

REVISION

Actualización en RGE en pediatría

Dra. Daniela Valenzuela

Becaria APS 1º año Programa de Formación de Especialistas en Pediatría. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil. Campus Norte. Universidad de Chile

Objetivo es realizar una actualización en RGE especialmente basados en la nueva norma ministerial.

Definición: RGE se define como el paso del contenido gástrico hacia el esófago, que se puede o no acompañar de regurgitación o vómitos. Es un proceso fisiológico que ocurre varias veces al día en todas las edades pero especialmente en lactantes. Importante diferenciar de la enfermedad por RGE (ERGE) que se entiende como la condición capaz de producir lesión histológica en el esófago acompañada de síntomas como desnutrición o pobre ganancia de peso, síntomas respiratorios, disfonía crónica, laringitis a repetición y crisis de apnea (ALTE) y/o complicaciones asociadas (1).

Existen grupos de pacientes pediátricos que tienen mayor incidencia de reflujo patológico como: pacientes con enfermedades neurológicas, obesos, ciertos síndromes genéticos, atresia esofágica, enfermedades pulmonares crónicas, y pacientes con antecedentes de nacidos prematuro (3). Diagnóstico RGE: Sintomatología de RGE en pediatría es inespecífica la cual varía con la edad y patologías subyacentes (1). En RGE la presencia de regurgitaciones lácteas y/o vómitos, asociados a aspecto saludable y crecimiento adecuados nos habla de RGE fisiológico muy importante de diferenciar de la ERGE y tiene su mayor expresión entre el mes y los 6 meses de vida (2).

Estudio: El estudio radiológico de Esófago Estomago y Duodeno (EED) no constituye herramienta útil para el diagnóstico de RGE fisiológico y menos aún permite su medición, posee una sensibilidad de un 31-86% y especificidad de 12-83% asociado a una alta tasa de falsos positivos y falsos negativos por la corta duración del examen (3). Por ello no tiene indicación alguna en esta condición y recomienda no pedir de rutina.

Diagnóstico de ERGE:

1.- Esofagitis: En lactantes puede manifestarse por signos muy inespecíficos como: irritabilidad, inapetencia, o rechazo de la alimentación la cual se objetiva en deterioro de curvas de crecimiento.

En general se trata de una patología que debe ser estudiada, diagnosticada y tratada por los Gastroenterólogos.

Para el Diagnóstico se consideran fundamentales los siguientes procedimientos:

1.- Endoscopia y Biopsia de esófago, constituyen una herramienta de primera importancia en el diagnóstico de esta patología, siendo su principal respaldo de la cual no se puede prescindir.

2.- pHmetría computarizada de 24 horas, la que debe ser ejecutada por equipos de especialistas acreditados y avalados por la Rama de Gastroenterología Infantil de La SOCHIPE. La técnica deberá estar estandarizada en todos los centros acreditados. Permite establecer solo la existencia de Reflujo ácido (pH esofágico menor de 4 que se acepta como patológico). No discrimina la presencia de reflujo neutro o alcalino, este último también con connotaciones nocivas. Los estudios con imágenes radiológicas constituyen sólo una técnica complementaria, que permite el reconocimiento de malformaciones congénitas del tracto digestivo alto, o lesión anatómica como la hernia hiatal, secuelas de esofagitis tales como estenosis y úlceras esofágicas entre otras entidades.

2.- Desnutrición o pobre ganancia de peso: Esta condición requiere de un estudio acabado para descartar las verdaderas causas del mal incremento ponderal, dada la gran variedad de factores que influyen en él, desde elementos tan básicos como las técnicas de alimentación del lactante, sean lactancia natural o fórmulas lácteas, factores socioeconómicos, otras patologías; anatómicas, media ambientales, genéticas, metabólicas, etc.

En la actualidad su manejo salvo excepciones, son los pediatras generales con apoyo de especialistas, quienes deben hacerse cargo del manejo y seguimiento de estos pacientes. Requieren de cuidado materno hasta su recuperación. La licencia en estos casos debe ser extendida por el Pediatra general con apoyo de subespecialistas médicos en Nutrición o Gastroenterología y avalada con pruebas de laboratorio.

3.- Síntomas Respiratorios: Cuadros bronquiales a repetición, neumonías recurrentes, tos crónica, asma bronquial. La relación de causalidad con RGE es escasa, salvo si se demuestra aspiración de contenido gástrico a la vía aérea.

Su estudio y diagnóstico son de resorte del Pediatra especialista en enfermedades respiratorias, acreditados por la rama de Broncopulmonar Infantil de la SOCHIPE, quien deberá establecer en qué condiciones se debería otorgar licencias y su duración.

4.- Síndrome de Disfonía crónica y Laringitis a repetición:

Pueden sugerir la existencia de lesión anatómica atribuible a ERGE. Su estudio requerirá de pH metría en centros especializados y posiblemente complementación con estudio radiológico y endoscopia esofágica. Su estudio y otorgamiento de licencias son resorte de especialistas en este caso Otorrinolaringólogos y de Gastroenterólogos. El ORL deberá adjuntar informe y foto de la comisuritis posterior que es la lesión secundaria a RGE.

