



A propósito de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (EPRGE)

Pablo Damián-Adan, Eloina Matzumura Maturana

Señor Editor:

Hemos leído con particular interés el artículo del Dr. Beltrán Bown,¹ acerca del «Reflujo gastroesofágico en los niños». Coincidimos con el autor en que este problema se manifiesta en casi 100% de los seres humanos con distintos grados de intensidad clínica, ya sea en la etapa perinatal o en el transcurso de la vida. Aun cuando el Dr. Beltrán señala algunos aspectos clínicos quisiéramos hacer énfasis en ellos y en resaltar los errores y omisiones que con frecuencia cometemos los médicos, en el diagnóstico y tratamiento de estos enfermos.

Los síntomas y signos de esta enfermedad se presentan de acuerdo a cierto ritmo y periodicidad; varían cuantitativamente y están estrechamente relacionadas con cada etapa de la vida. Son muchos los signos, síntomas y síndromes con los que se manifiesta esta enfermedad. Con frecuencia se les considera independientes y aislados por lo que se minimiza, confunde o soslaya su importancia y llegan a considerarse «normales». Sólo cuando es mucha la intensidad de las manifestaciones, éstas son tomadas en cuenta; como están sujetas a ciertos ritmos y periodicidad, las molestias disminuyen hasta casi desaparecer y esto acontece con o sin la intervención del médico o los familiares, aunque pareciera que esto sucede con el auxilio del «con».

Hay que diferenciar las causas de los efectos; ¡cuidado! en esta enfermedad prevalecen mitos. Por la incompetencia del esfínter inferior del esófago hay reflujo que se manifiesta por vómito, eructo y rumiación. El contenido del estómago sube e inflama («itis») químicamente al esófago, ¿después se irritan el estómago y el duodeno?. A partir del reflujo y de la inflamación se desencadenan las molestias digestivas y respiratorias; individualmente se singulariza la respuesta.

No se puede clasificar a la EPRGE en aguda o crónica ¡dura toda la vida! En los no controlados hay manifestaciones a veces ruidosas, otras con sordina o embozadas; la búsqueda intencionada demostrará la actividad, y el manejo médico y/o quirúrgico la inactivará.

Si no se trata adecuadamente, o si no se da el seguimiento correcto, aparecerán las complicaciones y se exacerbarán las molestias que, polimorfas, despistarán al médico. Para comprobar ésta, debe estudiarse la relación que pueda haber con la EPRGE y en los susceptibles, las siguientes entidades patológicas: a) asma, b) várices en safenas y en plexo hemorroidario, c) cáncer gástrico, duodenal y colónico, y d) otras, por ejemplo, apendicitis e infección de las vías urinarias.

El pediatra debe pensar en la enfermedad por reflujo gastroesofágico y en todos sus pacientes tratar de confirmarla o descartarla. Dado el polimorfismo de las señales debe aguzar sus sentidos y recordar que tienen ritmo y periodicidad. Se apoyará en los procedimientos auxiliares para el diagnóstico: coproparasitoscópico, coprocultivo, examen general de orina, serie esófago-gastro-duodenal y, si fuera necesario, endoscopia con biopsia. En los niños las indicaciones generales son:

1. Que duerma y descanse semisentado, día y noche, de preferencia en una silla de posición variable.
2. Evitar el exceso de alimentos secantes del excremento o con mucho residuo.
Ofrecerle agua: si la necesita el niño la tomará.
3. Que expulse las heces cuando menos dos veces al día. Romper el espasmo del esfínter anal estimulando con supositorios de glicerina, la foseta y/o el esfínter a través de la mucosa. No usar los supositorios como dilatadores.
4. En niños mayores limpiar la dentadura con agua de carbonato. La asistencia con el dentista es necesaria.
5. Si hay necesidad prescribir, según el caso: cisaprida, domperidona o drogas similares; ranitidina; hidróxido de aluminio y de magnesio (sin dimetilpolisiloxano ni saborizante). Para el dolor, paracetamol o acetaminofeno y con precaución, metil bromuro de homatropina. Los anticolinérgicos no se pueden dar al mismo tiempo que la cisaprida, ambos fármacos se inactivan.

Lo ilógico en relación con la EPRGE es:

1. No pensar en esta enfermedad.
2. No recordar que el paciente puede, además tener otras enfermedades.
3. No integrar el estudio médico sistemático a todos los pacientes, o al hacerlo comportarse como especialista.
4. No instruir a los familiares, o al paciente, sobre la necesidad de un correcto seguimiento.
5. Creer que la enfermedad del paciente es «alérgica», «idiopática», «esencial», «psicológica» o por «exhibicionismo» (el cocodrilo real debajo de la cama).
6. Prescribir laxantes, expansores del bolo fecal o similares.
7. Prescribir antiparasitarios o antimicrobianos sin apoyo en resultados de exámenes de laboratorio (*¿Helicobacter pylori?* *¿Giardia lamblia?*).
8. En los primeros meses de la vida, no es correcto:
a) vendar el abdomen (cinchar) b) cambiar «sin ton ni son», marcas o tipos de leche, o substitutos, y c) suprimir alimentos en la dieta sin probar su relación con las manifestaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beltrán BF. Reflexiones acerca del reflujo gastroesofágico en los niños. *Rev Mex Pediatr* 1998; 65: 27-29.

Correspondencia:

Dr. Pablo Damián-Adan
Orfebrería 134
Col. Michoacana
Delegación Venustiano Carranza
CP. 15240. México, D.F.