



## Clínica cotidiana

# Aerofagia y *Helicobacter pylori*

Vanessa Vals Casulá<sup>a</sup>, Javier García Maíllo<sup>b</sup>, Oihane de la Aldea Martínez<sup>c</sup>,  
 Ion Koldobika Iríbar Diéguez<sup>c,\*</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Dumboa. Irún, Guipúzcoa. <sup>b</sup>Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Guipúzcoa. <sup>c</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Comarcal Bidasoa. Hondarribia, Guipúzcoa.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 18 de diciembre de 2024

Aceptado el 31 de octubre de 2025

On-line el 23 de diciembre de 2025

#### Palabras clave:

Aerofagia

Dispepsia

*Helicobacter pylori*

#### Keywords:

Aerophagia

Dyspepsia

*Helicobacter pylori*

### R E S U M E N

Los profesionales tendemos a valorar la aerofagia de forma banal, pensando habitualmente en la funcionalidad de la misma, pero hay numerosos trastornos orgánicos que la pueden causar; entre ellos, la asociación a la infección por *Helicobacter pylori*.

© 2025 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

### Aerophagia and *Helicobacter pylori*

### A B S T R A C T

Professionals tend to treat aerophagia in a trivial way, usually thinking about its functionality, but there are numerous organic disorders that can cause it; among them, the association with *Helicobacter pylori* infection.

© 2025 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Mujer de 26 años de edad, sometida a tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori* (HP) como único antecedente. No toma ningún tratamiento habitual.

Consulta por aerofagia persistente en forma de eructos continuos, que le impiden incluso el habla; además, refiere dispepsia, vómitos ocasionales y dolor abdominal asociado, intermitente, en el mesogastrio y el hipocondrio izquierdo, sin relación con la ingesta ni la defecación, de más de una semana

de evolución; no refiere disfagia, saciedad precoz, alteración del ritmo intestinal, anorexia o pérdida ponderal.

Durante la exploración física está hemodinámicamente estable. Se observa la presencia de hipo y eructos continuados. Se aprecia dolor abdominal difuso con la palpación, sin masas, ni megalias, ni signos de irritación.

Se solicita analítica urgente con hemograma, bioquímica, tirotrópina, perfil hepático e IgA y se inicia tratamiento con

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ionkiribar@yahoo.es](mailto:ionkiribar@yahoo.es) (I.K. Iríbar Diéguez).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2025.054>

2254-5506 / © 2025 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

omeprazol (20 mg/24 horas) y metoclopramida (10 mg/8 horas), con lo que no se consigue mejoría.

Un día después precisa valoración hospitalaria urgente por vómitos persistentes; no se hallan datos de gravedad. Se pauta cinitaprida (1 mg/8 horas) y simeticona (40 mg/8 horas), con lo que se logra mejoría incompleta en los días sucesivos.

Se solicita consulta al Servicio de Digestivo, que solicita ecografía abdomino-pélvica y gastroscopia; no hay hallazgos patológicos en ninguna de ellas. La prueba de urea en el aliento confirma infección por HP.

Se instaura tratamiento mediante pauta OCAM14: omeprazol (20 mg/12 horas), claritromicina (500 mg/12 horas), amoxicilina (1 g/12 horas) y metronidazol (500 mg/12 horas) durante 14 días.

Al cabo de 6 semanas la clínica ha desaparecido. Se repite la prueba de urea en el aliento y se comprueba la erradicación del HP.

## Comentario

Los términos “eructar” o “aerofagia” definen un escape audible de aire procedente del esófago o del estómago, proyectado hacia la faringe. Se considera un trastorno cuando es excesivo y molesto<sup>1,2</sup>.

La aerofagia es un motivo de consulta frecuente y forma parte del conjunto de trastornos funcionales gastroduodenales clasificados por los Criterios de Roma IV como “Trastorno de los eructos”<sup>1,2</sup>. Se caracteriza por la deglución espasmódica de aire seguida de eructos<sup>3</sup>. Es patológica y debe investigarse el origen de la misma solo cuando se hace crónica, repetitiva, aumenta su intensidad y afecta a las actividades diarias del paciente y su desempeño social<sup>4</sup>: provoca aislamiento social, ansiedad anticipatoria...

Los eructos pueden ser de origen supragástrico o gástrico, involuntarios o voluntarios; pero en todos los casos pueden verse agravados por factores como el estrés, la ansiedad, la hipersalivación o hábitos nocivos como el masticar chicle o la ingestión excesiva de bebidas carbónicas<sup>1-4</sup>.

