

Comparación de Vonoprazan y Esomeprazol en el tratamiento de la Esofagitis Erosiva por Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico

Juan Carlos González 

Autor de Correspondencia: Juan Carlos González Correo Electrónico: gonzalezdj@gmail.com

Afiliación

Resumen

La esofagitis erosiva (EE) se trata habitualmente con inhibidores de la bomba de protones (IBPs), aunque una proporción de pacientes no alcanza una curación completa. Los bloqueadores ácido-competitivos de potasio (P-CABs) ofrecen una inhibición más potente y sostenida del ácido gástrico. **Objetivo:** El objetivo del presente estudio fue comparar directamente la probabilidad de curación con Vonoprazan y Esomeprazol en el tratamiento de la esofagitis erosiva asociada a enfermedad por reflujo gastroesofágico, evaluando tanto la resolución de los síntomas como la curación endoscópica. **Metodología:** Estudio observacional prospectivo con 60 pacientes entre 18 y 75 años, divididos en dos grupos de 30. Un grupo recibió Vonoprazan 20 mg dos veces al día (BID) y el otro Esomeprazol 20 mg BID durante 8 semanas. Se realizaron endoscopias al inicio y al final, y se registró diariamente la presencia de pirosis y regurgitación. **Resultados:** Vonoprazan mostró mayores tasas de curación endoscópica en todos los grados de severidad (A–D, Clasificación de Los Ángeles). En el Grado D logró un 50% de curación, mientras Esomeprazol no resolvió ningún caso. Alivio sintomático: Vonoprazan logró desaparición total de síntomas desde el día 2 hasta la semana 8 en todos los pacientes, mientras que con Esomeprazol persistieron síntomas leves en algunos casos. No se observaron efectos adversos relevantes. **Conclusión:** Vonoprazan es superior a Esomeprazol en curación endoscópica y control sintomático rápido en el tratamiento de la EE.

Palabras claves: esofagitis erosiva, bloqueadores ácido-competitivos de potasio, inhibidores de la bomba de protones, vonoprazan, esomeprazol.

Comparison of Vonoprazan and Esomeprazole in the Treatment of Erosive Esophagitis due to Gastroesophageal Reflux Disease

Abstract

Erosive esophagitis (EE) is commonly treated with proton pump inhibitors (PPIs); however, some patients do not achieve complete healing. Potassium-competitive acid blockers (P-CABs) provide stronger and more sustained acid suppression. **Objective:** The objective of this study was to directly compare the probability of healing with Vonoprazan and Esomeprazole in the treatment of erosive esophagitis associated with gastroesophageal reflux disease, evaluating both symptom resolution and endoscopic healing. **Methodology:** A prospective observational study was conducted with 60 patients aged 18 to 75, divided into two groups of 30. One group received Vonoprazan 20 mg twice daily (BID) and the other Esomeprazole 20 mg BID for 8 weeks. Endoscopies were performed at baseline and at the end of treatment, and daily records of heartburn and regurgitation were collected. **Results:** Vonoprazan showed higher endoscopic healing rates across all severity grades (A–D, Los Angeles Classification). In Grade D, Vonoprazan achieved a 50% healing rate, while Esomeprazole did not resolve any cases. Symptom relief: Vonoprazan led to complete disappearance of symptoms from day 2 through week 8 in all patients. In contrast, mild symptoms persisted in some Esomeprazole patients until the end of follow-up. No relevant adverse effects were reported. **Conclusion:** Vonoprazan is superior to Esomeprazole in endoscopic healing and in achieving faster and more sustained symptom control in the treatment of EE.

Keywords: erosive esophagitis potassium competitive acid blocker, proton pump inhibitor, vonoprazan, esomeprazole.

Introducción

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), es una patología crónica definida como el reflujo del contenido gástrico hacia el esófago, que produce síntomas típicos como la pirosis y la regurgitación, pero también puede producir otros síntomas llamados atípicos como son dolor torácico, disfagia, tos, broncoespasmo, laringitis, sinusitis y erosión dental, prevalencia mundial del 13%,^{1,2} en Venezuela de acuerdo a lo reportado en el Primer Consenso de ERGE, esta prevalencia para el 2011 era de un 11,54%.³

La esofagitis Erosiva (EE) es considerada como la complicación más común de la ERGE, en un 25% al 50% de los pacientes.⁴ Pero se debe de considerar además que los pacientes con EE crónica pueden desarrollar secuencialmente esófago de Barrett y adenocarcinoma de esófago.⁵⁻⁷

El tratamiento de la EE tiene como tratamiento de primera línea la supresión ácida, en donde los IBPs se consideran la base del tratamiento para la EE.^{8,9} Pero los IBPs presentan algunas características en su farmacocinética que condicionan unas series de desventajas que hay que considerar en el momento de su uso. Los IBPs son moléculas lábiles al ácido y no tiene la misma estructura

Cómo citar este artículo: González JC. Comparación de vonoprazan y esomeprazol en el tratamiento de la esofagitis erosiva por enfermedad de reflujo gastroesofágico. Rev Gen. 2026;80(1):19–27. doi:10.61155/gen.v80i1.794.

