

REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN NIÑOS

Jueves Pediátrico: Octubre de 2001

Dr. Aldo Maruy Saito

Pediatra Gastroenterólogo - Hospital Cayetano Heredia

Dr. Juan Rivera Medina

Pediatra Gastroenterólogo - Instituto de Salud del Niño

El reflujo gastroesofágico es un problema frecuente de consulta pediátrica que motiva a controversias entre pediatras, gastroenterólogos pediatras y cirujanos pediatras. Si bien el diagnóstico se puede sospechar por las manifestaciones clínicas, es importante decidir que pacientes requerirán de exámenes auxiliares especializados para su confirmación, e igualmente quienes no necesitarán tratamiento, quienes van a recibirlo con medidas generales, o tratamiento farmacológico y quienes requerirán una intervención quirúrgica. En las siguientes líneas se discutirán aspectos fisiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos que esperamos sirvan de orientación para un manejo adecuado de esta entidad.

El reflujo gastroesofágico (RGE) se define como el movimiento retrógrado sin esfuerzo del contenido gástrico dentro del esófago, que a veces puede llegar hasta la boca. No hay que confundirlo definiéndolo como regurgitación ó vómitos.

Podemos observar dos tipos de reflujo: el RGE fisiológico (RGE) y el patológico o enfermedad por RGE (ERGE). Ambos reconocen diferentes manifestaciones clínicas, tratamientos y pronóstico.

Es conocido que normalmente después de las comidas se producen episodios de REG tanto en niños como en adultos, generalmente 5 por hora y duran escasos segundos. Estos accesos no ocurren frecuentemente cuando los niños están despiertos en ayunas o durante el sueño y no producen por lo tanto sintomatología asociada, por lo que se consideran como RGE fisiológico.

En el caso de la ERGE se ha producido una alteración en la frecuencia o duración de estos accesos, los cuales pueden afectar el funcionamiento normal del esófago y producir a su vez, manifestaciones clínicas gastrointestinales, respiratorias e incluso neurológicas

FISIOPATOLOGÍA

Si bien antiguamente, por su mayor frecuencia en lactantes menores, se aceptaba que se debía a una falta de maduración en el esfínter esofágico inferior (LES), hoy se acepta que la causa del RGE es multifactorial. Las últimas revisiones sobre RGE mencionan como causas:

- 1) Un incremento en la frecuencia de los accesos de reflujo, debido a hipotonía del LES, a las relajaciones transitorias del LES (TLESR), apoyos defectuosos alrededor del esfínter (hernia hiatal, ángulo cardiesofágico obtuso), incremento de la presión gástrica (retardo vaciamiento gástrico), incremento en el volumen gástrico (comida abundante).
- 2) Disminución del aclaramiento del reflujo gastroesofágico debido a los efectos de la gravedad (posición supina), disfunción peristáltica o de efecto de la salivación.
- 3) Aumento del potencial dañino del reflujo por los ácidos, pepsina, ácidos biliares, tripsina.
- 4) Deficiencia de la resistencia de la mucosa al reflujo.
- 5) Efecto de la disfunción de la porción superior del esófago
- 6) Efecto durante el sueño debido a la disipación de la fuerza de gravedad (mayor contacto de sustancias nocivas en el cardias), disminución de la salivación y deglución e hipotonía de la unión esófago-gástrica.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones de enfermedad por RGE son muy variables y se pueden clasificar de diferentes maneras una es según la edad del paciente. En los lactantes tradicionalmente la regurgitación se considera como el síntoma más frecuente. Sin embargo hay que recordar que solamente un 20 % de los pacientes con reflujo pueden presentar regurgitación. Otras manifestaciones tempranas pueden ser cólicos infantiles, irritabilidad, falla en el crecimiento y rechazo de los alimentos. Otros síntomas menos comunes pero serios, incluyen apneas (sobre todo en prematuros), sucesos que en apariencia amenazan la vida (ALTE), broncoespasmo e infecciones pulmonares recurrentes. Hay niños que se pueden presentar con manifestaciones que semejan patología neurológica: una posición de opistótonos, movimientos que parecen convulsiones (eventos pseudo-convulsivos), rumiación o con el llamado Síndrome de Sandifer (extensión súbita de la cabeza y el cuello, con movimientos de cabeza de un lado para otro). Los niños más grandes pueden referir pirosis retroesternal, hematemesis, dolor torácico y sabor bilioso en la boca. Otras manifestaciones reportadas son estridor, ronquera o afonía, hipo, eructos e incluso erosiones dentales.

Los casos severos de esofagitis pueden complicarse con estenosis péptica o incluso esófago de Barret.

