



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



CARTA AL EDITOR

«Recomendaciones de buena práctica clínica para el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.» El paradigma de la prueba con IBP



«Good clinical practice recommendations for the management of gastroesophageal reflux disease». The PPI test paradigm

Hemos leído con interés el artículo de M.A. Valdovinos-Díaz et al.¹ intitulado «Recomendaciones de buena práctica clínica para el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Revisión por expertos latinoamericanos», publicado en la REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO.

Queremos referirnos específicamente a la recomendación número 3, la cual dice: «En pacientes con síntomas típicos sin datos de alarma recomendamos una prueba con los inhibidores de la bomba de protones (IBP) a dosis estándar por 2 a 4 semanas y en casos de dolor torácico no cardíaco por 4 a 8 semanas».

Es claro que esta recomendación ha sido emitida durante años incluso por las guías internacionales. Sin embargo, ante la emergencia de la esofagitis eosinofílica (EEO) en nuestros países latinoamericanos, pensamos que es prudente revisar las implicaciones que tiene en el diagnóstico temprano de la EEO.

Se ha observado que del 10 al 80% de los pacientes adultos con EEO pueden tener pirosis y regurgitación, incluso sin ERGE demostrado por monitoreo ambulatorio de pH esofágico². Aunque se acepta que la fisiopatología de ambas entidades es diferente, el reflujo puede tener algún papel en el desarrollo de EEO en etapas tempranas. Lo relevante es que ambas tienen historia natural y desenlace clínico distintos. Por otro lado, del 40 al 70% de los pacientes con EEO responden clínica e histológicamente a IBP³. Su mecanismo de acción es diferente a la supresión de ácido. Los IBP pueden afectar vías implicadas en la inflamación de la EEO dando efectos similares a los esteroides tópicos.

Por lo anterior, la prueba con IBP en pacientes con pirosis, sin diagnóstico previo de ERGE, sin tomar en cuenta los factores clínicos de riesgo conocidos de la EEO, pudiese enmascarar la mitad o más de los enfermos con EEO.

En Latinoamérica, la EEO es una enfermedad poco común⁴. Las probables causas en comparación con países de alta prevalencia (Estados Unidos, Europa, Canadá) han sido discutidas en otros textos (genéticas, ambientales, cul-

turales, etc.). Sin embargo, podrían incluirse, además: la baja sospecha diagnóstica debido al desconocimiento de la enfermedad, la ausencia de la toma de biopsias durante las endoscopias en impactación alimentaria y las maniobras como la prueba con IBP, las cuales conducirían al subdiagnóstico de la enfermedad.

Pensamos que la administración de la prueba con IBP debería evaluarse con cautela en pacientes jóvenes (20 a 45 años), de sexo masculino, con disfagia intermitente y sobre todo con un fondo atópico. Estos pacientes se beneficiarían más de una endoscopia digestiva superior con biopsias de esófago con el fin de obtener un diagnóstico preciso⁵.

Lo ideal es medir objetivamente, en un estudio prospectivo, el impacto que tiene la prueba con IBP en el diagnóstico de EEO en nuestros países. Mientras tanto, las evidencias hasta ahora publicadas sobre la fisiopatología, la clínica y la terapéutica de ambas entidades podrían razonablemente tomarse como base para enfocar de una manera diferente el paradigma que ha prevalecido con la prueba con IBP.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Declaramos que no existen conflictos de intereses de ningún tipo que puedan influir en el contenido de esta carta.

Referencias

1. Valdovinos-Díaz MA, Hani A, Defilippi-Guerra C, et al. Recomendaciones de buena práctica clínica para el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Revisión por expertos latinoamericanos. Rev Gastroenterol Mex. 2025;90:288–308, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgm.2025.02.001>.
2. Dellon ES, Muir AB, Katzka DA, et al. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and management of eosinophilic esophagitis. Am J Gastroenterol. 2025;120:31–59, <http://dx.doi.org/10.14309/ajg.0000000000003194>.
3. Molina-Infante J, Ferrando-Lamana L, Ripoll C, et al. Esophageal eosinophilic infiltration responds to proton pump inhibition in most adults. Clin Gastroenterol Hepatol. 2011;9:110–59, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2010.09.019>.
4. García-Compeán D, González-González JA, Marrufo-García CA, et al. Prevalence of eosinophilic esophagitis in patients with refractory gastroesophageal reflux disease symp-

toms: A prospective study. *Dig Liver Dis.* 2011;43:204–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.dld.2010.08.002>.