química, condiciones que ya ocasionan una variabilidad en la vida media de cada uno de los IBP, en el tiempo de inicio de acción y una menor eficacia nocturna para prevenir la regurgitación ácida; pero además hay diferencias en las concentraciones plasmáticas relacionadas principalmente a su metabolismo hepático, ocasionando efectos inhibidores de la acidez gástrica diferentes entre cada uno de los IBP que los ha identificado como metabolizadores rápidos y lentos del CYP2C19.¹⁰⁻¹²

Los P-CABs, son otro grupo de medicamentos que ha demostrado producir una mayor inhibición del ácido gástrico en comparación con los IBP.¹³⁻¹⁵ Recibió su primera aprobación mundial en 2014 el Vonoprazan y ya ha sido utilizado ampliamente para el tratamiento de la EE, más recientemente se han introducido otros P-CABs como son Tegoprazan, Fexuprazan y Ravaprazan.¹⁶⁻²⁰

Los P-CABs muestran una serie de características farmacológica muy diferentes a los IBP que los hace ser totalmente diferentes a ellos y que les confiere una inhibición del ácido más efectiva. Los P-CABs, son estables en ácidos, por lo cual no requieren cubierta entérica, son drogas activas es decir no son profármacos, se unen a las bombas de protones activas e inactivas, no requieren indicarse con las comidas y no son Metabolizados por el CYP2C19. Además, a diferencia de los IBP tiene una vida media mayor (9 horas) en comparación con los IBP (omeprazol ~0.5-1h, pantoprazol ~1-1.9h, lansoprazol ~1.6h, rabeprazol ~1-2h, esomeprazol ~1.3 - 1.6 h). Su potencia de inhibición es 350 veces mayor por ejemplo cuando se compara con lansoprazol.²¹

Cuando se evalúa el tiempo necesario de tratamiento para la curación de las lesiones erosiva del esófago que se presenta cuando hay una EE, se han sugerido un periodo de curación entre la 4 y 8 semanas, cuando esto se asocia al uso de la Clasificación de los Ángeles (LA)²² en el momento del diagnóstico endoscópico, este periodo de tiempo puede variar, teniendo porcentajes reportados de curación con IBPs de un 93%,²³ así como se ha estimado que entre el 10 % y el 20 % de los pacientes con grado C/ D de LA no logran la curación completa de la mucosa, de igual forma hay que considerar también la mejoría o desaparición de los síntomas cuando se trata a la EE, ya que muchos pacientes tratados con IBPs no logran una desaparición o mejoría de sus síntomas en forma rápida o permanente durante el tratamiento de 8 semanas.

El objetivo del presente estudio fue hacer una comparación directa de la Probabilidad de curación de Vonoprazan y Esomeprazol en el tratamiento en la Esofagitis Erosiva por Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico, evaluado la resolución de los síntomas y la curación de la Esofagitis.

Materiales y Métodos

Estudio observacional de cohorte prospectivo, se incluyeron un total de 60 pacientes, con una edad comprendía entre 18 y 75 años, los cuales tenían diagnóstico clínico y endoscópico de Esofagitis Erosiva, evaluados en La Clínica El Ávila Consultorio 408, Caracas Venezuela, entre julio de 2023 a septiembre de 2025.

Se excluyeron a los pacientes con gastrectomía, diagnóstico de enfermedad gástrica maligna, bajo el régimen de tratamiento con anticoagulantes o con IBPs para el momento de inclusión, diagnóstico previo de Trastornos de motilidad Esofágica, Esófago de Barrett, Enfermedades Hepáticas. Insuficiencia Renal Crónica o con el diagnóstico de cualquier otra enfermedad grave de base.

A todos los pacientes se les realizó Gastroscofia, al inicio y a la semana 8 de haber iniciado el estudio, con el objetivo de evaluar la curación de la EE, así como se realizó un registro fotográfico y de video para la comparación de los 2 estudios. La clasificación endoscópica de la EE se realizó usando LA.²²

El equipo de endoscopia utilizado fue el Sistema Eluxeo 7000® equipado con video endoscopio EG-760Z. Se realizaron los estudios con Luz Blanca y Blue Light Imaging (BLI). Todas las gastroscopías fueron realizadas por un único endoscopista con más de 18 años de experiencia en endoscopia con magnificación e imagen mejorada (IEE) del tracto digestivo.

Todos los pacientes incluidos tenían síntomas típicos de pirois y regurgitación, así como algunos tenían síntomas atípicos: de dolor torácico, tos, y laringitis. Los síntomas fueron evaluados mediante un registro que se le enseñó a usar al paciente en su momento de inclusión en el trabajo y que luego debería registrar diariamente en la primera semana y a partir de la segunda semana de iniciado el tratamiento, el registro debería ser semanalmente mediante el siguiente esquema de calificación: ninguno(sin síntomas), leve (conciencia del síntoma, pero fácilmente tolerado), moderado (síntoma molesto suficiente para interferir con las actividades normales, incluido el sueño) y grave (síntomas incapacitantes, con incapacidad para realizar actividades normales, incluido el sueño). Posteriormente, se determinó el porcentaje de pacientes con resolución sostenida de los síntomas y su relación con el tiempo de inicio del tratamiento.^{24,25}

