

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Este documento es un breve resumen acerca del reflujo gastroesofágico (RGE) en niños. En la sección identificada como [Sala de lectura](#) de este sitio web encontrará valiosa información acerca del reflujo en niños.

¿Qué es el reflujo gastroesofágico (RGE)?

El reflujo gastroesofágico (RGE) o reflujo es el término médico utilizado para describir un trastorno de salud que hace que el contenido del estómago --alimentos y ácido gástrico-- se devuelva desde el estómago y suba hacia el esófago. Puede o no ocurrir que los alimentos que refluyen lleguen hasta la boca. Es posible que el reflujo se manifieste en forma de vómito fuerte que vacía el estómago rápida y totalmente, o quizás sea algo como un "eructo húmedo" que no llega hasta la boca.

¿Cuales son los síntomas del RGE pediátrico?

Hay muchos tipos diferentes de síntomas del RGE. Es posible que su niño solamente tenga algunos de los síntomas. Los síntomas más comunes son:

- dolor, irritabilidad, o llanto después de comer
- llanto constante o repentino, "cólico"
- regurgita o vomita con frecuencia
- vomita aunque haya transcurrido más de una hora desde que comió
- no supera la etapa de la regurgitación
- rechaza los alimentos o acepta sólo algunos bocados aunque tenga hambre
- tiene dificultad para dormir, se despierta con frecuencia
- "eructos húmedos" o sonidos de "hipo mojado"
- mal aliento

Los síntomas menos comunes del RGE pediátrico son:

- comer y beber constantemente (para aliviar el dolor en la garganta)
- intolerancia a ciertos alimentos
- poco aumento de peso; pérdida de peso
- problemas para tragar, náuseas, atragantamiento
- voz ronca
- dolor e irritación frecuente en la garganta
- problemas respiratorios; pulmonía, bronquitis, respiración sibilante, asma, tos nocturna, apnea, aspiración, respiración ruidosa o dificultad para respirar
- infecciones del oído
- secreción nasal constante, infección de los senos paranasales
- esmalte dental erosionado
- salivación excesiva y babeo
- inclinación característica de la cabeza o síndrome de Sandifer

Si piensa que su hijo puede tener RGE, por favor comuníquese con su pediatra. Es

importante hacerle saber al médico si el niño presenta nuevos síntomas o se modifican los síntomas existentes.

¿Es el reflujo una enfermedad nueva?

No. Sencillamente, el reflujo es más común de lo que se pensaba y hoy en día es más fácil detectarlo porque las pruebas de diagnóstico han mejorado. Por otra parte, han mejorado los conocimientos acerca de las posibles graves consecuencias de no tratar el reflujo en los lactantes. A pesar de los adelantos, el RGE todavía está sub-identificado y subdiagnosticado. Algunos investigadores piensan que 7 millones de niños en los Estados Unidos padecen de RGE.

¿Cuán grave es el reflujo?

Muchos lactantes (alrededor del 65%) regurgitan ocasionalmente una pequeña cantidad de leche, en especial cuando eructan después de comer. Esta "devolución del alimento" es normal. Otros vomitan una cantidad grande de lo que comen. La gravedad del reflujo por sí mismo no es el problema. El reflujo solamente se convierte en un problema cuando el niño presenta señales de complicaciones. Cuando los lactantes o niños presentan complicaciones se dice que tienen la enfermedad de reflujo gastroesofágico o ERGE.

La mayoría de los bebés prematuros sufren de reflujo por causa de la inmadurez del sistema digestivo.

¿Cuáles son las posibles complicaciones del reflujo?

Los síntomas normalmente mejoran al cumplir un año y no llegan a desarrollar complicaciones médicas. Sin embargo, con o sin complicaciones médicas, es difícil criar a los niños que tienen reflujo y éste puede causar mucho estrés a la familia.

