



ESÓFAGO

ERGE en pediatría

J. A. Chávez-Barrera

Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza", Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social

Recibido el 26 de mayo de 2017; aceptado el 14 de junio de 2017

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un motivo de consulta frecuente para el pediatra y de referencia al gastroenterólogo pediatra. Afecta a cerca de 15% de los niños de 0 a 17 años¹ y genera un deterioro en su calidad de vida y la de sus familias.²

Durante el congreso ESPGHAN se presentó el trabajo de Moretti y colaboradores,³ los cuales evaluaron si los síntomas o el cuestionario de síntomas para ERGE pueden predecir el resultado de la pH-metría-impedancia en lactantes. Analizaron a 104 lactantes con edad promedio de 4 meses que fueron sometidos a pH-metría-impedancia ante síntomas de ERGE. Se aplicó el cuestionario de síntomas I-GERQ-R (valor normal < 16) y se estableció sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo del instrumento vs. pH-metría-impedancia. Los resultados mostraron que el cuestionario fue incapaz de determinar registros patológicos en 46 de los 88 pacientes y fue positivo para ERGE en 6 de 16 pacientes con pH-metría-impedancia normal. El valor predictivo positivo fue de 48% y el negativo de 56%. El estudio confirma que la sintomatología no puede predecir el resultado de pH-metría-impedancia en este grupo de edad.

Tanto la ERGE como la obesidad se documentan como dos de los padecimientos que afectan de forma más frecuente a la población infantil.⁴⁻⁶ Quitadamo y colaboradores⁷ estudiaron a 113 niños atendidos en clínicas de obesidad, a quienes aplicaron tres diferentes cuestionarios: el primero relacionado con la presencia de síntomas de ERGE, el segundo para determinar la asociación posible con otros trastornos funcionales digestivos y el tercero, de calidad de vida tanto de los pacientes como de sus padres. Veinte pacientes obesos seleccionados aleatoriamente reportaban síntomas de ERGE. A 20 sin síntomas de ERGE se les practicó prueba de aliento con ácido octanoico con C13 para determinar el vaciamiento gástrico. En los pacientes sintomáticos se realizó pH-metría-impedancia. Se incluyeron niños no obesos asintomáticos con fines de comparación para los estudios no invasivos de ácido octanoico C13 y cuestionarios: 38.9% de los niños obesos presentó sintomatología de ERGE, con índice de reflujo promedio de 14.6% y no hubo diferencias en el tiempo de vaciamiento gástrico. Los pacientes obesos con sintomatología de ERGE presentaron mayor comorbilidad con otros trastornos funcionales como constipación funcional y síndrome de intestino irritable. Los pacientes obesos (sintomáticos y no

Correspondencia de Autor: Jacarandas y Vallejo s/n, Col. La Raza, Delegación Azcapotzalco, Ciudad de México, México. C. P. 02990. Teléfono: 5724-5900, ext. 23520. Correo electrónico: jach27169@hotmail.com (J. A. Chávez-Barrera)

sintomáticos) tuvieron peor calidad de vida que los no obesos. De acuerdo con estos resultados, la obesidad no parece modificar el vaciamiento gástrico y se reitera su conocida asociación con los trastornos funcionales del aparato digestivo.⁸

Salvatore y colaboradores,⁹ con el fin de detectar la eficacia del alginato en el tratamiento de lactantes con ERGE evaluado por pH-metría-impedancia, analizaron a 43 lactantes con edad promedio de 68 días con sintomatología asociada con ERGE como apnea, llanto, irritabilidad persistente, eventos de amenaza aparente a la vida o tos sin aparente respuesta favorable a manejo dietético o médico. Se realizó pH-metría-impedancia de 48 horas, de las que las primeras 24 se manejaron sin tratamiento y las segundas, suplementando alginato a razón de 1 ml/kg/día distribuido entre el número de tomas de alimento. Se consideró como mejoría la reducción $\geq 10\%$ en ≥ 1 de los siguientes parámetros: 1. número total y proximal de eventos de reflujo y 2. porcentaje del índice de reflujo ácido o no ácido. Se realizó comparación de valores promedio y número de síntomas durante el estudio. Sus resultados mostraron una mejoría en 75% de los casos en el periodo de recepción del fármaco. El alginato redujo significativamente ($p < 0.05$) el número de reflujos totales, el número de episodios de reflujo ácido y no ácido, el reflujo gastroesofágico proximal y los episodios de llanto e irritabilidad.

