

Reflujo gastroesofágico y AOS: Un círculo vicioso

Editorial SAOS México 26/08/2025

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y el síndrome de apnea obstructiva del sueño (AOS) son dos condiciones comunes en adultos que con frecuencia **coexisten**. Diversos estudios han identificado una relación entre ambas: la AOS se ha vinculado con mayor incidencia de ERGE, y a su vez el reflujo parece aumentar el riesgo de padecer AOS¹. En otras palabras, existe un potencial **círculo vicioso** en el que cada trastorno agrava al otro. Esta interacción bidireccional puede traducirse en despertares frecuentes durante la noche, mala calidad del sueño y somnolencia diurna marcada en quienes sufren ambas afecciones. Es importante destacar que el presente artículo se enfoca en población **adultas**; no se ha revisado información sobre infantes, quienes podrían presentar mecanismos y enfoques de manejo diferentes.



Reflujo gastroesofágico en adultos

El ERGE se debe al ascenso del contenido ácido del estómago hacia el esófago, lo cual causa síntomas típicos como **acidez (pirosis)** y **regurgitación ácida**. Si este reflujo es frecuente o intenso, puede lesionar la mucosa del esófago e incluso provocar complicaciones (esofagitis, úlceras o estrecheces). La prevalencia de ERGE ha aumentado en las últimas décadas; se estima que alrededor del 20% de la población sufre síntomas de reflujo semanalmente. En México, estudios epidemiológicos han reportado prevalencias elevadas (en algunos segmentos entre 19% y 40%). Además de los síntomas digestivos, el reflujo ácido puede ocasionar

manifestaciones **extraesofágicas**: por ejemplo, tos crónica, irritación de garganta (faringitis) o disfonía, debido a microaspiraciones de ácido hacia la vía aérea superior y a reflejos nerviosos que desencadenan broncoespasmo⁴. En general, el ERGE impacta negativamente la calidad de vida por la molestia de sus síntomas y sus posibles complicaciones.

Apnea obstructiva del sueño en adultos

La AOS es un trastorno del sueño caracterizado por **episodios repetidos de obstrucción** de la vía aérea superior durante el dormir, lo que provoca pausas en la respiración (apneas) o reducciones del flujo de aire (hipopneas). Estas pausas suelen ir acompañadas de **ronquidos** intensos, descensos en los niveles de oxígeno en sangre y despertares breves (generalmente inconscientes) que fragmentan el sueño. Los pacientes con AOS típicamente experimentan **somnolencia diurna**, fatiga, cefaleas matutinas e incluso dificultades cognitivas debido al sueño no reparador. La AOS es más común en personas con sobrepeso u obesidad, cuello grueso o anomalías anatómicas de la vía aérea.

Epidemiológicamente, se calcula que aproximadamente **uno de cada cuatro adultos mexicanos** presenta alto riesgo de AOS (según tamizajes con cuestionarios), y dicho riesgo aumenta con la edad y el índice de masa corporal³. Sin tratamiento, la apnea del sueño se asocia a consecuencias cardiovasculares (hipertensión, arritmias) y metabólicas, además de un impacto significativo en la productividad y bienestar del individuo.

Un círculo vicioso: ¿cómo se vinculan el reflujo y la apnea del sueño?

La relación entre ERGE y AOS es compleja y **bidireccional**. Se ha observado que ambas condiciones coocurren más frecuentemente de lo esperado por azar, incluso compartiendo factores de riesgo como la obesidad. Un estudio genético reciente sugiere una asociación *causal* en ambas direcciones: la AOS incrementa la probabilidad de desarrollar ERGE (se estima alrededor de 1.2 veces más riesgo), y viceversa, el reflujo crónico aumenta ~1.4 veces la probabilidad de AOS⁴. En términos prácticos, el reflujo nocturno puede empeorar la apnea del sueño, mientras que los eventos de apnea pueden facilitar el reflujo. A continuación, se detallan los **mecanismos fisiopatológicos** que vinculan a ambas enfermedades:

- **Cómo el reflujo gastroesofágico agrava la apnea del sueño:** Al acostarse, el contenido ácido del estómago refluye más fácilmente hacia el esófago e incluso hasta la garganta. Este ácido irrita e inflama la mucosa faríngea y laringea, causando **edema** en los tejidos blandos de la vía aérea. La inflamación y la producción refleja de moco estrechan

aún más las vías respiratorias. Asimismo, el ácido puede provocar **microaspiraciones** y reflejos de tos que fragmentan el sueño. En algunos casos, el reflujo estimula reflejos vagales (vago-vagales) que inducen **espasmo laríngeo o broncoespasmo**, contribuyendo a interrupciones transitorias de la respiración⁴. En suma, un episodio de reflujo ácido nocturno puede desencadenar un despertar o incluso un evento de apnea/reflejo que perturba la continuidad del sueño.