Cuando el ácido gástrico fluye hacia el esófago causa una sensación de "quemadura" llamada "acidez". El enrojecimiento o inflamación del esófago, causado por el reflujo ácido se llama esofagitis. La esofagitis puede ser muy dolorosa y reducir el deseo de comer. La esofagitis grave puede ocasionar sangramientos en la parte del esófago que está inflamada. En el interior de la parte baja del esófago también pueden formarse cicatrices si la inflamación ha persistido por mucho tiempo. La formación de una cicatriz ocasiona el estrechamiento de la apertura del esófago y al niño le resulta difícil tragar. Este tipo de cicatriz se llama constricción esofágica.

Otra posible complicación del reflujo es el crecimiento deficiente del niño, ocasionado por la alimentación inadecuada. La desnutrición o "deficiencia en el crecimiento" ocurre cuando una gran cantidad de alimentos no se asimila debido a los vómitos o a la pérdida del apetito ocasionada por el dolor. Si continúa el crecimiento deficiente, es posible que el desarrollo normal de los órganos vitales se altere y tal vez el niño no tenga suficiente energía para aprender a caminar y correr.

Los lactantes con reflujo también pueden sufrir problemas respiratorios debido a que parte del contenido estomacal entra en la nariz, la tráquea y los pulmones. Si el alimento entra en los pulmones, se dice que ocurrió una aspiración. A menudo, el diagnóstico del reflujo en los bebés se hace cuando se están investigando las causas de problemas respiratorios recurrentes como el jadeo, el estridor o la pulmonía. Hoy en día, también se sabe que el reflujo puede causar sinusitis.

El ácido gástrico puede destruir el esmalte dental. Si su bebé tiene síntomas de reflujo, llévelo al dentista tan pronto como le empiecen a salir los dientes. Asegúrese de que el dentista examina los posibles daños al esmalte y las caries.

Su hijo quizás no desarrolle ningún problema grave de salud, pero es importante saber lo que puede ocurrir para consultar con su médico si observa alguna señal de que algo no anda bien.

¿Cuáles son las causas del reflujo?

La causa más común del reflujo es el mal funcionamiento de una banda de fibras musculares llamada el esfínter esofágico inferior ubicado en la unión del esófago y el estómago. El esfínter normalmente se abre para permitir el paso de los alimentos, y luego se cierra de inmediato para evitar que el alimento se devuelva. Si el esfínter no funciona bien, sea por inmadurez o porque permanece sin tensión, o si se relaja periódicamente, los alimentos y el ácido gástrico pueden devolverse hacia el esófago.

Hay muchas razones para el mal funcionamiento del esfínter; doblarse, respirar con fuerza, usar ropa muy ajustada o comer en exceso pueden empujar la comida hacia arriba; los condimentos fuertes, el humo y otras sustancias pueden debilitar este músculo; algunos alimentos que no se toleran bien o no se digieren fácilmente; las alergias y otros problemas de salud también pueden hacer que la válvula se abra.

Estamos casi seguros de que el reflujo no es una sola enfermedad, sino varias enfermedades que se parecen. Los síntomas son tan similares que hacen pensar que se trata de una sola enfermedad. Algunos niños parece que hubieran nacido con un sistema digestivo inmaduro, mientras que otros pudieran ser alérgicos a ciertos alimentos. En algunos casos, la ERGE es hereditaria. Hay muchos trastornos de salud que causan la ERGE, entre ellos la baja tonicidad muscular.

¿Cómo se diagnostica el reflujo?

El reflujo se diagnostica principalmente con los síntomas que están a la vista. A menudo, si los síntomas son muy característicos del reflujo, el médico empieza el tratamiento sin hacer ninguna prueba. Si el niño responde bien al tratamiento, es posible que las pruebas no sean necesarias a menos que el médico tenga alguna razón para creer que pudiera haber otra enfermedad. Es necesario de todas maneras mantener una estrecha vigilancia médica para que el pediatra detecte a tiempo cualquier variación importante.