El edema y el eritema laríngeos secundarios a reflujo laringofaríngeo se reportan cada vez con mayor frecuencia en la edad pediátrica⁴ sin que existan síntomas o signos típicos y con uso frecuente de inhibidores de bomba de protones. Rota y colaboradores¹⁰ presentaron un trabajo que busca evaluar la eficiencia del alginato en la inflamación laríngea de niños con ERGE. Realizaron un estudio prospectivo, abierto y controlado con 44 niños, con edad media de 9 meses, que mostraban síntomas como apneas recurrentes y regurgitaciones. Practicaron laringoscopia a los 12 meses. Doce pacientes contaban con pH-metría-impedancia. El hallazgo laringoscópico más frecuente fue eritema y edema de aritenoides. Se administró alginato a 1 ml/kg/día por dicho periodo de tiempo a 36 niños; el otro grupo no recibió manejo farmacológico. Se evaluó evolución sintomática y laringoscópica. Los hallazgos reportaron que los pacientes que recibían alginato tuvieron mejoría significativa en ambos parámetros ($p = 0.00007$). Los autores sugieren que el alginato puede ser una opción útil en dicha manifestación extradigestiva.

La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) es un procedimiento cada vez más utilizado en pediatría para mantener un adecuado estado nutricional en diferentes padecimientos. En estudios previos se ha documentado que la alimentación por esta vía puede intensificar la sintomatología de la ERGE. Hasta el momento no es claro qué pacientes pueden requerir la realización de una funduplicatura posterior a la colocación de la GEP. Ercoli y colaboradores¹¹ realizaron un estudio retrospectivo en 224 pacientes sometidos a GEP en un lapso de 15 años. Determinaron si edad de colocación, género, enfermedad primaria, indicación, síntomas de ERGE previos y posteriores al uso de la GEP así como los hallazgos endoscópicos podían relacionarse con la necesidad de realizar funduplicatura posteriormente. Dentro de los hallazgos encontrados, la única correlación positiva para requerir la realización de funduplicatura fue la de los pacientes que

iniciaron sintomatología de ERGE posterior a la GEP. Lo anterior muestra que aún no es posible determinar con claridad qué tipo de pacientes pueden presentar un incremento de su sintomatología después de la colocación de GEP y eventualmente requerir manejo quirúrgico de la ERGE.

Financiamiento

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este trabajo.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de interés por la realización de este trabajo.

Referencias

1. Martigne L, Delaage PM, Thomas-Deleucourt F, et al. Prevalence and management of gastroesophageal reflux disease in children and adolescents: a nationwide cross-sectional observational study. *Eur J Pediatr* 2012;171:1767-73.
2. Kleinman L, Nelson S, Khotari-Talwar S, et al. Development and psychometric evaluation of two-age stratified versions of Pediatric GERD Symptom and Quality of Life Questionnaire. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011;52:514-22.
3. Moreti A, Armano C, Fumagalli L, et al. Can symptoms and questionnaire the result of esophageal pH-impedance (MII-pH) in infants? Sesión de carteles presentada en ESPGHAN; 2017 mayo 10-13; Praga, República Checa. G-P-195.
4. Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, et al. North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition; European Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition (ESPGHAN). Pediatric gastroesophageal 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). *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;49:498-547.
5. Tremblay MS, Williams JD. Secular trends in the body mass index of Canadian children. *CMAJ* 2001;164:970.
6. Quitadamo P, Buonavolonta R, Miele E, et al. Total and abdominal obesity are risk for gastroesophageal reflux symptoms in children. *JPGN* 2012;55:72-75. Sesión de carteles presentada en ESPGHAN; 2017 mayo 10-13; Praga, República Checa.
7. Quitadamo P, Zenzeri L, Schiano di Cola R, et al. Gastric emptying time, esophageal pH-impedance parameters, quality of life and gastrointestinal comorbidity in obese children and adolescents. Sesión de carteles presentada en ESPGHAN; 2017 mayo 10-13; Praga, República Checa. G-P-188.
8. Phatak UP, Pashankar D. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in obese and overweight children. *Int J Obesity* 2014;38:1324-27.
9. Salvatore S, Ripepi A, Huysentruit K, et al. Efficacy of alginate in infants with gastroesophageal reflux (GER) by esophageal impedance. Sesión de carteles presentada en ESPGHAN; 2017 mayo 10-13; Praga, República Checa. G-P-193.
10. Rota E, Macchi F, Ripepi A, et al. Alginate efficacy in laryngeal inflammation in children. Sesión de carteles presentada en ESPGHAN; 2017 mayo 10-13; Praga, República Checa. G-P-194.
11. Ercoli P, Ruiz C, García B, et al. Need of antireflux surgery after percutaneous endoscopic gastrostomy in children. Sesión de carteles presentada en ESPGHAN; 2017 mayo 10-13; Praga, República Checa. G-P-164.