



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Martes 18 de noviembre de 2025

Trastornos esofágicos y ERGE

Mar306

SILDENAFILO EN EL TRATAMIENTO DEL ESÓFAGO HIPERCONTRÁCTIL: RESPUESTA CLÍNICA Y MANOMÉTRICA. EXPERIENCIA DE UN SOLO CENTRO

N. X. Ortiz-Olvera, E. García-Santuano, J. A. Garay-Ortega, M. A. González-Martínez, UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS

Introducción: El esófago hipercontráctil (EH) es un trastorno motor esofágico de baja prevalencia. Actualmente existe poca evidencia de opciones farmacológicas que remitan la hipercontractilidad del esófago. El sildenafil, un inhibidor potente y selectivo de la fosfodiesterasa tipo 5, induce la relajación del músculo liso esofágico y disminuye su excitabilidad; con anterioridad se ha utilizado para el tratamiento de los trastornos esofágicos hipercontráctiles, con resultados satisfactorios.

Objetivo: Evaluar los cambios en las manifestaciones clínicas y en la integral de contracción distal (DCI) de los pacientes con EH tratados con sildenafil.

Material y métodos: Estudio cuasiexperimental. Se incluyó a pacientes adultos con diagnóstico de EH que acudieron de manera consecutiva a la consulta de neurogastroenterología por disfagia o dolor torácico persistente, que aceptaron por escrito participar en el estudio, durante el periodo de enero de 2022 a marzo de 2025. El diagnóstico de EH se estableció con base en los criterios de Chicago v 3.0. Los pacientes se asignaron al grupo de intervención con sildenafil durante un periodo de ocho semanas, con seguimiento a seis meses. Al término del tratamiento, los pacientes se evaluaron clínica y manométricamente. La respuesta al tratamiento se estableció con base en la normalización de la DCI y se consideró respuesta parcial ante la remisión de los síntomas. El protocolo recibió aprobación del comité de ética del hospital R-2022-3601-212.

Resultados: Trece pacientes recibieron tratamiento con sildenafil por ocho semanas, con 85% de mujeres y mediana de edad de 67 años (51-81). Los síntomas predominantes fueron disfagia (85%), pirosis (85%) y dolor torácico (69%); la mediana de la puntuación de Eckardt basal fue de 4 (2-7); el 85% presentó psicopatología. El sildenafil provocó una reducción significativa de la DCI, hasta parámetros de normalidad, en el 70% de los pacientes. Se observó que los pacientes con > 6 degluciones hipercontráctiles en el estudio basal no experimentaron disminución de la DCI, aunque refirieron mejoría clínica, con mejoría en la escala global de síntomas en el 100% de los casos.

Conclusiones: Con base en los resultados de este estudio puede concluirse que el uso del sildenafil representa una medida farmacológica satisfactoria para pacientes con EH. En concordancia con otros estudios, se demostró que el sildenafil reduce la DCI, el IRP y la presión de reposo del EEI, con mejoría de las manifestaciones clínicas. Se requieren estudios prospectivos con un tamaño de muestra mayor y seguimiento a largo plazo para confirmar la relevancia clínica y fisiológica de estos resultados.

Financiamiento: Los autores declaran que no recibieron financiamiento.

Mar307

APLICACIÓN CLÍNICA DEL CONSENSO DE SAN DIEGO SOBRE LPRD: PREVALENCIA, PREDICTORES Y CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS EN PACIENTES MEXICANOS CON SÍNTOMAS LARINGOFARÍNGEOS

L. Bolio-Lavalle, S. P. Mendivil-Sáenz, K. D. González-Gómez, R. A. Jiménez-Castillo, F. A. Félix-Téllez, M. Amieva-Balmori, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: Los síntomas laringofaríngeos (LPS, por sus siglas en inglés) comprenden un grupo de manifestaciones del tracto aerodigestivo superior que incluyen tos crónica, cambios en la voz, carraspeo frecuente, sensación de exceso de flema y dolor faríngeo. Cuando los LPS se acompañan de evidencia objetiva de reflujo, como hallazgos endoscópicos o resultados anormales en pruebas funcionales, se establece el diagnóstico de enfermedad por reflujo laringofaríngeo (LPRD, por sus siglas en inglés).

En México, la información sobre la prevalencia de LPS y LPRD es limitada. Además, las características clínicas de estos pacientes no se han descrito con claridad en poblaciones locales, lo que dificulta la identificación y el tratamiento oportuno de estos casos.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de LPS y LPRD en una cohorte consecutiva de pacientes mexicanos y describir sus principales características clínicas.