La primera prueba que suele hacerse es la de rayos X con ingesta de bario, que puede mostrar constricciones esofágicas y deformaciones de las vías digestivas superiores. Se le da al bebé una pequeña cantidad de una solución lechosa que se ve bien en la película de rayos X y permite observar con precisión el esófago y el estómago. Los rayos X también muestran algunos de los órganos cercanos. Debido a que la mayoría de los lactantes no regurgitan durante el examen, esta prueba suele servir para descartar otros problemas, tales como las obstrucciones pero, en realidad, no confirma el diagnóstico de reflujo.

La prueba más precisa para diagnosticar el reflujo es el estudio del pH esofágico durante 24 horas. Se introduce un tubo muy delgado y flexible en el esófago del niño y la punta se coloca justo por encima del estómago. La sonda se conecta a un aparato de grabación que monitorea los niveles de ácido en el esófago y muestra con

precisión cuándo ocurren los episodios de reflujo. La mayoría de los bebés tienen reflujo ocasionalmente, pero cuando los niveles de ácido son altos la mayor parte del tiempo puede decirse que el niño tiene reflujo "patológico" o "clínico".

Una cintigrafía esofágica consiste en una serie de escáners (pueden ser computarizados o un escáner manual) que muestran como se mueve la comida por el estómago. Se alimenta al niño con líquidos o sólidos mezclados con un polvo de contraste y se escanea varias veces. Este estudio se usa sobre todo cuando se sospecha que el estómago se vacía lentamente. El escáner también puede mostrar episodios de reflujo y si los alimentos pasan a los pulmones.

Se puede usar una sonda flexible (endoscopio) para examinar las vías digestivas superiores y las vías respiratorias. Durante la endoscopia se pueden tomar muestras para hacer biopsias del esófago, estómago y la parte superior del intestino delgado. Estas muestras de tejidos se examinan para detectar otros problemas digestivos diferentes al reflujo, para verificar la gravedad de la inflamación del esófago causada por el ácido y para detectar el crecimiento anormal de células, lo que se conoce como esófago (o síndrome) de Barrett. Este procedimiento también permite al médico examinar los esfínteres y ver cómo se abren y se cierran. Las obstrucciones y las úlceras también pueden verse con la endoscopia.

Una videofluoroscopia, conocida también como una ingesta de bario modificada o un estudio de la motilidad orofaríngea, es una prueba que se utiliza para detectar problemas al tragar. El paciente debe ingerir líquidos o alimentos mezclados con bario mientras que el radiólogo toma imágenes de la boca y la garganta utilizando un fluoroscopio.

¿Cuáles son el tratamiento y la cura para el RGE?

Hasta que los investigadores no descubran la causa que origina el reflujo, no es posible curarlo completamente. Sin embargo, hay muchos métodos diferentes de tratamiento.

La mayoría de los niños dejarán de tener reflujo durante el primer año de vida y es posible que sólo necesiten una postura y técnicas de alimentación adecuadas. Apenas unos cuantos niños siguen padeciendo de reflujo después de los dos años. Es poco común que el reflujo se prolongue más allá de la primera infancia, aunque a veces ocurre.

Hay que colocar a los bebés que tienen reflujo en posición vertical después de alimentarlo, para evitar que la comida se devuelva del estómago. A muchos niños con reflujo se les mantiene en posición vertical casi cada minuto que pasan despiertos. En el pasado se recomendaba que nunca se acostara boca arriba a los niños con reflujo debido a que en esa posición el alimento podía ser aspirado con mayor facilidad hasta las vías respiratorias altas o los pulmones. Los lactantes con reflujo se mantenían siempre boca abajo mientras dormían. Pero, debido a la campaña "Back to Sleep" ("Dormir de espaldas"), se están cuestionando estas instrucciones para acostar a los bebés. Sólo usted y su médico pueden determinar cuál riesgo es mayor para su hijo: el del síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS, por sus siglas en inglés) o el de aspiración del reflujo. Si su hijo sufre de apnea o respiración interrumpida, consulte con su médico de inmediato. Se puede utilizar un monitor de la apnea para determinar si su hijo estará más seguro boca arriba o boca abajo.