Los pacientes con aerofagia pueden presentar múltiples síntomas asociados<sup>3</sup>: epigastralgia, plenitud postprandial, saciedad precoz, náuseas, borborigmos, flatulencia, halitosis... La mejoría de estos con el eructo y su ausencia durante la noche orientan hacia un origen funcional. A la inversa, síntomas como vómitos, pirosis, fiebre, pérdida ponderal, dolor abdominal, presentación de la sintomatología con la ingestión de determinados alimentos o indicios de enfermedad sistémica, nos obligan a descartar una patología orgánica.

La evaluación de estos pacientes, como siempre, debe iniciarse por una anamnesis y una exploración física detalladas en busca de información, signos o síntomas que hagan sospechar la presencia de alguna de las variadas patologías que pueden cursar con aerofagia:

- Patologías bucales que produzcan hipersalivación y degluciones reiteradas.
- Patología del tracto digestivo superior: reflujo gastroesofágico, dispepsia, hernia de hiato, esofagitis o enfermedad ulcerosa péptica; en todos estos casos el eructo puede asociarse a pirosis<sup>4</sup>.
- Patología biliar.

- Patología que dificulte el vaciamiento gastrointestinal: cirugía gástrica previa, obstrucción intestinal.
- Enfermedades sistémicas o toma de fármacos que provoquen hipomotilidad digestiva.
- Patología respiratoria relacionada con el sueño que obligue al paciente a usar ventilación mecánica no invasiva con presión positiva continua en la vía aérea.
- Patología malabsortiva o intolerancia a la lactosa, la fructosa o el sorbitol, con hiperproducción de gas por el metabolismo bacteriano de los hidratos de carbono y los ácidos grasos no absorbidos.
- Patología psicósomática: estrés, trastornos obsesivo-compulsivos, bulimia nerviosa, ansiedad...

Si la anamnesis y la exploración física resultan negativas para orientar un diagnóstico, antes de solicitar pruebas complementarias se debe comprobar si el paciente cumple los Criterios de Roma IV<sup>3</sup>, según los cuales se determina la funcionalidad del trastorno.

Para el trastorno con eructos, los Criterios diagnósticos Roma IV definen lo siguiente<sup>1,2</sup>:

- Eructos (gástricos o supragástricos) molestos (es decir, lo suficientemente graves como para afectar a las actividades habituales).
- Que ocurran más de tres días a la semana.
- Deben estar presentes en los últimos tres meses, con inicio de los mismos seis meses antes del diagnóstico.
- Se clasifican en:
  - Eructos supragástricos excesivos (desde el esófago).
  - Eructos gástricos excesivos (desde el estómago).
- La medición objetiva mediante impedanciometría esofágica se puede utilizar para distinguir el supragástrico del gástrico.
- La observación de la deglución del aire proporciona información de apoyo:
  - Los supragástricos son frecuentes y repetitivos (hasta veinte por minuto).
  - En los gástricos no existe correlación clínica establecida.

Descartada la causa funcional, se pasa al estudio de las posibles causas orgánicas con las exploraciones complementarias pertinentes (tabla 1), dirigidas según los síntomas del paciente a:

- Orientar el origen de los eructos. La manometría de alta resolución y la impedanciometría esofágica son las pruebas a realizar cuando se quiere esclarecer el origen de la aerofagia, porque permiten diferenciar si se trata de un eructo gástrico o supragástrico. El uso combinado de ambas técnicas es más sensible para la detección de anomalías de funcionalidad esofágica que la manometría aislada.
- Descartar patologías relacionadas con:
  - Malabsorción de hidratos de carbono o ácidos grasos.
  - Hipoclorhidria/aclorhidria, que puede provocar un sobrecrecimiento bacteriano y una fermentación que conlleve un aumento de gas intragástrico y eructos.
  - Trastornos motores que provoquen hipomotilidad antral, enlentecimiento del vaciado gástrico, retención aérea y necesidad de eructar.