Material y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal de todos los pacientes que acudieron a esta institución para el estudio de síntomas de ERGE en los últimos cinco años. Los pacientes se agruparon en tres grupos de acuerdo con los síntomas referidos para la realización de estudios fisiológicos: grupo 1: pacientes con síntomas típicos aislados; grupo

2: pacientes con síntomas atípicos aislados (LPS); y 3: pacientes con síntomas típicos y atípicos. Se compararon entre los grupos las características clínicas, síntomas, parámetro de pH-impedancia de 24 h, manometría esofágica y calificaciones de Lyon, Cough Reflux y HAD. Se consideró que los pacientes tuvieron LPRD cuando hubo evidencia objetiva de ERGE: endoscopia erosiva B, C y D de Los Ángeles o exposición esofágica al ácido > 6%. Se realizó comparación con ANOVA, ji cuadrada y regresión logística multivariada.

Resultados: Se evaluó a 524 pacientes (edad promedio de 50,5 años, con 314 hombres); de éstos, 21% (n = 108) perteneció al grupo 1, 18% (n = 96) al grupo 2 y 62% (n = 320) al grupo 3. Los pacientes del grupo 1 tuvieron con mayor frecuencia parámetros anormales en la pH-metría que los otros grupos ($p < 0,05$), mientras que los pacientes del grupo 3 mayores puntuaciones en la calificación de Lyon y el HAD ($p < 0,05$). No hubo diferencia en la prevalencia de esofagitis erosiva en los tres grupos de acuerdo con los síntomas ($p = 0,026$) ni en el porcentaje de pH-metría anormales (70,4%, 68,8% y 73,1%, $p = 0,872$). Sin embargo, de los pacientes del grupo 2, el porcentaje de pacientes con pH-metría anormal fue de 30% (n = 29), es decir, con LPRD. Los pacientes con LPRD tuvieron mayor número de episodios de reflujo totales por impedancia, menor impedancia basal nocturna, y mayores puntuaciones en las calificaciones de Lyon y Cough Reflux (Tabla 1, $p < 0,05$). Los pacientes con LPR registraron mayor prevalencia de MEI (34% vs. 13%; $p = 0,01$; OR 3,39; IC95%, 1,20-9,59) y de unión tipo III (31% vs. 14,9%; $p = 0,07$; OR 2,54; IC95% 0,9-7,1). Al realizar un análisis de regresión lineal, la puntuación de Cough Reflux fue la que más se relacionó con LPRD (cada punto adicional en la calificación de tos incrementa los odds en un 91%, OR = 1,91).

Tabla 1. Características clínicas, hallazgos durante la pH-MII y puntuaciones clínicas. Comparación entre pacientes con LPS y LPRD. (Mar307)

Variable	Sin LPRD n = 67	Con LPRD n = 29	Valor de p =
Edad	51,24 ± 14,26	53,28 ± 11,78	0,46
Género • Femenino	28 (42%)	14 (48%)	0,71
IMC	26,37 ± 6,07	27 ± 3,92	0,54
# de síntomas laríngeos	2,39 ± 1,04	2,48 ± 1,09	0,69
% de pH < 4	1,5 ± 1,22	13,55 ± 8,74	< 0,001
# de episodios de reflujo	24,52 ± 18,56	91,31 ± 70,87	< 0,001
Índice de DeMeester	6,19 ± 4,43	50,04 ± 32,47	< 0,001
# de episodios de reflujo ácido	17,15 ± 13,56	45,14 ± 25,53	< 0,001
# de episodios de reflujo ligeramente ácido	22,46 ± 32,4	24,93 ± 24,41	0,68
# de episodios de reflujo ácido	1,78 ± 6,69	0,31 ± 1,14	0,08
# de episodios de reflujo totales	41,21 ± 34,39	69,38 ± 39,19	0,001
Impedancia basal	2735,13 ± 1119,98	1361,29 ± 847,36	< 0,001
Calificación de Lyon	2,8 ± 1,65	3,93 ± 1,79	0,005
Calificación Cough Reflux	2,76 ± 2,27	10 ± 2,27	< 0,001
Puntuación depresión	4,06 ± 3,33	4,76 ± 3,48	0,36
Puntuación ansiedad	6,61 ± 4,19	6,55 ± 5,08	0,95

