Enfermedad del Reflujo Gastroesofágico

Blacut, Juan José[1]; Villca Roso, Sadith[2]; Rueda Ramírez, Henry[2].
[1] Docente Titular de la Cátedra de Pediatría, Facultad de Medicina. UMRPSFXCH.
[2] Médico Cirujano. Residente de Pediatría, Hospital Santa Bárbara.

PALABRA CLAVE.- Reflujo gastroesofágico no diagnosticado.

RESUMEN.-
Las regurgitaciones, aunque sean frecuentes, no suelen afectar a un lactante por otra parte normal. No obstante un pequeño porcentaje desarrolla RGE patológico. Esta patología en la infancia tiene una prevalencia de 5 a 8 por ciento, y solo la mitad tiene clínica que persiste a los 4 a 5 años, y en un 5 por ciento de estos últimos aparecen complicaciones como la Estenosis esófagica, como es el caso de nuestro paciente.

INTRODUCCIÓN.-
La ERGE es la alteración esofágica más frecuente en los niños de todas las edades. El reflujo gastroesofágico (RGE) es el movimiento retrogrado del contenido gástrico al esófago a través del esfínter esofágico inferior (EEI).El reflujo en el niño se manifiesta en los primeros meses de la vida, alcanza su punto culminante a los 4 meses y se resuelve la mayoría de las veces, hacia los 12 meses de edad, casi todos están curados a los 24 meses. Los síntomas tienden a cronificarse en los niños mayores, empeorando progresivamente y se resuelven de manera espontanea en no más de la mitad de los casos, lo que simula la sintomatología del adulto.

SINTOMATOLOGÍA.-
La mayoría de las manifestaciones clínicas de la enfermedad esofágica indican la presencia de la ERGE. El reflujo en la infancia se manifiesta mediante regurgitación (especialmente postprandial) signos de esofagitis (irritación, nauseas, asfixia, aversión a la comida) y crecimiento retardado; los síntomas desaparecen espontáneamente en la mayoría de los casos 12 – 24 meses de edad. Por el contrario en los niños mayores puede aparecer la regurgitación en los años preescolares, en la infancia tardía y en la adolescencia se quejan de dolor abdominal y torácico. La sintomatología respiratoria depende de la edad, en los niños más pequeños la ERGE se puede presentar como apnea obstructiva, como estridor o como enfermedad de las vías aéreas bajas, en cuyo caso el reflujo complica la enfermedad primaria de la vía aérea, como por ejemplo la laringomalasia o la displasia broncopulmonar. En los niños mayores las manifestaciones de las vías aéreas se relacionan frecuentemente con el asma o con enfermedades otorrinolaringológicas como sinusitis o la laringitis.

DIAGNÓSTICO.-
Además del examen físico y los antecedentes clínicos completos, los procedimientos de diagnóstico de la ERGE. Son los estudios radiológicos con contraste del esófago y de la parte superior del tracto gastrointestinal para descartar acalasia, estenosis esofágica, hernia de hiato y obstrucción intestinal. La prueba del Ph esofágico es una prueba sensible para el estudio del reflujo acido, que es la variedad más importante de reflujo patológico.
La endoscopia permite el diagnostico de esofagitis erosiva y de complicaciones tales como la estenosis o el esófago de Barrett, la laringotraquebroncoscopia valora los signos visibles de la vía aérea asociados con la ERGE extraesofágica.
La manometría esofágica tiene un valor especial en el estudio de la dismotilidad, sobre todo antes de la cirugía del reflujo.

TRATAMIENTO.-
El tratamiento de la ERGE se basa en la aplicación de medidas conservadoras y en el cambio de los hábitos de vida. Las medidas de posicionamiento son especialmente importantes, en los niños que no pueden controlar su posición ellos solos.
La fármacoterapia procura disminuir la acidez del contenido gástrico o evitar su movimiento retrogrado, y entre estos fármacos tenemos: cimetidina, ranitidina, famotidina, omeprazol, pantoprazol, metoclopramida, etc.
La cirugía, generalmente la fundoplicadura, es tratamiento eficaz para la ERGE intratable en los niños, especialmente para aquellos que presentan esofagitis refractaria o estenosis y para los que tienen un alto riesgo de morbilidad por presentar una enfermedad pulmonar crónica. Se puede asociar con una gastrostomía para alimentarse y eliminar el aire.

COMPLICACIONES DE LA ERGE.-
Entre las complicaciones se encuentra esofagitis y ésta deja secuelas como la estenosis de esófago, esófago de Barrett y adenocarcinoma.

DESCRIPCIÓN DEL CASO.-
Paciente de 2 años de edad, procedente de Turucancha, municipio de Tomina, transferido al servicio de Pediatría del Hospital Santa Bárbara de Sucre, el día 1/04/10 por presentar vómitos frecuentes, accesos de tos y disminución del peso corporal. A su ingreso consciente, facies caquéctica, pálida, piel arrugada, seca, tejido celular subcutáneo y muscular fran-

camente disminuido, hipotónicos, tórax con relieves óseos prominentes, emaciado, con palidez palmo plantar.

