

¿COMO Y CUANDO INVESTIGAR REFLUJOGASTROESOFAGICO EN NIÑOS?

MANUEL ROMERO S., M.D.*

RESUMEN

El reflujo gastroesofágico, es uno de los principales motivos de consulta al gastroenterólogo pediatra. En niños menores de dos años de edad es difícil discriminar por pautas clínicas entre regurgitación infantil y enfermedad por reflujo gastroesofágico, pero esta diferenciación infantil es de vital importancia.

Palabras clave: Reflujo gastroesofágico; Enfermedad por reflujo gastroesofágico; Niños.

SUMMARY

Gastroesophageal reflux is one of the main reasons for consultation to the gastroenterologist. In children under two years of age it's difficult to discriminate by clinical guidelines between regurgitation and gastroesophageal reflux disease, but this differentiation is of vital importance.

Key words: Gastroesophageal reflux; Gastroesophageal reflux disease; Children.

INTRODUCCIÓN

El reflujo gastroesofágico (RGE), junto al estreñimiento crónico, es uno de los principales motivos de consulta al gastroenterólogo pediatra. En niños menores de dos años de edad es difícil discriminar por pautas clínicas entre regurgitación infantil y enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), pero esta diferenciación infantil es de vital importancia, porque en aquellos niños que tienen más probabilidad de ser portadores de ERGE, van a necesitar de medidas terapéuticas eficientes para evitar la morbilidad y las complicaciones.

REGURGITACIÓN

Las características de regurgitación infantil (RI), según los criterios de Roma II, entre otros son: se presenta entre 1-12 meses; son 2 o > regurgitaciones al día; el tiempo es mayor a 3 semanas, y no presenta complicaciones. Estos niños son pacientes en los que no hay que realizar ninguna investigación clínica, porque se ha encontrado que la RI se presenta en el 50% de los niños menores de 3 meses y que el 67% de éstos pacientes presentaban RI entre el 4-6 mes y

el 5% la presentaba entre el 10-12 meses de vida; lo que indica que la RI es muy frecuente en el primer año de vida y que mejora aún sin tratamiento al llegar al año de edad. En resumen, se debe pensar en RI en niños de edad temprana, sin alteración en el examen físico, que no requiere exámenes y que hay que realizar seguimiento clínico.

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Es la devolución anormal de contenido gastroduodenal (ácido, bilis, pepsina) hacia el esófago, nasofaringe o laringe, que altera la calidad de vida y trae consecuencias clínicas. Si se hace un subdiagnóstico de esta patología, se pueden tener complicaciones graves al niño como la hemorragia de vías digestivas, esofágicas, respiratorias y otorrinolaringológicas. Para sospechar una ERGE, lo primero que debe hacerse es una adecuada historia clínica y un buen examen físico. Se debe pensar en ERGE cuando hay vómitos y regurgitaciones que persisten por encima de los 6 meses; cuando la postura y dieta no mejoran al niño; ante la presencia de repercusiones clínicas (trastorno pondoestatural, broncoespasmo a repetición, crisis de apnea) y en quienes hay que realizar investigación.

PARACLÍNICOS

Vías digestivas altas: Si se piensa que el RGE es

* MD. Gastroenterólogo Pediatra. CEDES, Rioacha, Colombia

debido a anomalías anatómicas, disturbios de la deglución o disturbios de motilidad; el examen de elección es una radiografía de vías digestivas altas. Este no es un examen para diagnosticar RGE porque tiene una sensibilidad y especificidad muy bajas, pero si está indicado para descartar alteraciones estructurales.

Gammagrafía esofagogástrica con tecnecio 99: Está indicada ante un paciente con RGE en el que la patología está relacionada con el vaciamiento gástrico y aspiración. Posee una sensibilidad entre el 15% y el 93% y una especificidad entre el 83% y 100%. Es el patrón de oro para gastroparesia y se ha utilizado mucho en pacientes que presentan RGE secundaria a alergia alimentaria.

Endoscopia de vías digestivas altas: Ante un niño con RGE y síntomas de esofagitis; el estudio a realizar es una endoscopia de vías digestivas altas. Cuando se realiza endoscopia a un paciente con RGE, se debe realizar siempre biopsia para detectar cambios microscópicos, que son secundarios a RGE y a la vez permite determinar otro tipo de anomalías como la esofagitis eosinofílica y las infecciosas por virus herpes, citomegalovirus o cándida. La endoscopia no diagnostica reflujo; diagnostica otras complicaciones como esofagitis; determina otras anomalías como estenosis esofágica o hernia hiatal; siempre debe acompañarse de toma de biopsias, y si se encuentran ulceraciones o erosiones en el tercio distal del esófago se hace diagnóstico de esofagitis.

pHmetría esofágica de 24 horas: Cuando se valora un paciente que no presenta la sintomatología clara de reflujo, sino que presente síntomas atípicos o extradigestivos, el examen ideal es la pHmetría esofágica de 24 horas. En resumen, la pHmetría intraesofágica ambulatoria de 24 horas, está indicada ante presentaciones atípicas (extraesofágicas); determina la frecuencia de episodios, la duración de episodios; tiene una correlación estrecha con los síntomas; muestra los efectos que tiene la alimentación, la posición y la medicación con los cambios del

pH. Tiene una sensibilidad entre el 87% y el 93% y una especificidad entre el 93 y el 97%. Entre los parámetros obtenidos de la pHmetría el más importante es el Índice de Reflujo que mide el porcentaje del tiempo en el cual el pH se mantiene por debajo de cuatro. Igualmente está indicado en pacientes prequirúrgicos. En la evaluación de tratamiento en niños sin respuesta clínica, se utiliza para determinar cuál es la dosis adecuada para disminuir la acidez y también para determinar si hay resistencia a los medicamentos de la bomba de protones.

Otros: Hay dos exámenes que no se utilizan de rutina para el diagnóstico de RGE. La manometría gastroesofágica está indicada en pacientes con alteración primaria de la motilidad con acalasia y pacientes que van a ser sometidos a cirugía; la ecografía abdominal para RGE, con escasos estudios aun, es un paraclínico operador dependiente y la impedanciometría intraluminal que permite determinar la presencia de episodios de reflujo fisiológico con un pH normal y que junto a la pHmetría sería muy valioso en pacientes con RGE con manifestaciones respiratorias.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Costa A, Silva G, Gouveia P, et al: Prevalencia de reflujo gastroesofagico en lactantes vomitadores. *Jornal de Pediatria (Rio J)* 2004; 80: 291-295
2. De Carvalho E, Silva FA. Esofagitis de reflujo en lactantes: conocimientos actuales y las lagunas del conocimiento. *Jornal de Pediatria (Rio J)* 2004; 80: 170-172
3. Guerrero R. Reflujo gastroesofagico y enfermedad por reflujo. En: Rojas C, Guerrero R, editores. *Nutrición clínica y gastroenterología pediátrica*. Editorial Panamericana: Bogota 1999: 271-280
4. Norton RC, Penna FJ. Reflujo gastroesofagico. *Jornal de Pediatria (Rio J)*2000; 76 (Supl 2): S218-S224
5. Orenstein S. Reflujo gastroesofagico. En: Wyllie R, Hyams J, editores. *Gastroenterología pediátrica*. Editorial Mcgraw-Hill: Mexico 2001: 187-213
6. Vieira MC, Pisani JC, Mulineri RA. Diagnostico de esofagitis de reflujo en lactantes: la histología del esofago distal debe complementar la endoscopia digestiva alta. *Jornal de Pediatria (Rio J)* 2004; 80: 197-202