Conclusiones: Los síntomas laringofaríngeos (LPS) fueron comunes en pacientes con sospecha de ERGE; sin embargo, sólo un tercio de aquéllos con LPS aislados presentó evidencia objetiva de LPRD. Esta discrepancia resalta la limitada especificidad de los síntomas atípicos para predecir reflujo documentado y subraya el riesgo de sobretratamiento si el diagnóstico se basa exclusivamente en síntomas. Los pacientes con LPRD mostraron un perfil clínico y fisiológico distintivo. Estos hallazgos respaldan el uso de pruebas

funcionales esofágicas para confirmar LPRD en pacientes con síntomas atípicos y orientar decisiones terapéuticas más precisas.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Mar308

DETERMINACIÓN DEL RIESGO DE SÍNDROME METABÓLICO Y COMORBILIDADES RELACIONADAS EN PACIENTES CON ACALASIA DESPUÉS DE LA MIOTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE HELLER

G. Torres-Villalobos, M. Moreno-Fuentes, D. P. Méndez-Hernández, L. R. Valdovinos-García, E. Coss-Adame, N. M. Barrón-Cervantes, A. Stenner-Escallante, M. A. Valdovinos-Díaz, J. Furuzawa-Carballeda, Grupo Colaborativo: Estudio de la Acalasia, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La acalasia se caracteriza por la destrucción de las células ganglionares, la incapacidad del esfínter esofágico inferior para relajarse y la peristalsis del cuerpo esofágico. El síntoma más común es la disfagia, que a menudo provoca una pérdida de peso significativa en los pacientes. La miotomía laparoscópica de Heller (MLH) es la piedra angular del tratamiento, ya que restaura en los pacientes la capacidad de ingerir alimentos, lo que en la mayoría de los casos conduce a un aumento de peso considerable después de la cirugía.

Objetivo: Evaluar el riesgo de desarrollar síndrome metabólico y sus componentes en pacientes con acalasia después de recuperar la capacidad de comer.

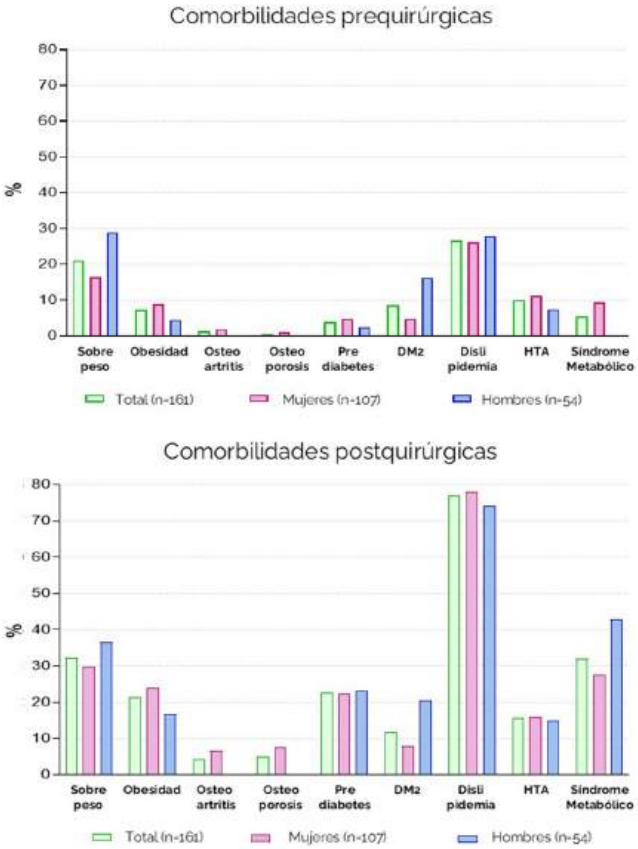
Material y métodos: Este estudio ambispectivo anidado en una cohorte del INCMNSZ, iniciado en 2014 y actualizado hasta junio de 2025 para la investigación clínica prospectiva sobre la acalasia (criterios de Chicago v4.0), incluyó a 161 pacientes con acalasia tipos I y II evaluados antes de la MLH y después del seguimiento de cinco años. Se realizó la recopilación de datos demográficos, detalles de la presentación clínica, cuestionarios de síntomas, mediciones antropométricas, variables de laboratorio y un perfil metabólico completo. Además, se analizó la prevalencia del síndrome metabólico y sus componentes, junto con otras comorbilidades adjuntas.

