

REFLUJO GASTROESOFAGICO. ESTUDIO DE 100 CASOS

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE CENTRO HABANA

Dr. Eladio Blanco Rabassa, Dr. Julio Castellanos Calá,** Dr. Jorge García Arotzarena,** Dr. Gregorio Martínez Martínez*** y Dr. Rinaldo Puga*****

Se informa de un estudio realizado a 100 niños diagnosticados de reflujo gastroesofágico, según la clasificación de Silverman y Roy. El objetivo de esta información es brindar nuestra experiencia en el manejo de esta entidad, la importancia del diagnóstico precoz, el tratamiento médico (dietético, postural y medicamentoso), así como el estado nutricional de los pacientes y las afecciones más frecuentemente asociadas.

INTRODUCCION

El reflujo gastroesofágico se define como una disfunción del esófago distal que ¹⁻³ causa retorno frecuente del contenido gástrico hacia el esófago. Puede ocurrir en todos los grupos en edad pediátrica, en la mayoría sin síntomas asociados, los que están en dependencia de la frecuencia, la duración, el tipo de material y la disminución de la capacidad intrínseca del esófago, para tolerar el ataque de la pepsina, el ácido clorhídrico y los ácidos biliares. ⁴⁻⁶

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron 100 pacientes con el diagnóstico de reflujo gastroesofágico atendidos en la consulta de Gastroenterología del Hospital Pediátrico Docente de Centro Habana, en el período comprendido entre febrero de 1985 y febrero de 1987, con edades entre 1 mes y 4 meses, excepto 6 pacientes mayores de 4 años.

El diagnóstico se basó en el examen radiográfico contrastado, con control televisado y técnica especial para reflujo y se clasificó en grados, según Silverman y Roy.¹

* Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular de Pediatría.

** Especialista de II Grado en Radiología.

*** Especialista de I Grado en Pediatría.

**** Residente de 3er. año en Pediatría.

Se les realizó el estudio radiográfico evolutivo a los 6, a los 12 ó a los 24 meses, en dependencia del cuadro clínico de cada paciente.

Otros medios diagnósticos (endoscopia, manometría y pHmetría, así como la ^{7,8}escintigrafía gastroesofágica) no fueron utilizados en nuestro trabajo.

RESULTADOS Y DISCUSION

En cuanto a la distribución según el sexo, del total de los niños estudiados, 52 correspondieron al sexo masculino y 48 al sexo femenino, lo cual coincide con los estudios de Carcassone y Hillemeier,^{9,10} que no encontraron predominio significativo para el sexo.

La edad de comienzo de los síntomas se presentó de la siguiente forma: en 89 pacientes los síntomas aparecieron antes de los 6 meses de edad; en 7, entre los 6 meses y 1 año, 1 antes del segundo año y 3 después de los 4 años de edad; el mayor predominio de aparición de los síntomas antes de los 6 meses, se corresponde con la literatura médica revisada al respecto.^{1,3,4,9,10}

Con respecto a la edad en que se realizó el diagnóstico del reflujo, se demostró la enfermedad en 77 pacientes antes del año de edad; entre el primero y el segundo año de edad, en 10 pacientes; entre 2 y 4 años, 8 pacientes y 5, mayores de 4 años. Señalamos como importante la diferencia entre la edad de comienzo de los síntomas y la edad al diagnosticarse la enfermedad.

De los pacientes según el grado de reflujo se expresa que no tenemos referencias de estudios realizados, con la utilización de la clasificación de Silverman y Roy. En nuestro estudio se presentó el reflujo de grado III en 43 pacientes, como se muestra en la tabla 1.

TABLA 1. Pacientes según el grado del reflujo gastroesofágico

Grados del reflujo	No. de pacientes
Grado I: reflujo hacia el esófago distal	18
Grado II: reflujo por encima de la carina	19
Grado III: reflujo hasta el esófago cervical	43
Grado IV: reflujo libre con el esfínter esofágico inferior ampliamente patente	18
Grado V: reflujo con broncoaspiración	2
Total	100

Nota: Clasificación según Silvermann y Roy.