A todos los pacientes que cumplían con el criterio de inclusión se les explico el objetivo del estudio y se le hizo su inclusión en grupos de acuerdo a las posibilidades de poder adquirir los medicamentos, en el Grupo Vonoprazan se incluyeron 30 pacientes, la indicación fue de 20 mg cada 12 horas (mañana /noche) sin relación con el desayuno o cena, en el Grupo Esomeprazol se incluyeron 30 pacientes y se indica Esomeprazol de acuerdo a las guías del American

College of Gastroenterology (ACG),²⁶ 20 mg, 30 a 60 minutos antes del desayuno y cena. Tiempo de tratamiento en cada grupo fue de 8 semanas, esta dosis de esomeprazol en consideración que no se hicieron en este trabajo estudios para diagnosticar polimorfismos genéticos del CYP2C19.¹⁰⁻¹²

La curación de la EE se definió como la ausencia de erosiones o úlceras de la mucosa esofágica en la Gastroscoopia que se realizó a las 8 semanas.

Se recopiló información sobre la medicación concomitante y la frecuencia y gravedad de los eventos adversos durante todo el estudio.

El estudio se realizó conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado por escrito antes de la realización del procedimiento endoscópico.

Resultados

De los 60 pacientes con EE incluidos en el estudio, fueron asignados a recibir Vonoprazan 20 mg/BID/ sin relación con el desayuno o cena (n = 30) y Esomeprazol 20 mg/BID/ 30 a 60 minutos antes del desayuno y cena, (n=30).

La **Tabla 1** presenta los datos demográficos de los dos grupos de pacientes, siendo las variables de:

1- Grupo Vonoprazan: Edad promedio: 47,1 años. Sexo: Hombres 17. Mujeres 13.

2- Grupo Esomeprazol: Edad promedio: 47,3 años, Sexo: Hombres 19. Mujeres 11.

Tabla 1. Datos demográficos de Pacientes

Datos Demográficos	Vonoprazan	Esomeprazol
Edad promedio	47,1 años	47,3 años
Hombres	17	19
Mujeres	13	11

Los hallazgos endoscópicos según el grado de la LA , en relación con el medicamento que recibió como tratamiento (**Tabla 2. Figura 1. Figura 2**):

