

# REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN NIÑOS

El reflujo gastroesofágico en niños es muy frecuente y representa una de las causas de consulta más comunes en pediatría. Se denomina así al pasaje del contenido gástrico ácido o alcalino al esófago, capaz de producir síntomas que van desde la simple regurgitación (ascenso de un pequeño volumen de contenido gástrico a la boca del niño después de la alimentación láctea) hasta vómitos u otros trastornos con alteración en el crecimiento y afectación del sistema respiratorio, secundaria a macro aspiraciones (el ácido produce obstrucción refleja), microaspiraciones, respuesta bronquial refleja (broncoconstricción) y espasmo laríngeo. La constante irritación del jugo gástrico sobre la mucosa esofágica ocasiona inflamación, úlceras, laceraciones y puntilleo hemorrágico entre otras cosas.

## EPIDEMIOLOGÍA

Gran cantidad de niños menores de 1 año presentan en algún grado reflujo gastroesofágico que en muchos casos no necesitan tratamiento diagnóstico ni terapéutico, pero sí el interrogatorio y el examen físico. El reflujo fisiológico no repercute en el crecimiento y desarrollo del niño y suele tratarse de un cuadro autolimitado. En el reflujo funcional los lactantes regurgitan sin causa orgánica. Existe un grupo limitado de niños que presentan reflujo patológico con signos agravantes que pueden requerir diagnóstico y tratamiento tanto médico como quirúrgico por afectar seriamente el crecimiento (el bebe no gana peso).

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en una adecuada historia clínica, interrogatorio y examen físico; requiere además estudios radiológicos con medios de contraste en vías gastrointestinales superiores como la seriada esófago-gastroduodenal, que sirve para visualizar la anatomía y constituye una de las primeras técnicas para estudiar el reflujo en lactantes. Este no es un estudio diagnóstico sino orientativo.

**pH-metría:** es un estudio con sonda para medir el pH durante 24 hs. Evalúa la magnitud y duración de los episodios del reflujo que ocurren en lactantes, no identifica el volumen del material refluído.

**Endoscopia:** se utiliza en casos específicos para definir el grado de lesión en la mucosa esofágica y tomar una biopsia para valorar la esofagitis.

**Manometría:** valora el esfínter esofágico inferior y cuerpo del esófago.

**Centellografía:** estudia la motilidad esofágica y las microaspiraciones a nivel pulmonar.

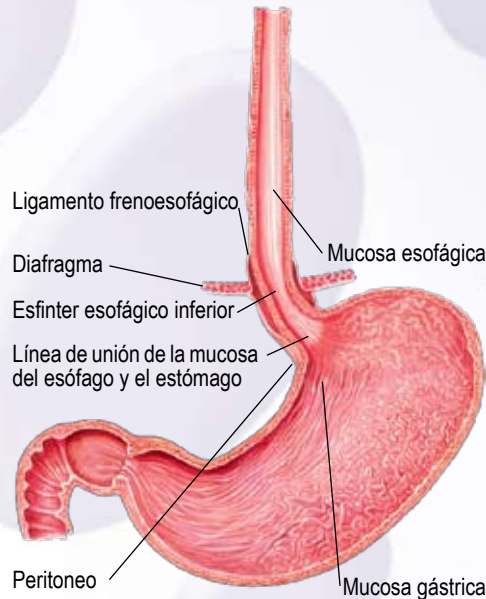
## COMPLICACIONES

Si no se realiza el diagnóstico y tratamiento adecuado pueden presentarse serias complicaciones, entre ellas mencionaremos:

- Desnutrición
- Anemia
- Broncoespasmo
- Lesiones esofágicas (inflamación, úlceras)
- Esófago de Barrett (es el reemplazo del epitelio normal del esófago por epitelio gástrico)
- Neumonía aspirativa
- Aspiración pulmonar
- Apnea (es la obstrucción de la vía aérea por laringoespasma)
- Estrechez esofágica

## CONSEJOS

- Se debe mejorar la técnica de alimentación, fraccionando la dieta, menos volumen pero más veces al día, ya que el vaciado gástrico más rápido disminuye los síntomas.
- Es importante que el niño adquiera una posición semisentada para dormir (llevar la cabecera a 30°).
- Acostarlo 30 minutos luego de la última comida.
- Evitar sobrealimentarlo.
- Sacar al niño frecuentemente al aire libre.