Resultados: El estudio incluyó a 107 mujeres y 54 hombres, con una edad promedio de 47,9 ± 15,0, y un tiempo de evolución de la enfermedad de 30,3 ± 41,5 meses. Antes de la MLH, la disfagia fue el síntoma más común de los pacientes (99%). El 90% de los sujetos refirió pérdida de peso. A los cinco años tras la MLH, el 73% de los individuos aumentó de peso (74% hombres vs. 71% mujeres), el 32% tenía sobrepeso y el 21% obesidad. Las enfermedades crónicas concomitantes fueron poco comunes antes de la MLH (osteoartritis: 1,2%; osteoporosis: 0,6%; prediabetes: 3%, predominantemente en mujeres; diabetes: 16% predominantemente en hombres, dislipidemia: 26% e hipertensión: 11% en mujeres y 7% en hombres). En el seguimiento a cinco años se identificaron osteoartritis en el 4% de los pacientes, osteoporosis en el 5%, prediabetes en el 22%, diabetes en el 20%, con una mayor prevalencia en hombres, dislipidemia en el 76% de los pacientes e hipertensión en el 16% de las mujeres y el 15% de los hombres (Figura 1). El valor promedio de hemoglobina glucosilada (HbA1c) prequirúrgica en hombres fue del 5,8 ± 0,9% y en mujeres del 5,5 ± 0,6% y en el seguimiento aumentó a 6,0 ± 1,1% y 5,6 ± 0,6%, respectivamente. Los valores prequirúrgicos de glucosa en ayuno fueron significativamente más altos en hombres (93,0 ± 24,6 vs. 87,1 ± 11,4 mg/dL) que en mujeres y en el seguimiento aumentaron a 103,4 ± 26,6 y 96,8 ± 27,4, respectivamente. Las concentraciones de HDL prequirúrgicas en hombres fueron de 42,7 ± 11,1 vs. 53,7 ± 17,5 mg/dL en las mujeres y en el seguimiento cambiaron a 46,1 ± 15,4 y 53,2 ± 14,0, respectivamente.

Conclusiones: La acalasia suele provocar una pérdida de peso significativa, pero después de la MLH muchos pacientes experimentan un aumento rápido de peso, lo que incrementa el riesgo de síndrome metabólico. Este estudio con seguimiento a cinco años identificó la relación entre la obesidad, la diabetes, la dislipidemia, la hipertensión y el síndrome metabólico, con una mejor capacidad para comer. Sin embargo, aún no es claro si estos factores están relacionados con la progresión de la acalasia. La vigilancia estrecha de los factores de riesgo y un enfoque multidisciplinario son cruciales para una atención óptima y un tratamiento eficaz de las comorbilidades.

Financiamiento: Fondo departamental.

Figura 1. Comorbilidades prequirúrgicas y durante el seguimiento posquirúrgico en pacientes con acalasia. (Mar308)



Mar309

DESENLACES CLÍNICOS Y MANOMÉTRICOS EN PACIENTES CON ACALASIA POSOPERADOS DE MIOTOMÍA ESOFÁGICA DE HELLER MÁS FUNDUPPLICATURA DE NISSEN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

E. C. Morel-Cerda, U. Lara-Orozco, B. Vázquez-Meza, L. F. Gómez-Hermosillo, J. A. Velarde-Ruiz Velasco, D. Lagos-Prieto, F. F. Ulloa-Ruiz, Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca

Introducción: La acalasia es un trastorno motor primario del esófago caracterizado por ausencia de peristaltismo y relajación insuficiente del esfínter esofágico inferior (EEI). En la actualidad no existe una descripción estandarizada sobre los valores en manometría esofágica de alta resolución (MAR) normales en pacientes posoperados ni su posible correlación con los resultados clínicos finales de los pacientes, aún más si se considera que generalmente se someten a Heller-Dor.