- **Cómo la apnea del sueño agrava el reflujo gastroesofágico:** Durante los eventos apneicos, el individuo realiza esfuerzos inspiratorios contra la vía aérea bloqueada. Esto genera una fuerte **presión negativa intratorácica** (efecto de succión) que puede *arrastrar* el contenido gástrico hacia el esófago si el esfínter esofágico inferior (EEI) está débil o relajado. Adicionalmente, las vibraciones y la relajación repetitiva de la garganta asociadas a los ronquidos/apneas crean un efecto de **vacío en las vías respiratorias**, lo cual literalmente **empuja** el ácido del estómago hacia arriba a través de un EEI incompetente⁵. Cada apnea termina con un microdespertar y activación del sistema nervioso simpático; estos cambios pueden favorecer las **relajaciones transitorias del EEI** (eventos en que se abre espontáneamente la válvula esofágica) y, por ende, más episodios de reflujo. El

resultado neto es un aumento del reflujo nocturno en pacientes con AOS.



La evidencia clínica apoya esta conexión: por ejemplo, se ha reportado que alrededor del **12% de los pacientes con ERGE** tiene también diagnóstico de apnea obstructiva (una prevalencia aproximadamente tres veces mayor que la observada en la población general)¹. De forma recíproca, el **reflujo nocturno** es significativamente más común en individuos con AOS que en personas sin trastorno del sueño¹. Aunque algunos estudios sugieren que esta asociación podría explicarse solo por la obesidad compartida, la mayoría de la evidencia apunta a una interacción directa entre ambas enfermedades. En cualquier caso, cuando ERGE y AOS coexisten, tienden a **perpetuarse mutuamente**, empeorando los síntomas y reduciendo la calidad de vida de los pacientes.

Estrategias para el manejo integrado

Dada la estrecha interrelación entre el reflujo gastroesofágico y la apnea del sueño, un abordaje terapéutico **integral** es fundamental. Es decir, se deben **tratar ambas condiciones simultáneamente** para romper el círculo vicioso y lograr mejores resultados clínicos. A continuación, se describen las principales estrategias de manejo enfocadas en adultos:

Medidas no farmacológicas (cambios en el estilo de vida)

Las modificaciones de hábitos y estilo de vida tienen un impacto significativo tanto en la ERGE como en la AOS, y suelen ser el primer paso del tratamiento:

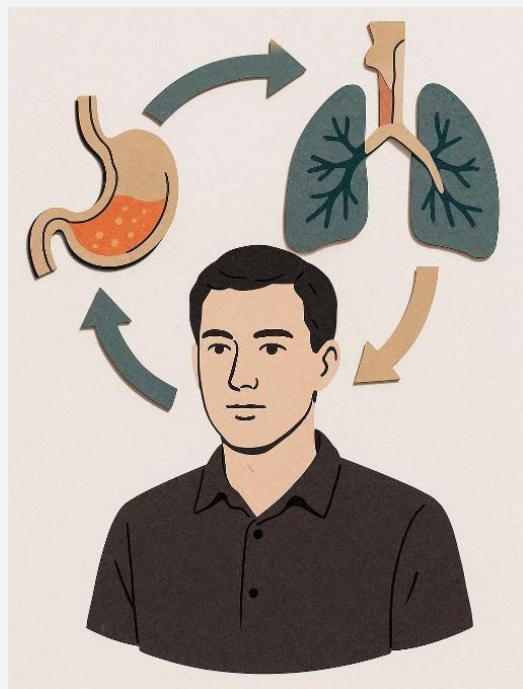
- **Pérdida de peso:** Bajar de peso es probablemente la intervención más efectiva, ya que la obesidad contribuye a ambas condiciones. La reducción del exceso de peso disminuye la presión intraabdominal (reduciendo el reflujo) y a la vez reduce la grasa en cuello y abdomen (facilitando una mejor ventilación y menos colapso de la vía aérea). Estudios muestran que una pérdida moderada de peso puede disminuir notablemente la frecuencia de acidez y el índice de apnea-hipopnea.
- **Posición al dormir:** Se recomienda evitar dormir completamente horizontal o boca arriba si es posible. Elevar la **cabecera de la cama** unos 15-20 cm (por ejemplo, con bloques debajo de las patas de la cama) ayuda a que la gravedad mantenga el ácido en el estómago, reduciendo el reflujo nocturno.

