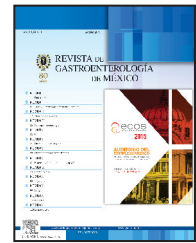


REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



PEDIATRÍA

Enfermedades del esófago en pediatría

J. A. Madrazo-de la Garza

Universidad Nacional Autónoma de México

Recibido el 1 de junio de 2015; aceptado el 12 de junio de 2015

El paciente pediátrico sufre una gran variedad de patologías esofágicas; las más frecuentes son la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) de origen primario o la relacionada con alergias alimentarias como la esofagitis eosinofílica, los trastornos motores como la acalasia y las complicaciones de la ERGE como el esófago de Barrett.

El conocimiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico ha evolucionado rápidamente; estudios de investigación recientes se han enfocado en las manifestaciones extraesofágicas de los niños que no se podían estudiar objetivamente en el pasado. La impedancia-pHmetría (IIE-pH) es el estándar de oro para el diagnóstico de la ERGE; esta herramienta disponible en los últimos años nos ha abierto la posibilidad de entender la fisiopatología de la ERGE y sus complicaciones. Los investigadores en el área han utilizado la IIE-pH para responder preguntas que en el pasado sólo se intuían por la clínica y por recursos de diagnóstico indirectos. Un ejemplo trascendente fue el conocer que el material de reflujo gastroesofágico (RGE) no ácido es capaz de ocasionar enfermedad en los recién nacidos y lactantes con frecuencia similar que el reflujo ácido. Sabemos que el lactante menor se alimenta cada 3 a 4 h con leche que tiene un pH neutro, lo que dificulta la acidificación gástrica. Este hecho no explicaba del todo la hipótesis de no ácido no enfermedad y en consecuencia atrajo la interrogante sobre la utilización de los fármacos bloqueadores de la síntesis de ácido en estas edades.

Los eventos graves que ponen en riesgo la vida de recién nacidos o lactantes: apneas, bradicardias, cianosis, etc., se

han estudiado con mayor precisión con la IIE-pHmetría de manera simultánea con polisomnográficos del sueño. Al contrario de las hipótesis del pasado, estos eventos se asocian con baja frecuencia a la ERGE y por lo tanto la indicación de cirugía antirreflujo de urgencia en estos pacientes ha perdido peso.

En el último año se siguen presentando nuevos trabajos de investigación relacionados con esta área, los más relevantes de los cuales discutiremos a continuación.

Se estudió de manera retrospectiva la relación entre los patrones de ERGE ácido y no ácido con esofagitis en un grupo de pacientes argentinos, y lo que se encontró es que ambos patrones se relacionan con esofagitis de manera significativa, con mayor frecuencia los eventos no ácidos que dieron lugar a la especulación por parte de los autores de la indicación indiscriminada de inhibidores de bomba de protones.¹

La pepsina se produce en el estómago y su presencia en saliva diagnóstica ERGE hasta la cavidad oral. En un trabajo comparativo del Hospital de Niños de Boston se estudió la sensibilidad y especificidad de la medición de pepsina en saliva para patología respiratoria secundaria a ERGE en pacientes con tos crónica. Comparada con IIE-pH, la pepsina en saliva o en líquido de aspirado bronquial demostró poca utilidad para sustituir los estudios invasivos (Tabla 1).

No hubo diferencias significativas en la positividad o negatividad de pepsina con lipófagos en aspirado traqueal, calidad de vida e índices de síntomas o de RGE. Los autores concluyen que la pepsina salival es útil para el diagnóstico de ERGE, pero no para patología respiratoria.²

Tabla 1.

	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
Pepsina (+) vs. IIE	29%	66%	17%	79%
Pepsina (+) vs. pHmetría	25%	63%	25%	63%

El mismo grupo de investigadores exploró mediante IIE-pHmetría la relación entre las erosiones dentales por ERGE y la presencia de ERGE ácido y no ácido en niños sometidos a tratamiento antiácido. Encontraron que solamente el reflujo ácido se asociaba significativamente con las erosiones dentales.³

Usando IIE-pHmetría se exploró la posibilidad de eventos de ERGE asociados con el despertar nocturno en pacientes pediátricos. Se utilizó un dispositivo que mide la actividad (*actygraphy*) colocado en la muñeca del paciente y se sincronizó con el sistema de IIE-pH. La muestra fue de siete pacientes, en quienes se encontró que más de 80% de los eventos de RGE ocurrió durante la vigilia y en posición erecta; 4.5% de los eventos se asoció con el despertar nocturno, 86% de estos eventos de RGE fue precedido por despertar nocturno y 14 % ocurrió antes del despertar. Los autores concluyen que el sistema de actigrafía sincronizado con IIE-pHmetría es una herramienta útil para el estudio del insomnio asociado con la ERGE.⁴

