

Enfermedad por reflujo gastroesofágico en niños (erge): pautas de diagnóstico y tratamiento

Autores

Keira Leon M,¹ Domingo Jaen,² Mary Coluccio,³ Dianora Navarro,³ Reinaldo Pierre,⁴ Magaly Rodríguez,⁵ María Teresa Artis,⁶ Alonso Adrianza,⁷ Katuska Belandria,³ María Teresa Arrieche,² Javier Díaz,⁸ Brenda Hutton,⁵ Antoinette Houry,⁹ Karolina López,³ Marbelia Martínez,¹⁰ María Teresa Olza,¹⁰ Elena Pestana,¹¹ Carlos Prada,¹² María Eugenia Reimundez,⁵ Lisett Rondón,¹³ Anadina Salvatierra,⁹ Maritza Serisawa,¹⁴ María Gabriela Soriano,¹⁵ Gabriela Sosa,¹⁶ Margarita Vásquez,¹⁷ Daniel Villalobos,¹⁸ Danieline Villalobos,¹⁹ Héctor Azcarate¹³

Instituciones

Hospital Dr. Domingo Luciani, Caracas,¹ Hospital Dr. José Gregorio Hernández, Caracas,² Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño,³ Clínica Razetti, Barquisimeto,⁴ Hospital JM de los Ríos, Caracas,⁵ Complejo Universitario Dr. Luis Razetti, Pto. La Cruz,⁶ Clínica Falcón, Maracaibo,⁷ Clínica del Niño, Mérida,⁸ Centro Policlínico, Valencia,⁹ Instituto Médico La Floresta, Caracas,¹⁰ Hospital San Juan de Dios, Caracas,¹¹ Caracas,¹² Policlínica Leopoldo Aguerrevere,¹³ Hospital Universitario, Maracaibo,¹⁴ Hospital Central de Valera, Valera,¹⁵ Hospital Ortopédico Infantil, Caracas,¹⁶ Hospital Dr. Agustín Zubillaga, Barquisimeto,¹⁷ Hospital Dr. José Gregorio Hernández, Acarigua,¹⁸ Centro Médico Paraíso, Maracaibo.¹⁹

En la edad pediátrica, el establecimiento de criterios para determinar el diagnóstico y subsecuente tratamiento tanto de Reflujo Gastroesofágico (RGE) como de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) es fundamental en el manejo de un importante número de pacientes que diariamente consultan tanto al pediatra como al gastroenterólogo pediatra. Dichos conceptos han presentado variaciones significativas en los últimos años, por lo cual expertos en diferentes partes del mundo se han reunido con el fin de establecer pautas en el manejo de estos pacientes. En Venezuela, un grupo de pediatras especialistas en gastroenterología y cirugía, provenientes de distintas regiones del país, realizaron una revisión y actualización sobre esta importante patología, buscando establecer criterios unificados en relación a la definición de la enfermedad, etiopatogenia, principales manifestaciones clínicas, métodos de diagnóstico y alternativas de tratamiento médico ó quirúrgico.

Tanto en RGE como en ERGE (y más aun en este último), factores como la edad, capacidad de comunicar los síntomas y la percepción de los padres o cuidadores son elementos a considerar. Se ha reportado una incidencia de ERGE en 1 por cada 1000 niños entre el nacimiento y los 15 años de edad.¹ El principal y más importante mecanismo en la producción de reflujo, esencialmente en lactantes y pre-escolares, lo constituye la relajación transitoria del esfínter esofágico inferior (EEI) no asociada con la deglución, siendo responsable del 80% de los episodios de reflujo.^{2,5} Esto no se ha relacionado con presión disminuida del esfínter, ya que tales presiones en el recién nacido a término son iguales a las del adulto.