5. Von Muhlenbrock C, Núñez P, Quera R, et al. Descripción clínica de adultos con esofagitis eosinofílica atendidos en un centro universitario chileno. *Rev Gastroenterol Mex.* 2025;90:8–14, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgm.2024.04.010>.

D. García-Compeán* y A.R. Jiménez-Rodríguez

Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario «Dr. José Eleuterio González», Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México

* Autor para correspondencia. Teléfono: ++52-81-83487315; fax: +++52 81 89891381. Servicio de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario y Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Avenida Madero y Gonzalitos S/N, Col. Mitras Centro, C.P. 64460 Monterrey, México.

Correo electrónico: digarciacompean@prodigy.net.mx (D. García-Compeán).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2025.07.008>
0375-0906/ © 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Respuesta a la carta al editor: «El paradigma de la prueba con IBP»



Response to the letter to the editor: «The PPI test paradigm»

Agradecemos la carta enviada por el Dr. García-Compeán y el Dr. Jiménez-Rodríguez¹ en relación con el artículo «Recomendaciones de buena práctica clínica para el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico» publicado recientemente en la Revista de Gastroenterología de México².

Compartimos plenamente los argumentos expresados respecto a la esofagitis eosinofílica (EEO), entidad en claro ascenso epidemiológico y con características clínicas que pueden confundirse o sobreponerse con las de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). La hipótesis sobre el posible enmascaramiento de la EEO por el uso empírico de IBP o P-CAB como prueba diagnóstica, aunque no tiene una evidencia robusta con ensayos clínicos, es válida y pertinente, sobre todo en poblaciones con baja prevalencia de la EEO como ocurre en Hispanoamérica³.

Como señalan los autores, una proporción de pacientes con EEO puede presentar síntomas indistinguibles de ERGE y responder, al menos parcialmente, al tratamiento con IBP, lo que puede retrasar el diagnóstico definitivo de EEO. No obstante, consideramos que la prueba con IBP sigue siendo una herramienta diagnóstica útil en escenarios clínicos seleccionados, siempre que se realice con criterio, considerando los factores de riesgo individuales y las características clínicas que puedan orientar hacia un diagnóstico alternativo. Por ello, enfatizamos que la prueba con IBP solo está indicada en los casos con síntomas típicos de ERGE, pirosis y regurgitaciones, en un paciente joven, sin datos de alarma, como disfagia, impacto alimentario, pérdida de peso, anemia o sangrado gastrointestinal. En este sentido, como señalamos en el enunciado referente a ERGE y EEO, coincidimos en que, ante la presencia de disfagia, impacto alimentario, antecedentes de atopia o síntomas atípicos en pacientes jóvenes, debe considerarse la realización temprana de endoscopia con toma de biopsias esofágicas, antes de realizar una prueba terapéutica con IBP².

Agradecemos la valiosa colaboración de los autores de esta carta al editor por llamar la atención sobre una con-

dición que siempre debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la ERGE, como lo es la EEO. Así mismo, este tipo de contribuciones plantea la necesidad de realizar ensayos clínicos que puedan definir claramente el impacto del uso de una prueba con IBP en el enmascaramiento o retraso en el diagnóstico de la EEO.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

El autor es conferencista para Laboratorios Carnot.

Referencias

1. García-Compeán D, Jiménez-Rodríguez AR. Recomendaciones de buena práctica clínica para el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. El paradigma de la prueba con IBP. *Rev Gastroenterol Mex.* 2025;90.
2. Valdovinos-Díaz MA, Hani A, Defilippi-Guerra C, et al. Recomendaciones de buena práctica clínica para el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Revisión por expertos latinoamericanos. *Rev Gastroenterol Méx.* 2025;90:288–308, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgm.2025.02.001>.
3. García-Compeán D, González-González JA, Marrufo-García CA, et al. Prevalence of eosinophilic esophagitis in patients with refractory gastroesophageal reflux disease symptoms: A prospective study. *Dig Liver Dis.* 2011;43:204–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.dld.2010.08.002>.

M.A. Valdovinos-Díaz*

Servicio de Gastroenterología, Hospital Médica Sur, Ciudad de México, México

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: miguelvaldovinosd@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2025.07.009>
0375-0906/ © 2025 Publicado por Masson Doyma México S.A. en nombre de Asociación Mexicana de Gastroenterología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).