Asimismo, dormir de lado (preferentemente sobre el **lado izquierdo**) puede minimizar el reflujo y, en algunos pacientes con AOS posicional, reduce la intensidad de los ronquidos y apneas en comparación con dormir boca arriba.

- **Horarios y tipo de comidas:** Para prevenir el reflujo nocturno, es importante **no acostarse inmediatamente después de comer**. Se aconseja cenar al menos 2-3 horas antes de ir a dormir y evitar cenas copiosas. Además, conviene identificar y evitar los alimentos o bebidas que desencadenan acidez; entre los más comunes están el alcohol, la cafeína, el chocolate, los alimentos muy grasosos, muy condimentados o picantes, y las comidas muy voluminosas. Por el contrario, hacer comidas más pequeñas y masticar lentamente puede ayudar a aliviar síntomas de ERGE.
- **Evitar tabaco y alcohol:** El **tabaco** y el **consumo de alcohol** empeoran ambas afecciones. Fumar debilita el EEI y estimula la producción de ácido, exacerbando el reflujo; también irrita las vías aéreas y disminuye la calidad del sueño. El alcohol, por su parte, relaja el músculo del EEI facilitando el reflujo, y deprime el tono muscular faríngeo, aumentando la probabilidad de ronquidos y apneas. Por salud general y para mejorar estos trastornos, se recomienda suspender el tabaquismo y

moderar o evitar el alcohol, especialmente en horas de la noche.

- **Otras medidas:** Evitar **sedantes** o pastillas para dormir sin indicación médica (pues pueden relajar los músculos la garganta e incrementar la AOS), usar ropa cómoda (las prendas muy apretadas aumentan la presión abdominal y el reflujo), y mantener una rutina regular de sueño. La elevación de la almohada por sí sola no suele ser suficiente (de hecho, múltiples almohadas podrían flexionar el cuello de forma contraproducente; es preferible elevar toda la cabecera de la cama como se mencionó). Algunos pacientes con ERGE sienten alivio durmiendo en una silla reclinable o con una cuña especial bajo el colchón. En cualquier caso, los hábitos saludables constituyen la base del manejo.



Tratamientos médicos y uso de dispositivos

Cuando las medidas generales no bastan o los casos son moderados a severos, es necesario implementar **tratamientos específicos** para cada condición, idealmente de forma coordinada:

- **Terapia farmacológica para ERGE:** Los **inhibidores de la bomba de protones (IBP)** – como omeprazol, pantoprazol, esomeprazol, etc. – son el pilar del tratamiento farmacológico del reflujo. De acuerdo con las guías mexicanas, los IBP son los medicamentos de **primera elección** para ERGE en todas sus formas, ya que proporcionan un alivio sintomático más completo y una mayor cicatrización de la mucosa en comparación con antiácidos o bloqueadores H^2 . Por lo general se administran antes de las comidas (por ejemplo, 30 minutos antes del desayuno) y su uso diario puede controlar eficazmente la acidez y sanar lesiones esofágicas. En casos leves, medicamentos como antiácidos (ej. hidróxido de aluminio/magnesio) o bloqueadores H^2 (ranitidina, famotidina) pueden utilizarse al alivio de síntomas ocasionales, pero si el reflujo es frecuente (más de dos veces por semana) suelen requerirse IBP. Si existen complicaciones (esofagitis grave, estenosis) o síntomas atípicos, puede valorarse tratamiento prolongado e incluso opciones quirúrgicas antirreflujo (funduplicatura) en casos

seleccionados. **Nota:** Según investigaciones realizadas en México, hasta el momento no hay evidencia contundente de que tratar la ERGE elimine la apnea del sueño; sin embargo, controlar el reflujo sí puede disminuir los **microdespertares nocturnos** y mejorar la calidad de sueño y vida en pacientes con AOS que sufren reflujo^{**}. La terapia antirreflujo se considera entonces un complemento valioso en el manejo integral.