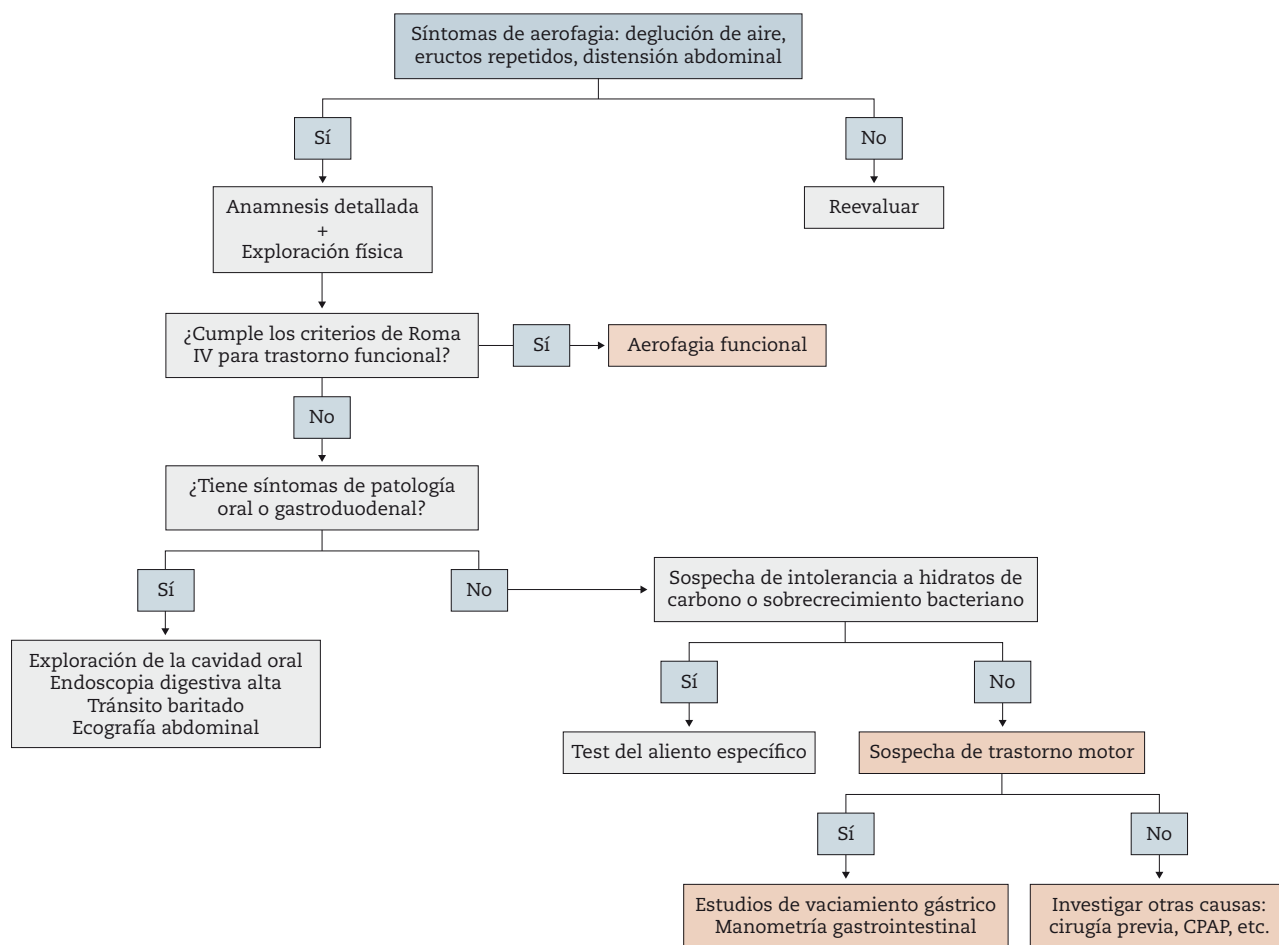
Todo este proceso se muestra en la figura 1.

El abordaje y tratamiento varía según el origen de la aerofagia (supragástrica o gástrica)<sup>1-3</sup>.

**Tabla 1 – Exploraciones complementarias a realizar en la aerofagia según la sintomatología asociada.**

	Endoscopia alta	Tránsito baritado	Ecografía abdominal	Test de aliento	Estudio de vaciado gástrico	Manometría gastrointestinal
Epigastralgia	X	X	X			
Dolor			X			
Pirosis	X	X				
Sospecha de malabsorción de azúcares o sobrecrecimiento bacteriano				X		
Sospecha de alteraciones motoras					X	X
Saciedad precoz	X	X				
Ictericia			X			
Náuseas/vómitos	X	X				

*Adaptada de López Higuera<sup>3</sup>.*



**Figura 1 – Algoritmo diagnóstico en los casos de aerofagia patológica. Adaptada de López Higuera<sup>3</sup>.**

En el caso de los supragástricos:

- Es importante hacer consciente al paciente del mecanismo por el que se producen los eructos y de su involuntariedad. Se tendrá en cuenta que los pacientes consultan esperando

encontrar algún motivo orgánico que explique sus síntomas y pueden ser reacios a aceptar que se trate de un trastorno del comportamiento.