En los primeros 6 meses de vida el lactante puede manifestar regurgitaciones y vómitos como parte de su fisiología, condición que se califica como RGE fisiológico. Sin embargo, el médico de primer contacto ha confundido lo fisiológico con la enfermedad y ha prescrito fármacos sin indicación terapéutica formal. En el Reino Unido se llevó a cabo una revisión de expedientes de pacientes diagnosticados y tratados como ERGE. El objetivo de esta revisión fue analizar las prácticas médicas de la comunidad enfocado en la distinción entre RGE y ERGE. Las variables a analizar fueron diagnóstico, cuadro clínico, tratamiento y si los criterios diagnósticos fueron acordes a los de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN). Los autores encontraron que hubo una discordancia significativa entre el diagnóstico de RGE plasmado en el expediente en 100% de los casos revisados y la presencia de un cuadro clínico sugestivo de ERGE en todos los casos. El 10% de los pacientes tuvo crecimientos lento y 66% irritabilidad. Sorpresivamente, a 91% se le administró tratamiento farmacológico con anti-secretores de ácido. Los autores concluyen que en el Reino Unido aún hay confusión en los criterios diagnósticos de RGE y ERGE.⁵

Para analizar si el empleo creciente de inhibidores de la bomba de protones (IBP) en lactantes es la correcta, en Europa se llevó a cabo una revisión sistematizada de cinco ensayos clínicos que incluyeron a 430 lactantes con llanto e irritabilidad por supuesta ERGE. Compararon IBP con placebo. Los resultados demostraron que algunos estudios reportaron beneficios en la disminución del llanto e irritabilidad pero sin diferencias significativas con el grupo control. Por lo tanto los autores concluyeron que los IBP no son efectivos en el tratamiento del llanto y la irritabilidad.⁶

El baclofen, medicamento derivado del ácido gamma-amino butírico, se utiliza para disminuir la espasticidad en pacientes con daño neurológico. Estos pacientes con frecuencia cursan con alteraciones motoras del tubo digestivo, incluyendo ERGE. Se ha encontrado que el baclofen disminuye la frecuencia de las relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior, relajaciones que participan como parte importante en la fisiopatología de la ERGE. En Turquía se llevó a cabo un estudio observacional con dos grupos de pacientes con daño neurológico y alteraciones en la alimentación. El grupo 1 recibía baclofen y el grupo 2 no. Se les realizó pHmetría de 24 h sin encontrar diferencias significativas para ERGE ácida entre los grupos. Los autores concluyen que en pacientes neurológicos el baclofen no tiene efecto antirreflujo significativo. Otras variables como RGE no ácido, presencia de hernia hiatal y otros trastornos motores no fueron explorados y pudieran haber afectado esta falta de respuesta.⁷

Otros padecimientos esofágicos en los niños han interesado a los investigadores clínicos. Los trastornos eosinofílicos del esófago, frecuentes en Europa y Norteamérica, se ven cada vez más en México y esto se refleja en algunos reportes. Durante la presentación oral también discutiremos otros trabajos como trastornos motores y mecánicos del esófago en pediatría.

Financiamiento

No se recibió financiamiento para la elaboración de este trabajo.

Conflicto de intereses

El autor no tiene ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Cohen J, Donato G, Reynoso V, et al. Is Acid or No Acid the Culprit of Reflux Esophagitis? Sesión de carteles presentada en: ESPGHAN; 2015 mayo 6-9. Amsterdam, Hol. G-0127.
2. Dy FJ, Amirault J, Rosen R. Sensitivity and Especificity of Salivary Pepsin Compared to Intraluminal Multichannel Impedance and pH-metry in Children with Respiratory Symptoms. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2015 mayo 16-19. Washington, DC. Su1158.
3. Ganesh M, Hertzberg A, Needleman H, et al. Acid Reflux Burden Is a Predictor of Dental Enamel Abnormalities. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2015 mayo 16-19. Washington, DC. Su1162.

4. Ganesh M, Rosen RL, Kathwa U, et al. Relationship between Gastroesophageal Reflux with Awakenings During Asleep. Sesión de carteles presentada en: DDW; 2015 mayo 16-19. Washington, DC. Su1163.
5. Belitsi S, Varguese A. Management of Gastroesophageal Reflux in Infants. Current Practice in Diagnosis and Treatment in a UK District Hospital. Sesión de carteles presentada en: ESPGHAN 2015; mayo 6-9. Ámsterdam, Hol. PO-G-0140.
6. Gieruszczac-Vialek D, Konarzka Z, Skorcka gata, Vandenplas I, Shajweska H. No Effect of Proton Pump Inhibitors on Crying and Irritability in Infants: Sistematic Review of Controlled Trials. Sesión de carteles presentada en: ESPGHAN 2015; mayo 6-9. Ámsterdam, Hol. PO-G-0135.
7. Gokce S, Guler S, Cermik B, Iscan A, That B, Yuksel A. Effect of Baclofen on Gastroesophageal Acid Reflux in Neurologically Handicapped Children. Sesión de carteles presentada en: ESPGHAN 2015; mayo 6-9. Ámsterdam, Hol. PO-G-0157.