- **Tratamiento de la AOS (dispositivos y otros):** El manejo de la apnea del sueño en adultos se centra en mantener la vía aérea abierta durante el dormir. La herramienta más efectiva para AOS moderada-grave es el uso de **CPAP** (siglas en inglés de *Continuous Positive Airway Pressure*), un dispositivo que aplica presión positiva continua a través de una mascarilla nasal o nasobucal mientras el paciente duerme. El CPAP actúa como un "splint neumático", previniendo el colapso de la faringe e **eliminando** prácticamente las apneas e hipopneas cuando se usa adecuadamente. Un beneficio añadido es que el tratamiento con CPAP no solo mejora la saturación de oxígeno y el descanso, sino que también **reduce los episodios de reflujo** gastroesofágico nocturno en pacientes con AOS. Estudios han demostrado que al utilizar CPAP regularmente, disminuye significativamente la frecuencia de acidez nocturna en comparación con no usarlo^{2 1}. Esto se atribuye a que la

presión positiva evita las fuertes presiones negativas intratorácicas y quizá eleva ligeramente la presión intraesofágica o el tono del EEI, dificultando el reflujo. Adicionalmente, en pacientes con AOS leve o que no toleran CPAP, existen dispositivos orales (férulas de avance mandibular) que mantienen la mandíbula adelantada para ampliar el espacio aéreo faríngeo; su eficacia es variable pero pueden ayudar en ciertos casos, con el beneficio indirecto de que al mejorar la apnea también podría disminuir el reflujo asociado. No existe un tratamiento farmacológico específico aprobado para *curar* la apnea obstructiva (más allá de medicamentos que a veces se usan para la somnolencia diurna residual, como modafinilo, o abordajes experimentales); por ello, las intervenciones mecánicas y de estilo de vida son la clave. En casos seleccionados, se puede considerar cirugía de la vía aérea (p. ej., uvulopalatofaringoplastía) o dispositivos de estimulación del nervio hipogloso, pero suelen reservarse para pacientes que no logran adherirse al CPAP u otras medidas.

Conclusiones

La coexistencia de reflujo gastroesofágico y apnea obstructiva del sueño en un mismo paciente representa un **desafío clínico** que requiere un enfoque integral. Estas condiciones forman con frecuencia un círculo vicioso: el reflujo nocturno fragmenta el sueño y puede predisponer a apneas, mientras que las apneas

favorecen a su vez el reflujo ácido. Por fortuna, al abordar **conjuntamente** ambas afecciones – combinando modificaciones de estilo de vida, tratamiento anti-reflujo y terapia para la apnea – es posible romper esta interacción perjudicial. La pérdida de peso, medidas posturales y dietéticas, así como el uso de CPAP y fármacos adecuados (p. ej. IBP para ERGE), constituyen un plan de manejo integrado que suele traducirse en una significativa mejoría de los síntomas nocturnos y diurnos. Es recomendable que los médicos evalúen la presencia de AOS en pacientes con ERGE refractaria (especialmente si hay obesidad o ronquidos importantes) y, viceversa, que indaguen síntomas de reflujo en quienes tienen apnea del sueño. Un diagnóstico y tratamiento oportunos de ambas condiciones no solo elevan la calidad de vida del paciente, sino que podrían prevenir complicaciones a largo plazo. **Nota:** Reiteramos que las recomendaciones aquí vertidas aplican a pacientes **adultos**. En población infantil, la relación entre reflujo y apnea del sueño puede tener características y abordajes distintos, los cuales no se han abarcado en este artículo.

Bibliografía;

1. Zhu, Q., Hua, L., Chen, L., Mu, T., Dong, D., Xu, J., & Shen, C. (2023). Causal association between obstructive sleep apnea and gastroesophageal reflux disease: a bidirectional two-sample Mendelian randomization study. *Frontiers in Genetics, 14*. Recuperado de: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fgen.2023.1111144/full>
2. Wang, L., Han, H., Wang, G., Liu, H., Sun, Z., Li, B., et al. (2020). Relationship between reflux diseases and obstructive sleep apnea together with continuous positive airway pressure

treatment efficiency analysis. *Sleep Medicine*, 75, 151-155. Recuperado de:
<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.07.024>

3. Guerrero-Zúñiga, S., Gaona-Pineda, E. B., Cuevas-Nasu, L., Torre-Bouscoulet, L., Reyes-Zúñiga, M., Shamah-Levy, T., & Pérez-Padilla, R. (2018). Prevalencia de síntomas de sueño y riesgo de apnea obstructiva del sueño en México. *Salud Pública de México*, 60(3), 347–355. Recuperado de: <https://doi.org/10.21149/9280>
4. Huerta-Iga, F., Bielsa-Fernández, M. V., Remes-Troche, J. M., Valdovinos-Díaz, M. A., & Tamayo-de la Cuesta, J. L. (2016). Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: recomendaciones de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. *Revista de Gastroenterología de México*, 81(4), 208–222. Recuperado de:
<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.04.003>
5. Thurrott, S. (24 de junio de 2024). *Comprender la conexión entre ERGE y ronquidos*. Blog de Banner Health. Recuperado de:
<https://www.bannerhealth.com/es/healthcareblog/teach-me/understanding-the-connection-between-gerd-and-snoring>