- Las terapias conductuales (modificaciones dietéticas: evitar bebidas gaseosas, chicles y caramelos, realizar deglu-

ciones lentas y de pequeñas cantidades de alimento..., más técnicas del abordaje del estrés) y las terapias del habla y respiración diafragmática son de primera elección.

- Tratamiento del trastorno digestivo asociado si lo hubiera:
  - Cuando los pacientes con dispepsia funcional o con enfermedad de reflujo gastroesofágico se quejan de eructos excesivos, tratar primero estos.
  - En los casos en los que se demuestra presencia de HP, el beneficio sintomático es mayor con el tratamiento erradicador con respecto a la terapia con antisecretores.
  - Tratamiento de la enfermedad psiquiátrica asociada cuando exista sospecha de eructo excesivo secundario a un trastorno psiquiátrico, o del estrés si este está presente.

En el caso de los eructos gástricos, se pueden pautar fármacos reductores de la tensión superficial. Con ellos no existe experiencia consistente: tanto la dimeticona como la simeticona pueden disminuir la formación de gas intestinal y aliviar los síntomas.

Los episodios agudos y graves son raros y ocurren principalmente en pacientes con discapacidad mental; en estos casos pueden llegar a provocar volvulación de órganos, obstrucción y disnea debida al aumento de la presión abdominal. La colocación de una sonda nasogástrica puede resultar útil para aspirar el aire gástrico y disminuir el riesgo.

Excepcionalmente el tratamiento con baclofeno puede ser útil, ya que reduce la frecuencia de apertura del esfínter esofágico inferior y disminuye la velocidad de deglución a través de un posible mecanismo de acción central, lo que consigue disminuir los episodios de eructo gástrico y supragástrico.

#### **Relación específica con *Helicobacter pylori***

Una de las posibles causas del trastorno de los eructos o aerofagia es la dispepsia asociada a la presencia de HP (el 27 % de los pacientes con dispepsia presentan infección por HP y gastritis)<sup>5</sup>.

En los casos en los que se diagnostica su presencia, tradicionalmente han existido dudas sobre su papel en la dispepsia y, por tanto, la necesidad de tratarla. A este respecto, ya desde los Criterios de Roma III se exige para el diagnóstico de trastorno funcional la exclusión de HP, sea con endoscopia, con test de aliento o con antígeno en heces en los pacientes menores de 50 años sin síntomas de alarma, y realizar tratamiento erradicador en los infectados. Se ha demostrado el coste-efectividad de esta actuación.

---

#### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

---

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Porta Tormo M, Saiz Cantero C, Ricote Belinchon M. Trastornos con eructos. En: Ricote Belinchón M, ed Trastornos funcionales gastroduodenales en AP. Nuevos criterios: Roma IV. Madrid: Brysem Farma; 2018. p. 17-23.
2. García de Paso-Mora J. Dispepsia funcional, aerofagia y rumiación. RAPD Online. 2017; 40(4): 170-5.
3. López Higuera A. Protocolo diagnóstico de la aerofagia. Medicine. 2012; 11 (1): 52-6. [https://doi.org/10.1016/S0304-5412\(12\)70259-7](https://doi.org/10.1016/S0304-5412(12)70259-7).
4. Jeong SO, Lee JS, Lee TH, Hong SJ, Cho YK, Park J, et al. Characteristics of symptomatic belching in patients with belching disorder and patients who exhibit gastroesophageal reflux disease with belching. J Neurogastroenterol Motil. 2021; 27(2):231-9. <https://doi.org/10.5056/jnm20114>
5. Artaza Varasa T. Dispepsia e infección por "Helicobacter pylori" [Recurso electrónico]: características clínico-patológicas, diagnóstico de la gastritis atrófica y respuesta al tratamiento. Universidad de Alcalá; 2008.
6. Pajares García JM. Dispepsia funcional y Helicobacter pylori: ¿convivencia estable? Rev Esp Enferm Dig 2008;100(9):525-31. <https://doi.org/10.4321/s1130-01082008000900001>.