En cuanto a la parte psíquica, el paciente presenta retraso en el desarrollo de la marcha, el lenguaje, la relación social con su contexto; además se observa conductas ansiosas de autoagresión, evidenciadas con las escoriaciones que se observan en manos y pies, se observan conductas posesivas, agresivas, demandantes. Se relaciona con su medio mediante balbuceos, señas y gestos, logrando hacerse entender y comprende lo que el personal de salud le comunica, reconoce los objetos que son de su propiedad, no comparte sus pertenencias, no se relaciona con otros niños, disfruta de juegos didácticos solo, sin compartir.

En el transcurso del proceso terapéutico, adquiere mayor estabilidad en posición vertical, inicia marcha con ayuda, permite que el personal de salud tenga contacto.

Se da a ingerir al bebé el medio de constraste y se observa esófago dilatado en su tercio superior con diámetro transversal de 3 cm, en su tercio medio inferior se ve severamente disminuido, de calibre en un trayecto filiforme de 3.5 cm de longitud por 2 a 3 mm en su diámetro transversal, con pequeñas imágenes saculares de hasta 5 mm, en su extremo distal con diámetro de 10 mm. No se observa pasaje a estómago y duodeno por presentar 3 episodios de vómito, se sugiere realizar imágenes tardías, para evaluar el resto del tubo digestivo. (Ver Fig. 1 al 5).

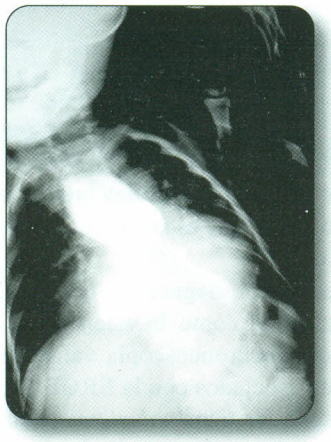

Figura 1

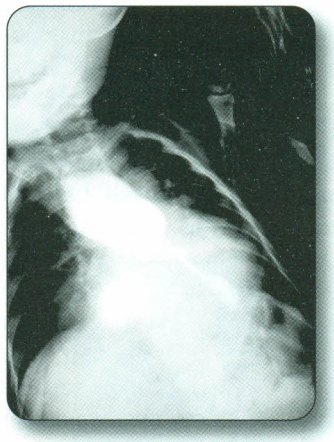

Figura 2

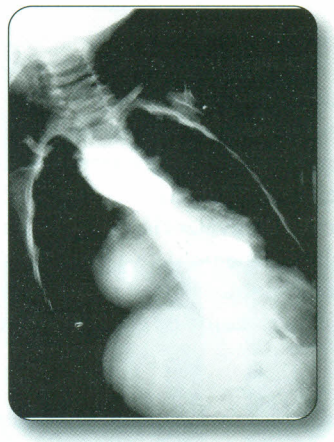

Figura 3

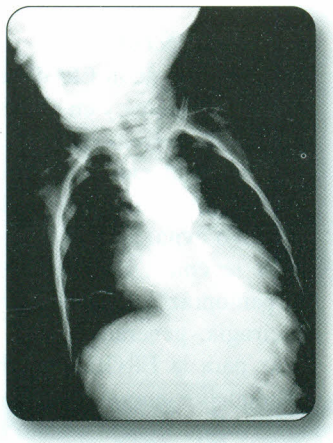

Figura 4

Figura 5

Dx.- ESTENOSIS SEVERA DE ESÓFAGO EN SU TERCIO MEDIO.
(pos reflujo gastroesofágico no diagnosticado)

DISCUSIÓN.-

La esofagitis grave y prolongada conduce a la formación de Estenosis, que generalmente se localiza en esófago distal, y produce disfagia; necesitará dilatación esofágica de manera repetida o con frecuencia: fundoplicatura de Nissen.

Si bien en las últimas décadas se ha generalizado la posición de sentado para los lactantes vomitadores, se ve que entraña un riesgo acumulado para RGE. En los niños sentados existe un aumento en la presión intraabdominal con la relajación de la barrera antireflujo.

Niño semisentado alentado por la madre para comer, es la mejor alternativa siempre.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.-

1. Cruz M. Tratado de Pediatría. Barcelona, España: Editorial Oceáno; 2007.
2. Cruz M. Compendio de Pediatría. Barcelona, España. Editorial Espax; 1998.
3. Forero J. Cuidado Intesivo Pediátrico y Neonatal. 2.a. ed. Colombia: Editorial Distribina; 2007.
4. Kirks. Radiología Pediátrica. 3.a. ed. Madrid, España: Editorial Marban; 2000.
5. Meneghello J. Pediatría en Diálogos. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2001.
6. Nelson. Tratado de Pediatría. 17.a. ed. Madrid: Elsevier; 2004.