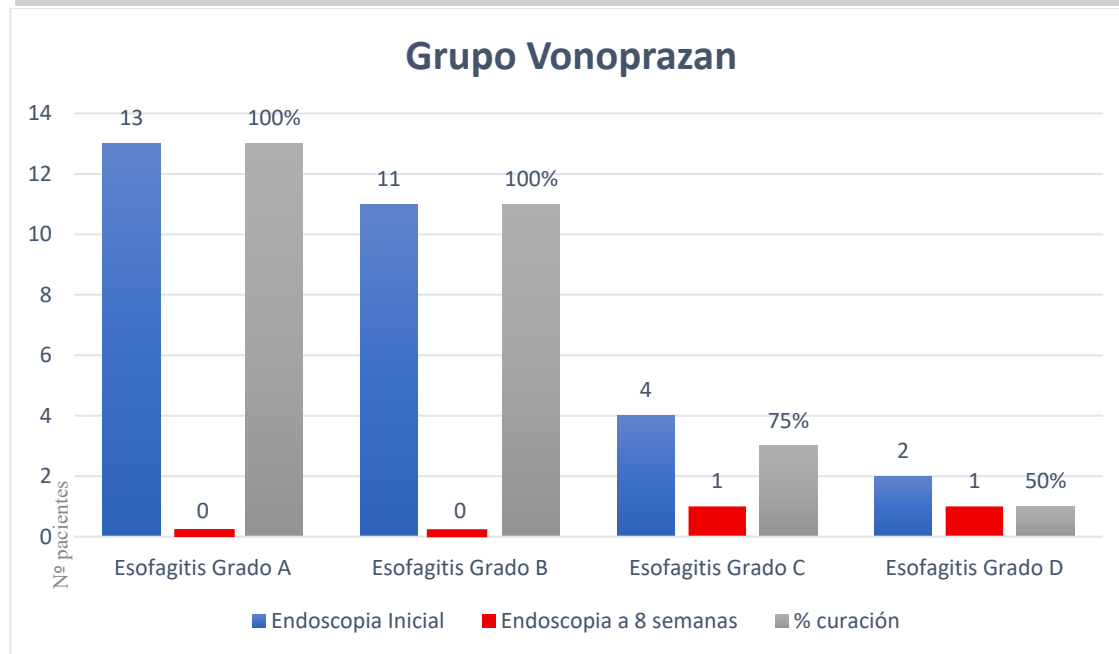
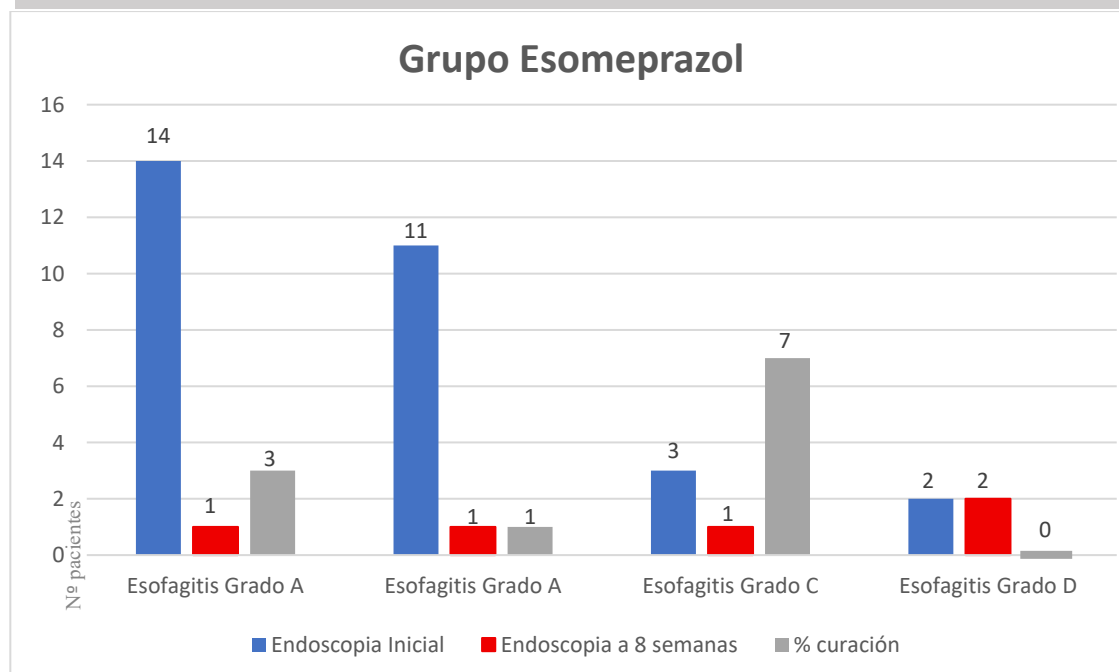
- A- Vonoprazan:
Endoscopia Inicial: EE Grado A: 13 pacientes. Grado B: 11 pacientes. Grado C: 4 pacientes. Grado D: 2 pacientes.
Endoscopia a las 8 semanas: EE Grado A :0 pacientes. Grado B: 0 pacientes. Grado C: 1 paciente. Grado D: 1 paciente con Grado EE Grado A.
- B- Esomeprazol:
Endoscopia Inicial: EE Grado A: 14 pacientes. Grado B: 11 pacientes. Grado C: 3 pacientes. Grado D: 2 pacientes.
Endoscopia a las 8 semanas: EE Grado A: 1 paciente. Grado B: 1 paciente. Grado C: 1 paciente. Grado D: 2 pacientes (de los cuales posteriormente 1 paciente presentó Grado C y 1 paciente Grado D).

El % de curación en relación con el medicamento que recibió como tratamiento (**Tabla 2. Figura 1. Figura 2**):

- A- Vonoprazan:
EE Grado A: 100%. Grado B: 100%. Grado C: 75 %. Grado D: 50%.
- B- Esomeprazol:
EE Grado A:93%. Grado B: 91%. Grado C: 33%. Grado D: 0%

Tabla 2. Hallazgos endoscópicos y % de curación

Endoscopia Clase LA	Vonoprazan 30 pacientes			Esomeprazol 30 pacientes		
	Inicial	8 semanas	% curación	Inicial	8 semanas	% curación
A	13	0	100 %	14	1	93 %
B	11	0	100 %	11	1	91 %
C	4	1	75 %	3	1	67%
D	2	1	50 %	2	2	0%

Figura 1. Hallazgos endoscópicos y % de curación. Grupo Vonoprazan**Figura 2.** Hallazgos endoscópicos y % de curación. Grupo Esomeprazol

Los síntomas de EE, registrados al momento de inclusión de los pacientes estaban representados por pirosis y regurgitación, en todos los pacientes de los dos grupos, síntomas como tos nocturna, dolor torácico y laringitis estaban reportados al momento de la inclusión en 5 pacientes, pero la presentación de los síntomas no era constante y no incapacitaban para realizar actividades normales, incluido el sueño y por otra parte no fueron referidos como síntomas por los pacientes hasta el momento de su interrogatorio dirigido, 1 solo paciente del grupo de Vonoprazan con EE Grado C, informo de dos episodios de dolor torácico que cedieron espontáneamente, por lo cual se decidió registrar los síntomas de pirosis y

regurgitación diariamente durante la primera semana y luego semanal de ambos grupos, se deja en el registro la posibilidad de informar otro síntomas como tos o dolor torácico durante el tratamiento, lo cual no se reportó en ninguno de los grupos.

Al momento de la inclusión todos los pacientes se incluyeron en el reglón de síntomas moderados, esto se realizó ya que ninguno de los 60 pacientes refirió síntomas de pirosis o regurgitación severos, pero si una variación de sus síntomas entre leve y moderados. En las **Tabla 3**, **Tabla 4** y **Figura 3** se muestran la cronología de los síntomas de pirosis y regurgitación reportados en ambos grupos.