Clínicamente, los pacientes en edad escolar y adolescentes refieren sintomatología semejante al adulto: sensación de ardor, vó-

mitos o regurgitaciones, así como dolor torácico, disfagia, asma o tos crónica, anemia y hematemesis. Por el contrario en recién nacidos y lactantes es más complicado establecer una relación entre las manifestaciones clínicas y la enfermedad.^{2,6}

Desde el punto de vista clínico, ERGE se ha clasificado en síndromes esofágicos y extraesofágicos.⁶ Los primeros a su vez incluyen: a) Formas de presentación atípicas propias del niño menor (irritabilidad, rechazo al alimento, pobre ganancia ponderal, etc.), b) Síndrome de ERGE típico característico de niños mayores, escolares y adolescentes y, c) Síndromes con lesión esofágica. Los síntomas extradi digestivos, también representan un reto diagnóstico importante para el especialista, donde el Síndrome de Sandifer y las erosiones dentales están asociados definitivamente con ERGE. Otras patologías como apnea y episodios aparentemente letales (ALTE), asma, laringitis, sinusitis y otitis, también se han relacionado probablemente con ERGE.^{2,6}

Hasta el momento, no existe una prueba específica que permita el diagnóstico de ERGE, por lo cual, la conducta depende del criterio clínico. Los test diagnósticos incluyen: radiología con contraste baritado, ultrasonido, monitoreo de pH intraesofágico, impedancia, manometría, scintigrafía con tecnecio, endoscopia digestiva superior y biopsia esofágica. La prueba terapéutica empírica es otro método de uso actualmente en escolares y adolescentes, pero que no es aplicable en lactantes y niños menores, por la inespecificidad de los síntomas.

Las opciones de Tratamiento Médico para ERGE incluyen cambios de estilo de vida, tratamiento médico no farmacológico y farmacológico. Los objetivos del tratamiento son mejorar los síntomas y la calidad de vida del paciente, promover la curación

de la lesión mucosal esofágica en caso de que exista, evitar las complicaciones y prevenir las recurrencias. Es importante señalar que más del 60% de los adultos con ERGE han mostrado algún tipo de síntoma durante la infancia y que su control temprano mejora el pronóstico final. El tratamiento no farmacológico está relacionado con medidas posturales, especialmente en lactante menores (no se ha estudiado la eficacia de la terapia posicional en el tratamiento de ERGE en niños mayores de 1 año de edad), recomendaciones dietéticas, descarte de alergia alimentaria, pérdida de peso en niños obesos, etc.

Los Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP) son actualmente la terapia de elección en la enfermedad gastrointestinal relacionada con la secreción ácida en adultos y están siendo recomendados con creciente frecuencia en la población pediátrica. Los procinéticos son fármacos con un papel limitado en el tratamiento médico de ERGE y hasta el momento no hay suficiente evidencia de eficacia clínica para justificar su uso rutinario.

El tratamiento quirúrgico pudiese ser considerado para aquellos niños con problemas respiratorios crónicos con complicaciones como: aspiraciones del material refluído, laringoespasmo, apnea, en situaciones en donde no hay respuesta a la terapia debido a trastornos motores del esófago con aspiración crónica y en niños con ERGE quienes no toleran los medicamentos.

Las complicaciones más frecuentes son: Hemorragia Digestiva Superior (Úlcera y/o Erosiones Esofágicas), Esófago de Barrett y Estenosis Péptica. La predisposición a desarrollar tales complicaciones es mayor en pacientes con enfermedad pulmonar crónica, atresia esofágica y con patología neurológica.²

Referencias Bibliográficas

1. Vakil N. Disease definition, clinical manifestations, epidemiology and natural history of GERD. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 2010;24:759-764.
2. Vandeplass Y, Rudolph C, Di Lorenzo C, Hassall E, Liptak G, Mazur L, Sondheimer J, Staiano A, Thomson M, et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;49(4):498-547.
3. Hamilton W D. Reflux disease, pathophysiology, diagnosis and management. *Pediatric Gastrointestinal Disease*. 3rd ed. 2000.
4. Di Lorenzo C. Gastroesophageal reflux: not a time to "relax". *J Pediatr* 2006;149(4):436-8.
5. Tovar Larruchea JA. Reflujo gastroesofágico en niños: Estado actual de las bases del tratamiento. *Pediatric gastroesophageal reflux: update in treatment. Rev.Med.Clin. Condes* 2009;20(6):782-6
6. Sherman P. et al. A Global, Evidence-Based Consensus on the Definition of Gastroesophageal Reflux Disease in the Pediatric Population. *Am J Gastroenterol* 2009;104:1278-1295.