Objetivo: Conocer cuáles son los desenlaces clínicos y valores manométricos encontrados en los pacientes con diagnóstico de acalasia posoperados de miotomía esofágica más funduplicatura de Nissen en esta institución.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo, analítico y ambispectivo en pacientes del servicio de cirugía laparoscópica y gastroenterología con diagnóstico de acalasia y que fueron objeto de miotomía esofágica más funduplicatura de Nissen, durante el periodo enero de 2022 a diciembre de 2024. Se revisó el expediente clínico y se obtuvieron los datos demográficos, clínicos, MAR y esofagograma prequirúrgico y posquirúrgico. Los pacientes que aceptaron participar firmaron consentimiento informado y fueron citados para evaluación en consulta; a todos se les realizó una nueva MAR posquirúrgica de acuerdo con el protocolo de Chicago v4.0, así como aplicación de cuestionarios BERDQ, Eckardt y PRO (Patient reported outcomes). Se consideró éxito clínico un Eckardt ≤ 3 posquirúrgico o BEDQ ≤ 10 puntos. Todos los estudios los analizó el mismo investigador. Se utilizó IBM® SPSS

Statistics. Variables numéricas: media y desviación estándar; categóricas: frecuencias y porcentajes. Distribución: prueba de Shapiro-Wilk. Comparaciones: t para muestras relacionadas o prueba de Wilcoxon; $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 22 pacientes, con 68,2% de mujeres y edad media de $29,09 \pm 18,2$ años. El 22,7% tenía hipertensión arterial y el 4,5% diabetes mellitus. El tiempo promedio transcurrido desde la cirugía a la manometría posquirúrgica fue de 17 meses. El 81,8% de los pacientes sufría acalasia tipo II y el 18,2% tipo I. La presión media del EEI prequirúrgico fue de $45,1 \pm 14,20$ mmHg contra el posquirúrgico de $24,85 \pm 8,67$ mmHg ($p = 0,000$). La media de IRP prequirúrgico fue de $36,6 \pm 17,31$ mmHg respecto del posquirúrgico de $10,07 \pm 4,94$ mmHg ($p = 0,000$). El 25% de los pacientes registró IRP > 15 mmHg posquirúrgico. En cuanto al subtipo de acalasia posquirúrgico: tipo I en 59,1%; tipo II en 36,4% y 1 paciente mostró regresión a motilidad esofágica inefectiva. La puntuación de Eckardt prequirúrgica media fue de 8 puntos ± 2 vs. $2,14 \pm 2,45$ posquirúrgica ($p = 0,000$). El éxito clínico tanto por Eckardt como por BEDQ se observó en el 81,8% de los casos. El 90% tuvo un GERDQ < 8 puntos. Esofagograma prequirúrgico: la media de altura de la columna de bario al minuto 1 fue de $12,52 \pm 6,5$ cm comparado con $5,20 \pm 2,71$ cm del posquirúrgico ($p = 0,002$); a los cinco minutos, la media de altura de la columna de bario prequirúrgico fue de $9,06 \pm 4,99$ cm comparado con $3,09 \pm 2,32$ cm del posquirúrgico ($p = 0,004$). Los cambios clínicos y manométricos se resumen en la Tabla 1. Respecto de las preguntas PRO, el 95% de los pacientes percibe alivio, 70% alivio completo, 80% se siente mucho mejor, 15% un poco mejor y un 5% mucho peor.

Conclusiones: En esta población, los pacientes con acalasia posoperados de miotomía esofágica más funduplicatura de Nissen presentaron desenlaces clínicos y manométricos favorables, con alta tasa de éxito clínico, similares a los notificados en pacientes con miotomía esofágica más funduplicatura de Dor. Se requieren más estudios para establecer parámetros de normalidad manométricos en estos pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Cambios en parámetros manométricos, esofagograma y Eckardt prequirúrgico y posquirúrgico. (Mar309)			
	Pre (n = 22)	Post (n = 22)	p
IRP mmHg (media) $\pm$ DE	36,6 $\pm$ 17,31	10,07 $\pm$ 4,94	0,000
Presión del EEI mmHg (media) $\pm$ DE	45,1 $\pm$ 14,20	24,85 $\pm$ 8,67	0,000
Eckardt (media) $\pm$ DE	8 $\pm$ 2	2,14 $\pm$ 2,45	0,000
Esofagograma 1 min cm (media) $\pm$ DE	12,52 $\pm$ 6,5	5,20 $\pm$ 2,71	0,002
Esofagograma 5 min cm (media) $\pm$ DE	9,06 $\pm$ 4,99	3,09 $\pm$ 2,32	0,004
DE, desviación estándar.			