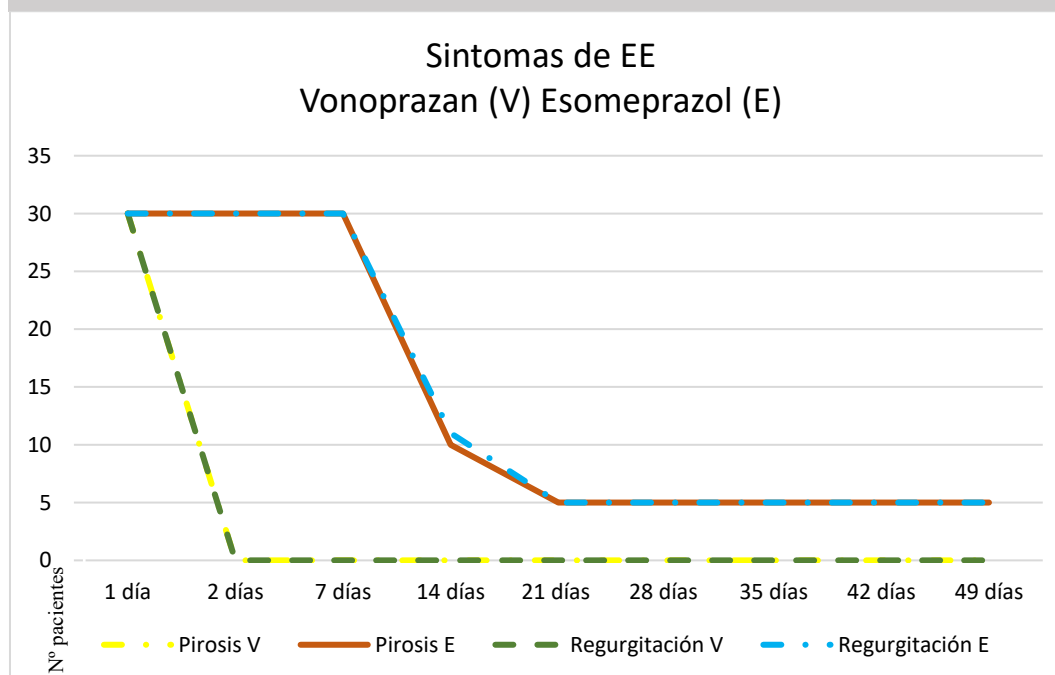
Tabla 3. Cronología de los síntomas Grupo Vonoprazan

Grupo Vonoprazan	
Pirosis	Ninguno desde el día 2 hasta la semana 8. ^a
Regurgitación	Ninguno desde el día 2 hasta la semana 8. ^a

Tabla 4. Cronología de los síntomas Grupo Esomeprazol

Grupo Esomeprazol			
	1 semana	2 semana	3.er a 8.a semana
Pirosis	30 pacientes M	10 pacientes L	4 pacientes L 1 paciente M
Regurgitación	30 pacientes M	11 pacientes L	5 pacientes L

Figura 3. Cronología de los síntomas. Grupo Vonoprazan y Grupos Esomeprazol



Análisis Estadístico

El análisis estadístico se realizó con el objetivo de comparar la probabilidad de curación endoscópica entre los pacientes tratados con Vonoprazan y Esomeprazol, estratificando los resultados según la severidad de la EE de acuerdo con la LA (A, B, C y D).

Para cada grado de severidad, se calculó la proporción de pacientes que alcanzaron la curación a las 8 semanas, y estas proporciones se emplearon para estimar la Probabilidad de Curación y el Riesgo Relativo (RR) entre ambos tratamientos (**Tabla 5**).

Descripción de resultados por grado

En los Grados A y B, Vonoprazan alcanzó una tasa de curación del 100%, mientras que Esomeprazol obtuvo un 93% y 91%, respectivamente. Aunque ambos tratamientos mostraron alta efectividad en los grados leves, Vonoprazan no presentó fallas terapéuticas.

En el Grado C, ambas terapias mostraron menor eficacia, aunque Vonoprazan mantuvo una ventaja (75% vs. 67%). En el Grado D, el más severo, Vonoprazan logró la curación en el 50% de los pacientes, mientras que Esomeprazol no obtuvo curación en ninguno. Es relevante señalar que el único paciente del grupo Vonoprazan que no alcanzó la curación completa presentó una mejoría significativa, pasando de Grado D a Grado A, lo que evidencia una respuesta terapéutica relevante, aunque no clasificada como curación completa (**Tabla 5**).

Tabla 5. Probabilidad de curación según el tratamiento por cada grado de severidad (A, B, C, D)

Grado	Vonoprazan	Esomeprazol	Riesgo Relativo (RR)	Interpretación
A	13/13 = 1.00	13/14 ≈ 0.93	1.076	Vonoprazan presenta ~7.6% mayor probabilidad de curación.
B	11/11 = 1.00	10/11 ≈ 0.91	1.10	Vonoprazan presenta ~10% mayor probabilidad de curación.
C	3/4 = 0.75	2/3 ≈ 0.67	1.125	Vonoprazan presenta ~12.5% mayor probabilidad de curación.
D	1/2 = 0.50	0/2 = 0.00	∞	Solo Vonoprazan logró curación en este grado.