DIAGNÓSTICO

No existe un estudio único definitivo para el RGE, los métodos diagnósticos y sus indicaciones se discuten a continuación:

1. Estudio contrastado del aparato digestivo alto: Debería realizarse en todos los pacientes con regurgitación crónica, para eliminar la posibilidad de causas anatómicas que retrasen el vaciamiento gástrico. La gravedad del reflujo demostrada por este método no está bien definida, pese a que la presencia de reflujo libre hasta el tercio superior del esófago o su aspiración, establecen el diagnóstico y evitan la necesidad de más estudios. Su principal desventaja es que al no ser un estudio dinámico se pudieran no registrar los episodios de reflujo si estos no coincidían con la toma de la radiografía. Además no sirve para evaluar la velocidad del vaciamiento gástrico, dado que el bario, sustancia inerte, no activa los mecanismos hormonales involucrados en el mismo. Sin embargo la gran ventaja es que se puede realizar en cualquier establecimiento de salud que tenga equipo de RX.
2. El monitoreo del pH por 24 hrs. es el método más sensible para el diagnóstico del RGE. Se expresa como el porcentaje de tiempo en el que el pH del esófago es menor a 4. Dependiendo de la posición del paciente un porcentaje mayor del 2 al 6 % es diagnóstico. Se considera el "estándar de oro" para el reflujo. Sin embargo su principal desventaja es que en nuestro medio son muy pocos los centros en donde se pueden realizar. Además el costo es muy elevado porque habría que hospitalizar al paciente durante la prueba y es difícil la colaboración de los niños, sobretodo de los más pequeños.
3. La manometría puede usarse para medir la presión del EEI y la amplitud de la peristalsis esofágica o gástrica. Es un método importante para la comprensión del RGE pero raramente útil en la clínica. Las desventajas son las mismas que con el monitoreo del pH.
4. El centellograma con tecnecio o gammagrafía es uno de los métodos más útiles para observar los episodios de reflujo y saber si llegan a los pulmones o no; además permite calcular la velocidad del vaciamiento gástrico, dato que puede ser de gran utilidad ante la decisión de realizar piloroplastia o no en una funduplicatura. Su desventaja es que se necesita un equipo especializado y el costo del mismo.
5. La endoscopia y biopsia permiten la evaluación de las complicaciones del reflujo (esofagitis y estenosis); su desventaja es que es un método invasivo y su costo es elevado.

TRATAMIENTO

En el manejo del RGE podemos considerar una serie de posibilidades como:

- Manejo dietético
- Posición
- Drogas:
- Proquinéticos
- Inhibidores de la acidez
- Protectores de mucosa
- Quirúrgico

El reflujo sin complicaciones de los lactantes es habitualmente autolimitado y se resuelve entre los 12 y 18 meses de edad; sólo se requiere un examen físico minucioso y contención familiar. Intervenciones simples que aumentan el bienestar de los padres y los lactantes incluyen medidas posturales y dietéticas. El niño debe mantenerse erguido lo más posible luego de comer, cuidando no aumentar la presión intraabdominal al hacerlo.

La mejor posición para dormir es boca abajo, plano con el cuerpo entero a 30 grados de inclinación con la cabeza alta (anti-Trendelenburg). La familia debe ser asesorada del riesgo de la posición prona para la muerte súbita (pese a que la posición prona con cabeza elevada no ha sido estudiada). El espesamiento de la alimentación puede mejorar los síntomas del reflujo en muchos pacientes pero el efecto en los casos complicados es controvertido, debido a que el aumento en la osmolaridad podría demorar el vaciamiento gástrico empeorando el reflujo pese a la disminución de la regurgitación, produciendo un efecto "cosmético". La intervención médica se indica ante la sospecha de complicaciones. La terapia combinada con un proquinético y un bloqueante ácido brindan resultados más satisfactorios que la terapia con una droga aislada. El Cisapride ejerce su acción proquinética liberando acetilcolina en el plexo mientérico, es más efectivo y con menos efectos colaterales que la metoclopramida. Su uso con drogas que utilizan el citocromo p450 puede generar arritmias cardíacas (antimicóticos sistémicos, macrólidos).

La elección del antiácido es personal. El omeprazol, un inhibidor de la bomba de protones, se ha mostrado más útil que la ranitidina en la esofagitis ulcerativa por reflujo pero su seguridad en niños no ha sido establecida.

Si el tratamiento es efectivo se lo mantiene entre 6 y 8 semanas. Si no, se deberá derivar al gastroenterólogo para proseguir los estudios y evaluar la presencia de complicaciones. Generalmente la causa no es corregible y múltiples cursos de tratamiento son necesarios.

La decisión de realizar un procedimiento quirúrgico se sustenta en reflujo persistente a pesar del correcto tratamiento médico o a la presencia de severas complicaciones.