Mar310

PERFIL SINTOMÁTICO Y PSICOLÓGICO EN PACIENTES CON ERGE VERSUS ERL: UN ESTUDIO COMPARATIVO TRANSVERSAL

H. R. Ordaz-Álvarez, K. D. González-Gómez, R. A. Jiménez-Castillo, F. A. Félix-Téllez, M. J. J. García-Carvajal, S. A. Reyes-Díaz, S. P. Mendivil-Sáenz, K. R. García-Zermeño, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se relaciona típicamente con síntomas esofágicos, como pirosis y regurgitación; sin embargo, también puede manifestarse con síntomas extraesofágicos, en cuyo caso se denomina enfermedad por reflujo laringofaríngeo (ERL). La ERL tiende a presentar una respuesta limitada al tratamiento antisecreto, lo que puede afectar la calidad de vida y el estado psicológico de este grupo de pacientes.

Objetivo: Comparar la gravedad de síntomas, el estrés psicológico y la calidad de vida en pacientes con ERGE y ERL.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico en el que se incluyó a pacientes con diagnóstico de ERGE, definido según los criterios del consenso de Lyon 2.0, y ERL, establecida con base en el consenso de San Diego. Se incluyó a los pacientes del Instituto de Investigaciones Médico Biológicas durante el periodo de agosto del 2024 a mayo del 2025. Previo consentimiento informado, se aplicaron los cuestionarios Cough reflux score, GERD-Q,

RSI, RSS-12, PAGI-SYM y el cuestionario sobre la tos de Leicester para evaluar síntomas esofágicos y extraesofágicos. El distrés psicológico se evaluó con los cuestionarios EHAS, PSS y HADS, mientras que la calidad de vida se determinó mediante el cuestionario SF-12v2. Las variables numéricas se expresaron con estadística descriptiva y medidas de dispersión, y las variables categóricas como frecuencias absolutas y porcentajes. La normalidad de la distribución se evaluó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, y la homocedasticidad con la prueba de Levene. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante la prueba t de Student o la prueba de rangos de Wilcoxon, según correspondiera. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo. El análisis estadístico se llevó a cabo con SPSS v27 y R Studio v 4.4.1.

Resultados: Se incluyó a un total de 52 pacientes con una mediana de edad de 52 años (18-70) y predominio de mujeres (59,6%); del total, 24 presentaron ERGE (edad 51,5 [19-67], mujeres con 58,3%) y 28 ERL (edad 52 [18-69], mujeres con 60,7%). En la evaluación del perfil sintomático, los pacientes con ERL registraron mayor puntuación total en el *Cough reflux score* ($6,1 \pm 1,0$ vs. $2,87 \pm 1,02$, $p < 0,0001$), así como en las subescalas de tos ($1,5 [0-1,5]$ vs. $0 [0-1,1]$, $p = 0,002$), hernia hiatal ($2,5 [0-2,5]$ vs. $0 [0-0]$, $p < 0,0001$) y alta probabilidad de tos por reflujo (100% vs. 0% , $p < 0,0002$), en comparación

con el grupo con ERGE. Asimismo, los pacientes con ERL mostraron mayores puntuaciones en el RSI ($18,3 \pm 11,8$ vs. $11,5 \pm 6,9$, $p = 0,019$), PAGI-SYM ($45,0 \pm 25,0$ vs. $28,2 \pm 17,0$, $p = 0,009$), y en las subescalas de vómito ($4 [0-11]$ vs. $0 [0-3,7]$, $p = 0,005$) y saciedad ($9 [1-12]$ vs. $2 [0-6]$, $p = 0,007$). En la evaluación mediante la escala RSS-12 ($98 [30,2-137,2]$ vs. $40 [17,7-86]$, $p = 0,024$), los pacientes con ERGE presentaron mayores puntuaciones que los pacientes con ERL. En el cuestionario de tos de Leicester se observó mayor efecto en los pacientes con ERL en los ámbitos psicológico ($5,9 \pm 1,01$ vs. $5,09 \pm 1,6$, $p = 0,038$) y social ($6,6 \pm 0,91$ vs. $5,7 \pm 1,9$, $p = 0,034$), en comparación con el grupo con ERGE. Por otro lado, no se identificaron diferencias significativas en el cuestionario SNOT-22, en las puntuaciones de distrés psicológico (EHAS, PSS y HADS) ni en la calidad de vida entre ambos grupos.

Conclusiones: Los pacientes con ERL mostraron mayor gravedad de síntomas extraesofágicos, especialmente tos, vómito y saciedad temprana, así como mayor efecto psicológico y social relacionado con la tos, en comparación con los pacientes con ERGE. Sin embargo, no se hallaron diferencias en el distrés psicológico general ni en la calidad de vida. Estos resultados destacan la importancia de un abordaje individualizado en esta población.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.