Resolución de síntomas

La evolución sintomática mostró diferencias clínicas importantes entre los tratamientos.

Grupo Vonoprazan:

Los pacientes tratados con Vonoprazan presentaron una resolución rápida, completa y sostenida de los síntomas:

- **Pirosis:** El 100% de los pacientes reportó desaparición total del síntoma desde el día 2 de iniciado el tratamiento, manteniéndose asintomáticos hasta la semana 8.

- **Regurgitación:** De manera similar, el 100% presentó ausencia completa del síntoma desde el día 2, con resolución mantenida hasta la semana 8.

Este patrón indica un inicio de acción muy temprano y una estabilidad clínica sostenida a lo largo del tratamiento.

Grupo Esomeprazol

La evolución sintomática en el grupo Esomeprazol mostró una mejoría progresiva, pero con persistencia parcial de síntomas en una proporción relevante de pacientes:

- Pirosis:

Semana 1: 100% de los pacientes presentó síntomas moderados.

Semana 2: 33% evolucionó a síntomas leves.

Semanas 3–8: persistieron síntomas en algunos pacientes: 13% con síntomas leves, 3% con síntomas moderados.

- Regurgitación:

Semana 1: 100% presentó síntomas moderados.

Semana 2: 37% mostró síntomas leves.

Semanas 3–8: 17% mantuvo síntomas leves.

Estos resultados indican que, a diferencia de Vonoprazan, Esomeprazol mostró un alivio más lento y una menor proporción de pacientes logró resolución completa y sostenida de los síntomas durante el periodo de seguimiento.

Discusión

En las últimas décadas, la prevalencia de la ERGE ha aumentado en todo el mundo, con una prevalencia mundial del 13%,^{1,2} en Venezuela de acuerdo a lo reportado en el Primer Consenso de ERGE, esta prevalecía para el 2011 era de un 11,54%³ y la EE es considerada su complicación más frecuente pudiendo afectar del 25% al 50% de los pacientes, situación a considerar ya que la EE sin un tratamiento efectivo puede ocasionar complicaciones severas ulceras, estenosis, esófago de Barrett y adenocarcinoma, este último asociado a una alta mortalidad.^{4,5-7} Por lo tanto, se necesita una resolución rápida de la EE mediante el uso de un tratamiento eficiente y seguro para los pacientes.

Los IBP representa el tratamiento usual y ampliamente usado para el tratamiento de EE,^{8,9} sin embargo, se ha demostrado en algunos estudios que el tratamiento con IBP puede no ser siempre suficiente para curar a la EE en todos sus grados y en especial en los Grados C y D, estimándose que entre el 10 % y el 20 % de los pacientes no logran la curación completa de la mucosa, ni el control de los síntomas a pesar de un tratamiento con IBP de dosis doble durante ocho semanas.¹⁰⁻¹²

Por otra parte, los PCAB entre los cuales se encuentra el Vonoprazan han demostrado producir una mayor inhibición del ácido gástrico en comparación con los IBP. Una amplia revisión sistemática y un metaanálisis de 22 ensayos controlados aleatorizados (ECA) que evaluaron la eficacia del Vonoprazan en comparación con los IBP, revelaron que el primero podría ser más eficaz en el tratamiento de la ERGE y por ende en la EE.¹⁶⁻²⁰

Los resultados del análisis de la probabilidad de curación en este trabajo por cada Grado de severidad determinan que Vonoprazan presenta una eficacia superior al Esomeprazol, con valores comparativos de RR entre Vonoprazan y Esomeprazol respectivamente de : Grado A: ~7.6% , Grado B: ~10%, Grado C: ~12.5 %, Grado D: Solo Vonoprazan logró curación en este Grado que se complementa y se fortalece cuando analizamos los Grados de Curación de Vonoprazan y Esomeprazol en cada Grupo.

En los Grados A y B, Vonoprazan logró una tasa de curación del 100%, mientras que Esomeprazol alcanzó un 93% y 91%, respectivamente.

Aunque ambas terapias fueron altamente efectivas en los Grados A y B, Vonoprazan mantuvo ausencia total de fallas en los Grados restantes. En el Grado C, la tasa de curación disminuyó para ambos tratamientos, aunque Vonoprazan conservó una ventaja (75% vs. 67%). En el Grado D, Vonoprazan logró la curación en el 50% de los pacientes, mientras que Esomeprazol no consiguió curación en ninguno de ellos, pero hay que comentar que en el grupo de Vonoprazan el paciente que se consideró que no había tenido curación, su EE disminuyó del Grado D al Grado A.

Estos resultados sugieren y permiten una indicación de Vonoprazan en el tratamiento de la EE.