5.- Crisis de Apnea (ALTE). Su relación con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico se ha desvirtuado y actualmente su diagnóstico causal requiere de estudios en centros especializados dedicados al tema. (Son útiles entre otros exámenes los estudios Polisomnográficos de 24 horas).

El estudio de este cuadro normalmente se plantea a continuación de una consulta, en Servicios de Urgencia generalmente, por un episodio que impresionó como una situación de riesgo vital. Suele apreciarse en su debut antes de los 4 meses de vida. Su manejo y estrategias a seguir requieren del respaldo de especialistas en Neurología Infantil. (2).

Tratamiento: incluye

Cambios en el estilo de vida especialmente en la alimentación que incluye estimular la lactancia ya que se ha observado que en estos pacientes los episodios de RGE son más cortos que los alimentados con fórmula, sin diferencias en el número de episodios de reflujo fisiológico, también se usan espesantes que disminuyen el número de regurgitaciones mejorando la calidad de vida del paciente, sin evidencia sobre mejoría en ERGE. En cuanto al fraccionamiento lo que quiere decir disminuir el volumen de cada fórmula si disminuyen los episodios de RGE (3).

Posición: en estudio con PHmetría la posición prona disminuye la cantidad de ácido en el esófago, lo que sin embargo, está asociado con una mayor incidencia de síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) por lo que se recomienda la posición supina durante el sueño desde el nacimiento hasta los 12 meses. Se suma la recomendación que la posición decúbito lateral derecho en las primeras horas post alimentación ayuda al vaciamiento gástrico y luego debiera cambiarse a decúbito lateral izquierdo para disminuir el reflujo (1)(3). EN ADOLESCENTES: La pérdida de peso en caso de sobrepeso mejora los síntomas e índices de reflujo

La eliminación del tabaco y el alcohol mejora los síntomas. Experto recomienda la disminución de cafeína, chocolate y condimentos, asociado a no comer cerca de la hora de acostarse, La posición más indicada en este grupo es dormir decúbito lateral izquierdo con cabecera levantada.

Terapia farmacológica: **Antiácidos**, deben ser usados por cortos periodos para aliviar el dolor y la pirosis. Como efectos adversos se describe aumento de los niveles de aluminio que causaría 2º osteopenia, anemia y neurotoxicidad. **Cito protectores (sucralfato)**, sutil en esofagitis con lesiones endoscópicas. Requiere para su acción un medio ácido. Sin embargo, como es un complejo con aluminio tiene mayor riesgo de reacciones adversas.

Antagonistas de los receptores histamina-2: disminuyen la secreción gástrica inhibiendo los receptores en las células parietales gástricas, La ranitidina en dosis de 5 a 10 mg/kg/día incrementa el PH gástrico. Se describe taquifilaxia posterior a las 6 semanas, por lo cual no tiene indicación como uso crónico. Efectos adversos, cefalea, irritabilidad,

somnolencia, se describe mayor eficacia en las esofagitis moderadas que en las severas, con una tasa de curación de la esofagitis erosiva es de 60 a 70% (1)(3). **Inhibidores de la bomba de protones**, su eficacia está relacionada con su habilidad de mantener elevado el Ph gástrico por un periodo prolongado y suprime la secreción acida inducida por el alimento lo que no ocurre con los antagonistas de los receptores de histamina. Muy buena respuesta en el tratamiento de la ERGE enfermedad y en la esofagitis erosiva. Su efecto no disminuye con el tiempo. Además tienen efecto en disminuir el volumen gástrico, mejorar su vaciamiento y disminuir el volumen refluído. Su efecto puede durar hasta 4 días No existe aprobación para su uso en los menores de un año. Se describen efectos adversos que pueden ser idiosincráticos (cefalea, náuseas, constipación o diarrea), por interacción de droga-droga, por producción de hipergastrinemia (hiperplasia de las células parietales, pólipos gástricos); por hipoclorhidria (mayor frecuencia de neumonía adquirida, candidemia, gastroenteritis, enterocolitis en pre términos). **Procinéticos**, Según las recientes revisiones no hay evidencia sustantiva que justifique el uso de procinéticos, sumados a los efectos colaterales que estos tienen. Se incluye domperidona, metoclopramida, baclofen, eritromicina y cisaprida (1) (3).

Cirugía: La cirugía anti reflujo puede ser beneficiosa en aquellos niños con ERGE

confirmada en que ha habido fracaso de la terapia médica óptima o en niños que dependen de esta por largo tiempo; cuando no hay adherencia al tratamiento o en complicaciones que comprometan la vida; también está indicada en pacientes neurológicos, o en aquellos casos en que se realiza junto a gastrostomía, también se benefician los pacientes asmáticos y aspiración pulmonar recurrente relacionada con el reflujo. Es importante explicar a la familia sobre las complicaciones de la cirugía y la posible recurrencia de los síntomas

Referencias

1. Yvan Vandenplas, Colin D. Rudolphz, Carlo Di Lorenzo, et al Pediatric Gastro esophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 2009 49: 498-547.
2. Guía referencial para la evaluación de licencias otorgadas por reflujo gastroesofágico:
<http://www.sochipe.cl/nueva/html/e-s-consensos-tema.htm#gastro>
(poner link).
3. Revisión Doctora Toledo.