Fuente: Historias clínicas del Hospital Pediátrico Docente Centro Habana.

La valoración nutricional de los pacientes estudiados se utilizó para clasificarlos, según las tablas por percentiles de Jordán et al. En nuestros pacientes, 80 eran eutróficos, 9 delgados y 8 desnutridos.

Otros autores como Herbst,⁴ Carré³ y Carcassone⁹ señalan un fracaso en el desarrollo pondoestatural de los niños con la enfermedad. Nuestros resultados se exponen en la tabla 2.

TABLA 2. Valoración nutricional de los pacientes estudiados

Estado nutricional	No. de pacientes
Desnutridos	8
Delgados	9
Eutróficos	80
Sobrepesos	2
Obesos	1
Total	100

Nota: Según tablas de Jordán et al.

Fuente: Historias clínicas del Hospital Pediátrico Docente Centro Habana.

AFECCIONES ASOCIADAS

Las enfermedades respiratorias (asma bronquial, bronquitis, neumopatías repetidas) y la hernia hiatal, se señalan como de alta incidencia asociadas al reflujo gastroesofágico,^{1,3,4,7-17} lo que se corrobora en nuestro trabajo.

Herbst⁴ plantea que ciertos pacientes pediátricos son propensos a tener reflujo gastroesofágico; entre ellos, los que padecen de malformaciones congénitas y de trastornos neurológicos, como encefalopatías crónicas y síndrome de Down.

Nosotros hallamos el 5 % de malformaciones crónicas y el 7 % con trastornos neurológicos asociados.

No encontramos referencias asociadas con afecciones tales como: sepsis urinaria (frecuente en nuestra muestra), reflujo vesicoureteral y prematuridad; estos resultados aparecen en la tabla 3.

TRATAMIENTO

Consistió en 3 medidas fundamentales:

1. Tratamiento dietético: imponer una dieta de consistencia aumentada.
2. Tratamiento postural: mantener al paciente incorporado por espacio de 45 minutos a una hora, después de haber ingerido los alimentos, y poste-

riormente acostarlo en decúbito prono con la cuna elevada por la cabeza en un ángulo de 30°.

3. Tratamiento medicamentoso:

- a) Suministrar antiácidos y drogas que inhiben la secreción del jugo gástrico.
- b) Administrar drogas que aumentan el tono del esfínter esofágico inferior (metoclopramida).

En la mayoría de los pacientes se decidió aplicar las 3 medidas simultáneamente como preconizan la mayoría de los autores consultados.^{1,4,12,18,19}

TABLA 3. Afecciones asociadas con el reflujo gastroesofágico

Afecciones	No.
Respiratorias	18
Neurológicas	7
Hernia hiatal	17
Sepsis urinaria	22
Reflujo vesicoureteral	6
Prematuridad	13
Malformaciones	5

Fuente: Historias clínicas del Hospital Pediátrico Docente Centro Habana.

EVOLUCION DE LOS PACIENTES

La tabla 4 relaciona la evolución de nuestra casuística, donde se demuestra la mejoría clínica experimentada, con el tratamiento ya señalado de estos pacientes. Ninguno requirió operación, a diferencia de los que preconizan el tratamiento quirúrgico como solución de esta entidad.

TABLA 4. Evolución de los pacientes

Evolución	No. de pacientes
Curados (clínica y radiográficamente)	27
Mejorados clínicamente	72
Mejorados radiográficamente	9
Iguales radiográficamente	4
Iguales (clínica y radiográficamente)	1
Requirieron tratamiento quirúrgico	0

Fuente: Historias clínicas del Hospital Pediátrico Docente Centro Habana.