El análisis comparativo de los síntomas entre los dos grupos de tratamiento mostró que la proporción de los pacientes con EE que recibieron Vonoprazan presentaron desaparición de los síntomas de Pirois y Regurgitación, desde el día 2 hasta la semana 8, siendo diferente estos resultados en los que recibieron Esomeprazol donde la Pirois persistió en el 3% de los pacientes hasta la semana 8 y la Regurgitación en 17% de los pacientes hasta la semana 8. Esta eficacia menor del Esomeprazol encontrada en el trabajo de aliviar los síntomas a pesar de tener porcentajes menores de permanencia durante las 8 semanas concuerda con los resultados reportados por Gyawali, C.P et al (2018)²⁷ quien comento que “el 85,6 % de los pacientes con EE experimentan solo un alivio significativo de los síntomas, a pesar de la terapia óptima con IBP”. Esto se interpreta que el Vonoprazan tiene un efecto clínico beneficioso causado por la rápida y fuerte inhibición de la secreción de ácido gástrico.

Cuando se hace un análisis de la literatura para comparar los resultados de este trabajo se encuentra estudios comparativos de Vonoprazan con dosis de 20 mg al día y de IBP como Lansoprazol 15 o 30 mg día y Esomeprazol con dosis de 20 mg día, con una variabilidad en tiempo y en objetivos de curación como por ejemplo determinar eficiencia del tratamiento mediante la curación de las lesiones esofágicas o considerar la eficiencia solo considerando la mejoría de los síntomas, otra variable de complicación para una comparación estadística, fueron los tiempo de tratamiento usados, que no permiten comparar cualquiera de los conceptos de eficacia considerados, estos tiempos varían entre 1 a 24 meses. Pero si se puede comentar que, a pesar de las variaciones de tiempo, conceptos de eficiencia usados, dosis o tipos de IBP, en algunos trabajos se comenta la igual y no inferior pero también la superioridad de Vonoprazan, con algunas consideraciones de una menor respuesta de eficiencia del IBP o del Vonoprazan en la EE Grado C y D.²⁸⁻³²

Estos elementos destacan varias fortalezas metodológicas del estudio. En primer lugar, la elección de un periodo de 8 semanas permitió evaluar adecuadamente la eficacia de ambos fármacos mediante una valoración endoscópica homogénea para los dos grupos. Adicionalmente, se incorporó el monitoreo diario de síntomas, lo que aportó información más granular sobre la evolución clínica. Se empleó una doble dosis de ambos medicamentos un esquema poco reportado en estudios previos, decisión fundamentada en la vida media de Esomeprazol y Vonoprazan, con el fin de garantizar un efecto terapéutico sostenido durante 24 horas y minimizar la secreción gástrica nocturna, asociado a la imposibilidad de poder diagnosticar polimorfismos genéticos del CYP2C19. Finalmente, ningún paciente presentó efectos adversos.

Conclusión

El tratamiento con Vonoprazan de la EE en todos los Grados de esofagitis A-B-C-D, presentan una mayor probabilidad de curación que aquellos tratados con Esomeprazol.

La dosis de Vonoprazan 20 mg dos veces al día es superior a la dosis de Esomeprazol 20 mg dos veces al día, para lograr la curación endoscópica de la EE, incluso en pacientes con EE Grado C y D.

El control y desaparición de los síntomas de Pirosis y Regurgitación de los pacientes con EE es más efectivo, rápido y constante con el uso de Vonoprazan cuando se compara con Esomeprazol.

Con la dosis de Vonoprazan 20 mg dos veces al día y de Esomeprazol 20 mg dos veces al día, no se reportan efectos adversos.

Recomendación

Debido al tamaño reducido de algunos subgrupos (especialmente Grados C y D), se recomienda ampliar el número de la muestra por subgrupo en análisis secundarios, con el fin de mejorar la potencia estadística y la estabilidad de las estimaciones.

Conflictos de interés

El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

Fuente de financiamiento

Esta investigación no contó con apoyo financiero de ninguna entidad pública, comercial o sin fines de lucro.

Este es un artículo de acceso abierto.

Fecha de recepción: 09/10/2025

Fecha de revisión: 13/10/2025

Fecha de aprobación: 02/12/2025

Referencias

1. Richter JE, Rubenstein JH. Presentation and epidemiology of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology*. 2018;154:267–276.
2. El-Serag HB, Sweet S, Winchester CC, Dent J. Update on the epidemiology of gastroesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut*. 2014;63:871–880.
3. González JC, Louis CE, Piñero RE, et al. Primer Consenso Venezolano de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico. *Arch Venez Farmacol Ter*. 2011;30(1):1–13.
4. Soumekh A, Schnoll-Sussman FH, Katz PO. Reflux and acid peptic diseases in the elderly. *Clin Geriatr Med*. 2014;30(1):29–41. doi: 10.1016/j.cger.2013.10.006.

5. Moole H, Patel J, Ahmed Z, et al. Progression from low-grade dysplasia to malignancy in patients with Barrett's esophagus diagnosed by two or more pathologists. *World J Gastroenterol*. 2016;22:8831–8843.

6. Tsoi EH, Williams RA, Christie M, et al. Not all low-grade dysplasia in Barrett's oesophagus is the same: using specific histological criteria in predicting progression to neoplasia. *Pathology*. 2021;53:700–704.

