

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

El Reflujo Gastroesofaríngeo (GER) es una condición común que afecta a niños de todas las edades, especialmente a los lactantes. Estos términos describen el retorno del ácido y la comida del estómago al esófago. Muchos niños normales y sanos tienen episodios ocasionales de reflujo, pero la enfermedad GER es diagnosticada solamente cuando el reflujo causa problemas. En ocasiones el GER está producido por una hernia hiatal.

SINTOMATOLOGIA

Algunos niños presentan muchos síntomas de GER mientras otros son oligo o monosintomáticos.

Generalmente los niños afectados de RGE presentan casi todos o alguno de estos síntomas:

- Vomitan frecuentemente
- Escupen con frecuencia; tienen erupciones acompañadas de líquidos
- Llanto repentino e inconsolable;
- Cólicos
 - Mal aliento
 - Problemas respiratorios incluyendo apnea, sofocamiento, y tos
 - Falta de sueño o despiertan frecuentemente
 - Poco aumento de peso (en los primeros meses)
 - Rechazo de comida
 - Comen o beben constantemente a causa de la garganta irritada
 - Sensación de pirosis por inflamación del esófago
 - Infecciones del oído, de los pulmones, o de los senos nasales

La gravedad del GRE dependerá fundamentalmente:

- a) del mal llamado esfínter esofágico inferior, que puede ser débil o relajarse inadecuadamente permitiendo el paso del contenido del estómago al interior del esófago.
- b) La cantidad, calidad del líquido refluído, así como del tiempo de contacto con las paredes del esófago. En lo referente a la calidad se sabe que:
 - el reflujo alcalino puede ser más nocivo que el ácido.
 - las sales biliares desconjugadas son más perjudiciales que el simple ácido clorhídrico del estómago
 - las nitrosaminas que se pueden originar en el duodeno, son también más perjudiciales para la mucosa del esófago que el ácido clorhídrico

Ello justifica que en ocasiones, en el estudio de pH esofágico en 24 h, un reflujo de período corto, induce mayores lesiones que otros más prolongados.

- c) El efecto protector o neutralizantes de la saliva y de los mecanismos defensivos de la mucosa del esófago.

La mayoría de los lactantes mejoran en el primer año, pero algunos niños sufren de GER por un tiempo considerablemente más largo.

En ocasiones el reflujo puede verse complicado por la presencia de una hernia hiatal

- TRATAMIENTO

1.- En primer lugar hay que evitar lo que pueda empeorar el RGE, tales como picantes, especias, chocolate, bebidas gaseosas, algunos fritos como pimiento frito, berenjenas fritas,

tomate frito, alimentos que entrañan la ingesta de una cierta cantidad de aceite como atún en lata; en los niños más mayores prohibir el tabaco, el café y el alcohol que también se ha demostrado inducen una disminución de la presión del mal llamado esfínter esofágico inferior.

2.- Separar el cenar del dormir un a o dos horas

3.- No forzando al niño a comer; está discutido si deben tomar pequeñas porciones frecuentemente, o bien tan solo a sus horas; en contra de la ingesta de frecuentes pequeñas porciones está el dato de la respuesta de reflujo que induce la llegada del alimento al estómago

4.- Luchar contra el sobrepeso; los obesos presentan más reflujo que los normales

5.- Dormir con la cabecera de la cama o cuna algo levantada.

6.- Pasar la mayor parte del día de pie, sentado o en brazos, minimizando al máximo el tiempo en supino.

7.- Dieta baja en grasas (ver ejemplo de dieta baja en grasas en hoja adjunta). Teniendo en cuenta que las grasas inducen una disminución de la presión del mal llamado esfínter esofágico inferior, y aumentan el tiempo de permanencia de los alimentos en el estómago (disminuyen la velocidad de vaciamiento gástrico) se debe recomendar por ello una dieta baja en grasas, no aportando más del 30 % de las calorías totales (ver hoja adjunta). Es sorprendente comprobar como la disminución del aporte de grasas en los niños, mejora enormemente el reflujo gastroesofágico, e incluso induce aumento del apetito, y mejoría de la curva ponderal, por paradójico que pueda parecer el aumento de peso tras una dieta baja en grasas.

Una opción los primeros meses de la vida es la administración de fórmulas espesadas con almidón (NIDINA AR), u otros espesantes (BLEMIL AR), que algunas poseen una cantidad de grasa en el límite inferior de lo recomendado por los comités de nutrición.

8.- Medicación como:

- Clebopride (Cleboril) a la dosis de 5 gotas por Kg de peso, repartido en tres dosis.
- Domperidona (Motilium).
- Otros medicamentos que aumentan la presión del esfínter esofágico inferior y aceleran el vaciado gástrico, son el Bethanecol y la Metoclopramida.
- En casos mas difíciles, asegurándose de la integridad del ritmo cardiaco, y de la ausencia de problemas cardiológicos, se puede administrar el Cisapride (Prepulsid)
- En ocasiones hay que asociar antiácidos tales como el inhibidor de la bomba de protones, el Omeprazol a la dosis de 1,5 a 3 mg por kg y día sin pasar de 20 mg, a administrar en una dosis, o los bloqueadores de los receptores H2 de histamina, tales como la Cimetidina, a la dosis de 20 mg por kg; el Mansal jarabe es un medicamento cómodo; 5 ml contienen 200 mg de Cimetidina .

En lo que concierne al Omeprazol, se debe administrar dentro de la cápsula; sacado fuera de la cápsula la absorción disminuye mucho; por ello hay que recurrir a hacer preparar la cantidad adecuada por el Servicio de Farmacia, y administrarlo en cápsula o calcular la dosis y darlo con yogurt que favorece la absorción.

Otro inhibidor de la bomba de protones , el Lansoprazol, se está administrando con éxito en adultos, aunque aún no se ha probado en niños.

La administración de neutralizantes del ácido clorhídrico, tales como las sales de magnesio o de aluminio, no son recomendadas en niños, por eventuales problemas renales o bien se teme que el acúmulo de aluminio en el SNC pueda producir una encefalosis, o asociarse a la aparición de la demencia senil precoz.

9.- La Cirugía está indicada si:

- el RGE es el responsable de la interrupción del peso y/o talla
- ha presentado melenas y/o hematemesis en más de una ocasión a pesar del tratamiento correcto y bien seguido
- aparece disfagia con lesiones a la esofagoscopia de esofagitis II, o III
- persistencia del reflujo, más allá de los 4 años, tras la supresión del tratamiento.

Previa a la cirugía (técnica de funduplicación de Nissen modificada o técnica de Boix-Ochoa) habrá aplicar el "score" que se comentará en la próxima conferencia, practicar siempre, un estudio del pH en 24 h y esofago-gastroscopia.

El tratamiento incorrecto del reflujo gastroesofágico, puede conducir a estenosis esofágicas, que precisen la dilatación o al esófago de Barrett, o a complicaciones francamente neoplásicas.

REFERENCIAS

Cramer T. A burning question: When do you need an antacid? *FDA Consumer* 1992; 26(1): 19-22.

Larson DE, Editor-in-chief. *Mayo Clinic Family Health Book*. New York: William Morrow and Company, Inc., 1990.

Richter JE. Why does surgery work for GERD? *Practical Gastroenterology* 1993; XVII(10): 10-18.

Sutherland JE. Gastroesophageal reflux disease: when antacids aren't enough. *Postgraduate Medicine* 1991; 89(7): 45-53.

Ramon Tormo

Miembro de la European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition
Jefe de la Unidad de Gastroenterología Infantil y Nutrición del Hospital de la Vall d' Hebron,
Barcelona