cessation and improved gastroesophageal reflux: a prospective population-based cohort study: the HUNT study. *Am J Gastroenterol*. 2014;109(2):171-177.
24. Bujanda L, Cosme A, Muro N, Gutiérrez-Stampa Mde L. Influencia del estilo de vida en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Med Clin (Barc)*. 2007;128(14):550-554.
25. Gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia in adults: investigation and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2019.



## Anexo

1. EVALUACIÓN CON INSTRUMENTO AGREE II: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología)

<b>Dominio 1 - ALCANCE Y OBJETIVO</b>	
Puntuación del dominio	94%
<b>Dominio 2 - PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS O GRUPOS DE INTERES</b>	
Puntuación del dominio	64%
<b>Dominio 3 - RIGOR EN LA ELABORACIÓN</b>	
Puntuación del dominio	74%
<b>Dominio 4 - CLARIDAD DE PRESENTACIÓN</b>	
Puntuación del dominio	90%
<b>Dominio 5 - APLICABILIDAD</b>	
Puntuación del dominio	60%
<b>Dominio 6 - INDEPENDENCIA EDITORIAL</b>	
Puntuación del dominio	98%

2. EVALUACIÓN CON INSTRUMENTO AGREE II: ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease

<b>Dominio 1 - ALCANCE Y OBJETIVO</b>	
Puntuación del dominio	80%
<b>Dominio 2 - PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS O GRUPOS DE INTERES</b>	
Puntuación del dominio	65%
<b>Dominio 3 - RIGOR EN LA ELABORACIÓN</b>	
Puntuación del dominio	64.5%
<b>Dominio 4 - CLARIDAD DE PRESENTACIÓN</b>	
Puntuación del dominio	90%
<b>Dominio 5 - APLICABILIDAD</b>	
Puntuación del dominio	68.3%
<b>Dominio 6 - INDEPENDENCIA EDITORIAL</b>	
Puntuación del dominio	96.6%