El factor más importante en esta enfermedad es la relajación transitoria del esfínter esofágico inferior, que permite el paso del contenido gástrico al esófago, que eleva la probabilidad de daño del epitelio por aumentar el tiempo de contacto con el agente nocivo (ácido clorhídrico). También pueden presentarse otros tipos de reflujo como el alcalino y el duodeno gástrico.

### Normal

Esfínter esofágico normal que no permite el reflujo del contenido gástrico ácido o alcalino al esófago.



### Con reflujo

En este caso el esfínter no cierra adecuadamente y se produce el reflujo gastroesofágico.



## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

No todo paciente que vomita tiene reflujo gastroesofágico.

El vómito es frecuente en los lactantes, presentándose en el 80-100% de ellos, la frecuencia e intensidad de los mismos determina la insuficiencia calórica y así la disminución de peso. Los signos y síntomas que se mencionan deben hacer sospechar de reflujo patológico y obligan a la consulta:

- Vómitos en forma frecuente
- Llanto nocturno por dolor
- Malestar luego de comer
- Estridor
- Dolor abdominal frecuente
- Rumiación
- Halitosis
- Otitis recurrentes
- Tos nocturna
- Neumonías a repetición
- Mal progreso de peso y talla

**Esofagitis:** Se evidencia con más frecuencia en niños mayores, con manifestaciones de sensaciones de quemazón, odinofagia, síntomas de dispepsia como dolor abdominal, eructos, flatulencia, sensación de plenitud post prandial, hipo y sialorrea.

**Vómitos y desnutrición:** ya que el vómito es el síntoma más frecuente en los lactantes, esto determina la insuficiencia calórica y la desnutrición en muchos casos. Hay que marcar la diferencia entre vómito y regurgitación, en ésta hay expulsión del contenido gástrico sin esfuerzo y sin náuseas, mientras que el vómito presenta esfuerzo y náuseas.

**Manifestaciones respiratorias:** es posible que algunos niños tengan reflujo y no vomiten, pero igual el contenido del estómago pasa al esófago y a la tráquea causando asma, neumonías, etc. El broncoespasmo, manifestación de la vía respiratoria baja, es consecuencia de micro y macroaspiraciones y los síntomas de afectación de la vía aérea superior son laringoespasma reflejo, estridor y apneas.

## CAUSAS

Se considera que el reflujo gastroesofágico es multifactorial y se produce principalmente por relajación transitoria del esfínter esofágico inferior y alteración de la motilidad. Presenta falta de coordinación de las fibras del músculo liso del esófago inferior, siendo incapaz de mantenerlo contraído y evitar así el paso del contenido del estómago al esófago. Esto se ve incrementado por el deficiente vaciado gástrico y las alteraciones de los movimientos esofágicos. El reflujo puede ser ácido o alcalino siendo éste el factor más agresivo, las sales biliares desconjugadas son más perjudiciales que el ácido clorhídrico del estómago, lo mismo ocurre con las nitrosamidas del duodeno. Todo esto, unido a otros factores, potencian el efecto corrosivo.

## TRATAMIENTO

Existen medicamentos que se utilizan para prevenir las complicaciones. La cirugía antireflujo se deja para casos muy extremos cuando la terapia médica fracasa. En la mayoría de los lactantes con reflujo gastroesofágico que regurgitan en el primer año de vida, los síntomas desaparecen entre los 10-24 meses. Cuando un niño presenta esta sintomatología se deberá consultar al médico.