7. Antunes C, Aleem A, Curtis SA. Gastroesophageal reflux disease. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.

8. Chapelle N, Ben Ghezala I, Barkun A, Bardou M. The pharmacotherapeutic management of gastroesophageal reflux disease (GERD). *Expert Opin Pharmacother*. 2021;22:219–227.

9. Yadlapati R, Hubscher E, Pelletier C, et al. Induction and maintenance of healing in erosive esophagitis in the United States. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2022;16:967–980.

10. Shah SC, Tepler A, Pimentel C, et al. Host genetic determinants associated with *Helicobacter pylori* eradication treatment failure: a systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*. 2021;161(5):1443–1459.

11. Yang JC, Wang HL, Chern HD, et al. Role of omeprazole dosage and cytochrome P450 2C19 genotype in patients receiving omeprazole-amoxicillin dual therapy for *Helicobacter pylori* eradication. *Pharmacotherapy*. 2011;31:227–238. doi:10.1592/phco.31.3.227.

12. Robinson M. New-generation proton pump inhibitors: overcoming the limitations of early-generation agents. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2001;13(Suppl 1):S43–S47.

13. Yang X, Li Y, Sun Y, et al. Vonoprazan: a novel and potent agent in the treatment of acid-related diseases. *Dig Dis Sci*. 2018;63:302–311. doi:10.1007/s10620-017-4866-6.

14. Echizen H. The first-in-class potassium-competitive acid blocker, vonoprazan fumarate: pharmacokinetic and pharmacodynamic considerations. *Clin Pharmacokinet*. 2016;55(4):409–418. doi:10.1007/s40262-015-0326-7.

15. Scarpignato C, Hunt RH. Potassium-competitive acid blockers: current clinical use and future developments. *Curr Gastroenterol Rep*. 2024;26:273–293.

16. Stewart J. Voquezna FDA approval history [Internet]. 2024. Disponible en: Drugs.com.

17. Anik AH, Proma FA, Saha P, Sarker S. Tegoprazan as a new remedy for gastrointestinal diseases compared to its therapeutic predecessors: a mini-review. *Curr Drug Res Rev*. 2024;16:11–17.

18. Mermelstein J, Mermelstein AC, Chait MM. Tegoprazan for the treatment of gastroesophageal reflux disease. *Drugs Today*. 2020;56:715–721.

19. Ramani A, Merchant A, Cash BD. Review of the clinical development of fexuprazan for gastroesophageal reflux-related disease. *Eur J Clin Pharmacol*. 2023;79:1023–1029.
20. Kang C. Keverprazan hydrochloride: first approval. *Drugs*. 2023;83:639–643.
21. Seicean R. Vonoprazan versus conventional proton pump inhibitor in the therapeutic armamentarium of peptic ulcer disease and gastroesophageal reflux disease. In: Chai J, editor. *Peptic Ulcer Disease – What's New?* 2021. doi:10.5772/intechopen.101349.
22. Lundell LR, Dent J, Bennett JR, et al. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification. *Gut*. 1999;45:172–180.
23. Iwakiri K, Fujiwara Y, Manabe N, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for gastroesophageal reflux disease 2021. *J Gastroenterol*. 2022;57:267–285.
24. Johnson DA, Benjamin SB, Vakil NB, et al. Esomeprazole once daily for 6 months is effective therapy for maintaining healed erosive esophagitis and for controlling gastroesophageal reflux disease symptoms. *Am J Gastroenterol*. 2001;96(1):27–34. doi:10.1111/j.1572-0241.2001.03443.
25. Dimenäs E, Glise H, Hallerbäck B, et al. Well-being and gastrointestinal symptoms among patients referred to endoscopy owing to suspected duodenal ulcer. *Scand J Gastroenterol*. 1995;30(11):1046–1052. doi:10.3109/00365529509101605.
26. Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, et al. ACG clinical guideline for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol*. 2022;117:27–56.
27. Gyawali CP, Fass R. Management of gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology*. 2018;154:302–318.
- Sakurai K, Suda H, Fujie S, et al. Correction to: Short-term symptomatic relief in gastroesophageal reflux disease. *Dig Dis Sci*. 2019;64:1724. doi:10.1007/s10620-019-5464-6.
28. Oshima T, Arai E, Taki M, et al. Randomised clinical trial: vonoprazan versus lansoprazole for the initial relief of heartburn in patients with erosive oesophagitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2019;49(2):140–146.
29. Xiao YL, Zhang ST, Dai N, et al. Phase III randomized, double-blind, multicentre study of vonoprazan versus lansoprazole in Asian patients with erosive oesophagitis. *Gut*. 2019;69:224–230.
30. Ashida K, Iwakiri K, Hiramatsu N, et al. Maintenance therapy for healed erosive esophagitis: phase III comparison of vonoprazan with lansoprazole. *World J Gastroenterol*. 2018;24:1550–1561.
31. Ashida K, Sakurai Y, Hori T, et al. Randomised clinical trial: vonoprazan vs lansoprazole for the healing of erosive oesophagitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2016;43(2):240–251.
32. Ashida K, Sakurai Y, Nishimura A, et al. Randomised clinical trial: dose-ranging study of vonoprazan vs lansoprazole for erosive oesophagitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2015;42(6):685–695.