

Reflujo gastroesofágico en el niño

C. Jung, M. Bellaiche

El reflujo gastroesofágico (RGE) del niño es un motivo muy frecuente de consulta pediátrica, sobre todo con relación a los lactantes. En la mayoría de los casos, el reflujo es benigno, no causa molestias y sólo necesita medidas higienicodietéticas. El RGE patológico del niño se define como un reflujo de contenido gástrico que produce síntomas molestos o complicaciones. En algunos casos, el reflujo gastroesofágico puede complicarse con esofagitis y, más raramente, con estenosis pépticas o endobraquiesófago. Aunque el cuadro típico en el niño de mayor edad se compone de vómitos, regurgitaciones y pirosis, los síntomas extradigestivos (otorrinolaringológicos [ORL], dentales, neurológicos, pulmonares) no son infrecuentes. La exploración de referencia para el diagnóstico del reflujo gastroesofágico ácido es la pHmetría de 24 horas. Sin embargo, la impedanciometría acoplada a la pHmetría permite distinguir un reflujo gaseoso de los reflujos líquidos ácidos o no ácidos y, muy probablemente, sustituirá a la pHmetría en los años venideros. La endoscopia alta permite observar el reflujo y sus complicaciones. Por su eficacia sobre la reducción de la secreción ácida y sus pocos efectos secundarios, los inhibidores de la bomba de protones ocupan hoy el primer plano del tratamiento del reflujo gastroesofágico patológico.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Reflujo gastroesofágico; Lactante; Fisiopatología del reflujo gastroesofágico; Esofagitis; Inhibidores de la bomba de protones

Plan

■ Introducción	1	■ Tratamiento del reflujo gastroesofágico	5
■ Epidemiología	1	Tratamiento higienicodietético	5
■ Fisiopatología del reflujo gastroesofágico	2	Tratamientos farmacológicos	5
■ Manifestaciones clínicas	2	Tratamiento quirúrgico	7
■ Complicaciones digestivas	3	■ Conclusión	7
Esofagitis por reflujo	3		
Estenosis péptica	3		
Endobraquiesófago	3		
■ Complicaciones extradigestivas	3		
Manifestaciones pulmonares	3		
Complicaciones otorrinolaringológicas	3		
Complicaciones dentales	3		
Manifestaciones neurológicas	3		
Episodios de muerte aparente del lactante	4		
■ Pruebas complementarias	4		
pHmetría	4		
Impedanciometría	4		
Fibroendoscopia gastroesofágica	4		
Gammagrafía esofágica	4		
Manometría esofágica	4		
■ Proceso diagnóstico	4		
RGE no patológico	4		
Sospecha de esofagitis	4		
Manifestaciones extradigestivas aisladas	4		
Encefalopatía crónica grave	5		
■ Diagnósticos diferenciales	5		

■ Introducción

El reflujo gastroesofágico (RGE) se define por el paso del contenido gástrico hacia el esófago, con o sin regurgitaciones o vómitos. El RGE es un proceso fisiológico que se produce varias veces al día en el lactante, el niño o el adulto sano. En su mayoría, estos episodios de reflujo son de corta duración (menos de 3 minutos), posprandiales y asintomáticos^[1]. Se distinguen del RGE patológico, que se acompaña de síntomas digestivos o de complicaciones (pirosis, llanto en el lactante). En el lactante de 3 semanas a 12 meses de vida, el RGE suele ser transitorio y cursa sin complicaciones. En el niño o el adolescente, el cuadro clínico es más parecido al del adulto y además puede incluir regurgitaciones, pirosis o ardores epigástricos.

■ Epidemiología

El RGE fisiológico del niño es frecuente. Las regurgitaciones diarias del lactante están presentes en el 50% de los niños de menos de 3 meses, en más del 65% de los de 4 meses y en el 5% de los de 1 año^[2-4]. En un estudio prospectivo italiano, la prevalencia del

RGE era inferior: el 12% de los lactantes, con una edad promedio de comienzo de 4 meses [5]. Esta prevalencia disminuía después de los primeros 6 meses de vida; a los 12 meses, sólo el 5% de los niños tenía síntomas de reflujo [5].

Debido a la frecuencia del RGE, es capital distinguir a los pacientes que evolucionan hacia un RGE patológico de los que tienen un RGE fisiológico de buen pronóstico. La presencia de síntomas asociados, como poco aumento de peso, llanto excesivo, dificultades del sueño, respiratorias u otorrinolaringológicas (ORL) hacen pensar en un RGE patológico (o enfermedad por reflujo gastroesofágico [ERGE]).

■ Fisiopatología del reflujo gastroesofágico

La fisiopatología del RGE es múltiple. Varios mecanismos protectores permiten limitar los episodios de reflujo fisiológico y proteger la mucosa esofágica del ascenso del contenido gástrico. Cuando estos mecanismos son vencidos, el reflujo se hace sintomático e incluso se complica. Las relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior (EEI), el aclaramiento ácido del esófago, el retraso de la evacuación gástrica, la salivación insuficiente y la disminución de la resistencia mucosa son los mecanismos principales del desarrollo de un RGE patológico [6].

El EEI es una barrera funcional que mantiene una presión intraluminal superior a la del estómago y del esófago. En el adulto, el EEI tiene una longitud de 3-6 cm y 20 mmHg de presión media, de los cuales 6 mmHg son suficientes para cumplir con su función antirreflujo [7]. En el adulto, alrededor del 20% de los episodios de RGE se relaciona con una disminución de presión del EEI [8]. En el lactante, el EEI, bien individualizable, sólo mide algunos milímetros en el nacimiento, antes de crecer a medida que el niño aumenta de estatura. El papel de la presión del EEI en el desarrollo del RGE del niño ha sido objeto de controversias [9]. Sin embargo, sería suficientemente funcional como para formar una barrera antirreflujo eficaz, incluso en el prematuro [10, 11].

