

EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN LA INFANCIA.

Dr Dámaso Infante

Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica
Hospital Universitario Materno-Infantil “ Vall d’Hebron “.
Barcelona.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (RGE) es una causa frecuente de morbilidad en la infancia. La prevalencia de regurgitaciones en los lactantes se estima en un 18 % en la población general y de cerca de un 40 % de las consultas de pediatría. Sin embargo la frecuencia de RGE excesivo que puede dar lugar a complicaciones es bajo, habiendo sido estimado en un 8 % según los estudios efectuados mediante pH-metría.

Definición: La mejor definición del RGE es la de paso involuntario del contenido gástrico al estómago. En el pasado se han utilizado varias denominaciones no satisfactorias; en Gran Bretaña, se hablaba frecuentemente de hernia de hiatus o de estómago torácico parcial, con lo que se denotaba un aspecto anatómico. El término calasia ha sido el más empleado en Norteamérica, indicando que el RGE está a menudo relacionado con un esfínter esofágico inferior laxo, implicando un defecto funcional, que se considera fisiológico en la infancia. El término RGE, no define ninguna etiología ni anomalía y es la denominación que en estos momentos se prefiere. El concepto de vómito se utiliza como sinónimo de emesis y se considera cuando el contenido refluido se emite de la boca “ con cierta fuerza” y con sensación de náusea. El término regurgitación se usa cuando el reflujo sale sin fuerza, como un babeo, y suele estar restringido al lactante pequeño. Sin embargo es obvio que en ocasiones es difícil distinguir entre regurgitación y vomito, y ambos síntomas pueden darse conjuntamente en el mismo paciente.

Manifestaciones clínicas

La enfermedad por reflujo es una cuestión de cantidad de reflujo: no hay diferencias entre los individuos sanos y los enfermos, en cuanto a la presencia o ausencia de reflujo, pero sí en lo que se refiere a la frecuencia, duración de contacto con el esófago y acidez del mismo.

Debatiremos cuatro grupos de pacientes:

1. Pacientes con RGE sin complicaciones. Este grupo de lactantes presenta regurgitaciones repetidas y rara vez vómitos. Está limitado a lactantes de < de 1 año de edad. No se afecta el desarrollo, ni aparecen otras complicaciones. En ocasiones es difícil diferenciarlo de las regurgitaciones fisiológicas.
2. Pacientes con RGE complicado. Presentan frecuentes vómitos y síntomas indicativos de esofagitis; anemia ferropénica, hematemesis, melenas, disfagia, pirosis, dolor epigástrico o retroesternal, eructos, plenitud posprandial, irritabilidad general en lactantes, anorexia y pérdida de peso y/o falta de desarrollo. Debido a los tratamientos actuales más agresivos y a un diagnóstico más rápido y eficaz, dichos síntomas suelen controlarse o presentarse más larvados.

3. Pacientes con presentaciones clínicas no habituales de RGE. La diferencia más evidente entre este grupo de pacientes y el de los que sufren RGE con y sin complicaciones, es que este grupo no presenta ni emesis, ni regurgitaciones. La enfermedad por RGE está por tanto “oculta” y presenta un diagnóstico diferencial con otras patologías. Son pacientes que pueden presentar; bronquitis obstructivas, asma, laringitis, rumiación, Síndrome de Sandifer Sutcliffe. Para su diagnóstico es obligada la práctica de una pH-metría con monitorización de 24 horas.
4. Niños con deterioro neurológico grave que sufren frecuentemente la patología del RGE y sus complicaciones. A destacar que en este grupo en ocasiones el RGE esta “ oculto”.

Evolución a largo plazo del reflujo gastroesofágico.

Los avances en el campo de la terapéutica unido a una mejor metodología diagnóstica ha conllevado un cambio en el pronóstico del RGE.

La mayoría de lactantes con RGE no complicado están libres de síntomas antes del año y medio de vida, siendo una condición limitada, y que desaparece cuando la barrera antirreflujo es gradualmente establecida. En el 60 % de los casos desaparece coincidiendo con la introducción de los sólidos y/o la indicación de fórmulas AR, junto a una eventual indicación de procinéticos. La proporción de curación llega a un 90 % con la llegada de la bipedestación. La indicación de cirugía en este grupo es excepcional.

En el RGE complicado la introducción de los sólidos, el espesamiento de la fórmula o el tratamiento postural, no suele alterar el ritmo del reflujo y es preciso recurrir a terapéutica farmacológica más agresiva (procinéticos, bloqueantes de los receptores H₂, inhibidores de la bomba de protones y sucralfato) y exploraciones (pH-metría y esofagoscopia) para valorar la intensidad y la presencia de esofagitis. El curso clínico suele ser favorable antes de los 2 años en el 65 % de los casos. El resto suele necesitar tratamiento mantenido, viéndose una mejoría alrededor de los 7 años, fase en la cual existe una nueva maduración de la barrera antirreflujo. Entre un 6%- 10 %, según las series publicadas, del RGE complicado, precisarán de una corrección quirúrgica, sin precisar el momento cronológico, si bien dicha indicación suele ser excepcional antes de los 2 años. Es importante constatar que la desaparición de los síntomas no conlleva la curación del RGE.

En los pacientes con presentaciones no habituales, cuyos síntomas se confirme sean debidos al RGE, se deberá valorar la evolución después de 12 meses de tratamiento con procinéticos y antagonistas de H₂ o omeprazol. La evolución suele ser favorable, y en nuestras series han precisado de intervención solo un 0,5 % de este grupo de pacientes.

Con respecto al grupo de niños con deterioro neurológico grave podemos comentar que la resolución del RGE de forma natural es poco probable y que pueden desembocar en estenosis esofágicas graves o en el esófago de Barret.

Podemos concluir que la cirugía estará indicada en casos especiales como: apnea y riesgo de muerte súbita del lactante, y reflujos complicados (esofagitis severas, cuadros respiratorios de repetición, retrasos graves de crecimiento y encefalopatías profundas) que no responden al

tratamiento. También se deberá valorar en aquellos niños que aun sin síntomas muy importantes precisen tratamiento continuo sobrepasados los 7-8 años de vida.

BIBLIOGRAFIA DE INTERES.

1. Carre IJ. Management of gastro-oesophageal reflux. Arch Dis Child 1985;60:71-5.
2. Vandenplas Y (Working party). Current concepts and issues in the management of regurgitation of infants: a reappraisal. Acta Paediatr 1996;85:531-4.
3. Oreste SR. Controversies in pediatric gastroesophageal reflux. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1992;14:338-48.
4. Lee WS, Beattie RM, Meadows N. Gastro-oesophageal reflux: clinical profiles and outcome. J Pediatr Child Health 199;35:568-71.
5. Sherpherd R, Wren J, Evans S. Gastroesophageal reflux in children. Clinical Pediatrics 1987;26 :55-60.
6. Treem WR, Davis PM, Hyams JS. Gastroesophageal reflux in the older children: presentation, response to treatment and long-term follow-up. Clinical Pediatrics 1991;30:435-40.