

Diagnóstico y tratamiento del reflujo gastroesofágico en niños pretérmino.

Eva Castillo Díaz. Medicina familiar y comunitaria. Centro de salud Parque Coímbra, Madrid.

PALABRAS CLAVE: Reflujo gastroesofágico, esfínter esofágico inferior, inhibidores de la bomba de protones

KEYWORDS: *Gastroesophageal reflux, lower esophageal sphincter, proton pump inhibitor*

Especialidades: Digestivo, Farmacología, Medicina Intensiva, Pediatría

Revista original: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29915158>

SUBTÍTULO

El reflujo gastroesofágico (RGE) es un diagnóstico muy común en las UCI neonatales, ya que es un fenómeno frecuente en los niños pretérmino. Se han observado diferencias en su tratamiento, utilizando tanto medidas conservadoras como agentes farmacológicos. Actualmente se recomienda usar con moderación el tratamiento farmacológico en los pretérmino ya que hay poca evidencia de su eficacia y hay evidencia de daño significativo.

Gastroesophageal reflux is a very common diagnosis in the NICU, as it is an almost universal phenomenon in preterm infants. There is large variation in its treatment, using conservative measures and pharmacologic agents. Nowadays it is suggested to used sparingly these agents in preterm infants as there is a lack of evidence and instead there is an emerging evidence of significant harm.

RESUMEN

El reflujo gastroesofágico (RGE) es el paso del contenido gástrico al esófago y es frecuente en los pretérmino debido a una dieta líquida, al enlentecimiento del esfínter esofágico inferior y la posición de supino. El RGE patológico ocurre cuando el contenido ácido daña la mucosa, siendo infrecuente en los pretérmino, dado que la mayoría de los episodios son débilmente ácidos.

Se diagnostica frecuentemente basándose en la clínica (intolerancia alimentaria, poca ganancia ponderal, regurgitación, apnea, desaturación y bradicardia) y comportamientos (irritabilidad, disconfort postprandial y arqueamiento). El diagnóstico más preciso es con la monitorización de la impedancia intraesofágica con mediciones del pH.

Las medidas conservadoras no reducen los signos clínicos en los pretérmino. La posición lateral izquierda, en prono y elevar la cabeza, reducen los episodios, pero con riesgo de muerte súbita. La manipulación alimentaria, como ofrecer pequeñas cantidades frecuentemente, podría mejorar el RGE; los espesantes se asocian con enterocolitis necrotizante; y las fórmulas hidrolizadas mostraron menos episodios, pero quizás solapando síntomas con la alergia.

Farmacológicamente se utilizan procinéticos, alginato sódico, bloqueadores de los H₂ e inhibidores de la bomba de protones. Pueden mejorar el vaciado gástrico, las regurgitaciones y

el tono del esfínter esofágico, pero no reducen síntomas y se relacionan con estenosis pilórica, arritmias, efectos neurológicos, enterocolitis necrotizante e infecciones.

El estudio concluye que muchos de los comportamientos asociados al reflujo no lo están, por lo que su tratamiento no debería sólo basarse en signos clínicos, sugiriendo un uso moderado de los fármacos ante la falta de evidencia de su eficacia y la evidencia de daño significativo.

COMENTARIO

El RGE es habitual en los pretérminos y tiende a resolverse con la maduración. La gran variabilidad de tratamientos utilizados en las UCI neonatales ha motivado éste y otros estudios, aunque siguen faltando estudios placebo-control. Esto hace difícil evaluar la eficacia de la terapia a largo plazo frente a su evolución natural y, a pesar de la falta de datos, el uso de medicación ha aumentado provocando un mayor gasto sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lightdale JR, Gremse DA; Section on Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. Gastroesophageal reflux: management guidance for the pediatrician. *Pediatrics*. 2013;131(5). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/131/5/e1684
2. Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, et al; North American Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition; European Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition. 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(4):498–547
3. Poets CF. Gastroesophageal reflux: a critical review of its role in preterm infants. *Pediatrics*. 2004;113(2). Available at: www.pediatrics.org/cgi/content/full/113/2/e128
4. Poets CF, Brockmann PE. Myth: gastroesophageal reflux is a pathological entity in the preterm infant. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2011;16(5):259–263
5. Jadcherla SR, Slaughter JL, Stenger MR, Klebanoff M, Kelleher K, Gardner W. Practice variance, prevalence, and economic burden of premature infants diagnosed with GERD. *Hosp Pediatr*. 2013;3(4):335–341
6. Dhillon AS, Ewer AK. Diagnosis and management of gastro-oesophageal reflux in preterm infants in neonatal intensive care units. *Acta Paediatr*. 2004;93(1):88–93
7. Khalaf MN, Porat R, Brodsky NL, Bhandari V. Clinical correlations in infants in the neonatal intensive care unit with varying severity of gastroesophageal reflux. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2001;32(1):45–49