La mayoría de los episodios de reflujo sobreviene tras relajaciones transitorias inapropiadas del EEI [10, 12]. Este mecanismo es uno de los factores predominantes, tanto en el niño como en el adulto, y se produce más a menudo en posición sentada. Además, la distensión gástrica favorece los episodios de relajaciones transitorias del EEI. En el lactante, la distensión gástrica vinculada al volumen del bolo alimenticio es, de forma proporcional, muy superior a la del adulto, ya que los suministros promedio son de unos 120 ml/kg al día frente a 40-50 ml/kg/d en el adulto. A este volumen alimentario se añade la cantidad de aire deglutido con cada succión del lactante, lo cual aumenta el riesgo de reflujo. El retraso de la evacuación del estómago es otro factor favorecedor del desarrollo de relajaciones transitorias del EEI. Así, un retraso del vaciamiento del estómago es más común en los niños que tienen un RGE patológico [13].

La influencia de la hernia hiatal en la génesis del RGE del adulto ha sido ampliamente debatida. No hay datos de prevalencia sobre la hernia hiatal del niño. Sin embargo, dicha influencia está sugerida por el aumento de la frecuencia de esta malformación en niños afectados por un RGE patológico de esofagitis erosiva [14] o de endobraquiesófago [6, 15]. Así mismo, en la fisiopatología del RGE ha sido imputado un ángulo de His obtuso [6]. El ángulo de His forma normalmente un ángulo agudo entre la curvatura mayor del estómago y el esófago. En algunos casos, sobre todo de hernia hiatal, aunque también en el niño menor de 1 año, este ángulo es «insuficientemente agudo». Esta hipótesis se desprende de un aumento de la exposición ácida en posición proclive derecha, comparada con la izquierda [16, 17].

El síndrome de RGE es máximo durante el primer año de vida y luego disminuye su prevalencia. Esto se explica por algunos rasgos anatómicos y fisiológicos del lactante, en el que la barrera antirreflujo es poco eficaz. Además, algunas afecciones exponen a un mayor riesgo de desarrollar un RGE grave. Es, sobre todo, el caso de los pacientes tratados por una atresia del esófago y de los niños con trastornos neurológicos graves o con enfermedades respiratorias graves como la mucoviscidosis.

Se considera que el RGE es la complicación más frecuente a largo plazo de pacientes que han sido intervenidos por una atresia del esófago (40-70%) [18, 19]. Para explicar la notable incidencia del RGE en esta población se han señalado distintos mecanismos. Los más probables son el acortamiento del esófago con desaparición del ángulo de His, una alteración de la motilidad esofágica vinculada a una disminución o incluso una ausencia de ondas peristálticas esofágicas, contracciones de baja amplitud y una baja presión del EEI [9, 18, 19]. Los trastornos motores esofágicos (respuesta anómala a la deglución, baja amplitud de las contracciones, disminución del aclaramiento ácido y presión baja del EEI) son otros mecanismos fisiopatológicos principales asociados al RGE patológico en pacientes con graves discapacidades neurológicas [9, 20, 21].

Se señala con frecuencia al RGE como un factor que complica una afección respiratoria, con broncoaspiración de partículas alimentarias o por mecanismos de broncoconstricción secundarios a la estimulación de las fibras vagales del esófago inferior [22]. Sin embargo, el RGE también puede ser secundario a las enfermedades respiratorias, sobre todo a las neumopatías recidivantes del lóbulo medio, asma mal controlada, bronquitis obstructiva, tos espasmódica nocturna o una enfermedad pulmonar crónica como la mucoviscidosis [23]. En estos casos, el RGE estaría favorecido por varios mecanismos:

- abertura del ángulo de His por efecto de la distensión torácica y del achatamiento de las cúpulas diafragmáticas;
- aumento de la presión esofágica con incompetencia del EEI por insuflación pulmonar;
- modificación del tono del EEI por los tratamientos antiasmáticos, en especial broncodilatadores.

■ Manifestaciones clínicas

La lista de las manifestaciones clínicas del RGE es larga y varía en función de la edad del niño [24]. En un estudio con niños atendidos en un centro terciario de gastroenterología, los signos de alarma eran vómitos recurrentes en el 70% de los casos, dolores epigástricos en el 35%, problemas para alimentarse en el 30%, trastornos de crecimiento en el 30% e irritabilidad en el 20% [25]. Los síntomas clínicos que permiten distinguir el RGE fisiológico del RGE patológico se resumen en el Cuadro 1. Orenstein, en 1990, creó una escala clínica destinada al lactante para distinguir el RGE

Cuadro 1.

Síntomas de los reflujo gastroesofágicos (RGE) fisiológicos y patológicos del niño.

RGE fisiológicos	RGE patológicos
Regurgitaciones o vómitos, con crecimiento ponderoestatural normal	Regurgitaciones o vómitos y aumento de peso insuficiente En el lactante y el recién nacido: aumento de peso excesivo Eructos e hipo tardíos
Sin signos o síntomas de esofagitis	Irritabilidad; dolores Disfagia; pirosis en el niño/adolescente Niños de 12-18 meses con dificultades para comer trozos Hematemesis; anemia ferropénica
Sin signos respiratorios u ORL	Apnea patológica, cianosis; laringoespasma, episodios de muerte aparente Neumopatía recurrente (lobar derecha) Tos crónica, laringitis crónica Estridor Otitis media serosa
Sin postura anómala	Posición antálgica (torticolis) por el ascenso de líquido gástrico ácido (síndrome de Sandifer) Trastornos del sueño

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4131869>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4131869>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)