SUMMARY

This paper reports a study of 100 children with a diagnosis of gastroesophageal reflux, according to Silverman and Roy classification. The purpose of this information is to provide our experience in the management of this entity, the significance of early diagnosis, medical treatment (dietary, postural, and drug therapy), as well as the nutritional status of patients and the most frequently associated disorders.

RESUME

Il s'agit d'une étude réalisée sur 100 enfants avec le diagnostic de reflux gastro-oesophagien, suivant la classification de Silverman et de Roy. Le but de ce travail est d'apporter notre expérience sur la conduite à tenir face à cette entité, de signaler l'importance du diagnostic précoce, le traitement médical (diététique, postural et médicamenteux), ainsi que l'état nutritionnel des malades et les affections les plus fréquemment associées.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. SILVERMAN, A.; ROY, CLAUDE: Gastroesophageal reflux. *Ped Clin Gastroent* 3ra. ed. Ed. CV Mosby Company, 1983. Pp. 144-156.
2. ROBINSON, N. G.: Management of Esophageal Reflux Disease. *Am J Med* 77: 106, 1984.
3. CARRE, J. J.: Clinical significance of Gastroesophageal Reflux. *Arch Dis Child* 59: 911, 1984.
4. HERBST, J. J.; W. F. MEYERS: Gastroesophageal Reflux in Children. *Adv Pediatr* 28: 159, 1981.
5. MOROZ, S. ET AL.: Lower esophageal sphincter function in children -with or without gastroesophageal reflux. *Gastroenterology* 71: 236, 1976.
6. ONDDS, W. J. ET AL.: Pathogenesis of reflux esophagitis. *Gastroenterology* 81: 376, 1981.
7. BOUVARD, G. ET AL.: Gastroesophageal scintigraphy in gastroesophageal reflux. Comparative study with manometry and shortteran PH metry. *J Biophys Biomed* 9: 206, 1985.
8. PEGRAND, J. ET AL.: Esophagogastric cinescintigraphy and postural treatment of gastroesophageal reflux in the infant. *J Biophys Biomed* 217, 1985.
9. CARCASSONE, M. ET AL.: The management of gastroesophageal reflux in infants. *J Pediatr Surg* 8: 575, 1973.
10. HILLEMEIER, A. C. ET AL.: Delayed gastric Emptying in infants with gastroesophageal reflux. *J Pediatr* 98: 190, 1981.
11. WERLIN, S. L.; W. J. DODDS: Mechanisms of gastroesophageal reflux in children. *J Pediatr* 97: 244, 1980.
12. HERBST, J. J.: Gastroesophageal Reflux. *J Pediatr* 98: 859, 1981.
13. LEUNG, A. K.; P. C. LAI: Use of Metoclopramide for the treatment of gastroesophageal reflux in infants and children. *Curr Ther Res* 36: 911, 1984.
14. ALBIBI; R. W. MECALLUM: Metoclopramide Pharmacology and clinical application. *Ann Intern Med* 86: 98, 1983.
15. GRYBOSKI, J.; W. A. WALKER: Problemas gastrointestinales en el lactante. 2da. ed. Buenos Aires, Editora Médica Panamericana. Pp. 158-199.
16. SHUNB, M. D. ET AL.: Esophagitis: A frequent consequence of gastroesophageal reflux in infancy. *J Pediatr* 107: 881, 1985.

17. BARICH, C. F. ET AL.: Gastroesophageal reflux. Arch Intern Med 145: 198, 1985.
18. MELVILLE, R. J. ET AL.: Effect of Cimetidine on gastric secretion and duodenogastric reflux. Gut 26: 766, 1985.
19. MEYER, W. F.; J. J. HERBST: Effectiveness of positioning therapy for gastroesophageal reflux. Pediatr 69: 768, 1982.

Recibido: 28 de abril de 1988. Aprobado: 3 de junio de 1988.

Prof. Eladio Blanco Rabassa. Hospital Pediátrico Docente de Centro Habana, Benjumeda y Morales, Ciudad de La Habana, 10300.