A menudo se levanta la cabecera de la cuna para que el efecto de la gravedad ayude a mantener los alimentos en el estómago. Sin embargo, es normal que un lactante de más de tres meses se deslice lentamente hacia la parte más baja de un colchón que se ha levantado. Para evitar este problema hay sábanas con bolsillos. Consulte los anuncios sobre este tipo de productos en nuestra página.

Entre las instrucciones para alimentar al bebé se encuentran colocarlo en posición vertical y mantenerlo así al menos media hora después de haber terminado de comer, espesar el alimento, sacarle los gases varias veces mientras toma el biberón o se le da de mamar, darle porciones más pequeñas de alimentos y evitar los alimentos picantes, grasosos y ácidos.

La mayoría de los niños puede mejorar con los cuidados arriba mencionados, aunque normalmente los síntomas pueden persistir por varios meses. Sin embargo, dependiendo de la gravedad y causa probable del reflujo, algunos niños requieren medicamentos. Hay diferentes tipos de medicamentos para el tratamiento del reflujo:

- **Antiácidos:** neutralizan el ácido gástrico.
- **Medicamentos** procinético: Aumentan el tono muscular de las vías digestivas y facilitan el movimiento de los alimentos. Betanecol (Urecholine) y metoclopramida* (Reglan) son los únicos medicamentos que se usan actualmente en los Estados Unidos. La eritromicina y los medicamentos para el estreñimiento algunas veces se utilizan para este propósito. El fármaco cisapride (Propulsid) fue retirado del mercado en los Estados Unidos en julio de 2000 y sólo se consigue en circunstancias muy especiales. Sin embargo, cisaprida y domperidona pueden adquirirse en muchos otros países. Se ha encontrado que la metoclopramide tiene efectos secundarios significativos.
- **Supresores del ácido:** eliminan la producción de ácido gástrico; entre ellos están: cimetidina (Tagamet), famotidina (Pepcid), ranitidina (Zantac) y nazitidina (Axid).
- **Bloqueadores del ácido:** pueden bloquear por completo la producción de ácido gástrico. Los fármacos en esta categoría son: omeprazol (Prilosec) y lansoprazol (Prevacid), rabeprazol (AcipHex), pantoprazol (Protonix) y lansoprazol efecto inmediato (Zegarid).
- **Barreras:** Uno de estos medicamentos recubre las paredes del esófago formando una película que impide que el ácido toque la mucosa. Los otros tipos de barreras forman una espuma que flota en el estómago y evita que el ácido regrese al esófago. Estas medicinas entran al cuerpo sin que sean absorbidas.

Con frecuencia, hay que experimentar para encontrar el medicamento más adecuado ya que no todos los niños reaccionan de la misma manera, ni siquiera a fármacos similares.

Si no hay aumento de peso o los problemas relacionados con la alimentación son graves, pueden emplearse métodos alternativos para alimentar al niño, sin pasar por el esófago; por ejemplo, introducción de alimentos directamente al estómago o inyecciones de sustancias nutritivas por vía intravenosa.

Si el reflujo y las complicaciones son graves puede recurrirse a la cirugía para estrechar el músculo del esfínter. La cirugía más común se llama funduplicatura y consiste en crear una válvula artificial en la parte superior del estómago. Parte del estómago se envuelve alrededor de la base del esófago. De esta forma, el tono muscular del estómago ayuda a mantener cerrada su parte superior. Sólo un número pequeño de lactantes y de niños que padecen de reflujo necesitan una intervención quirúrgica.

Si desea más información sobre el reflujo ácido y la ERGE visite la [Sala de lectura](#) de nuestro sitio web.

Para aprender de una manera sencilla cómo funciona el sistema digestivo, visite la página Kids' Health (Salud de los Niños) en el siguiente enlace:

http://www.kidshealth.org/kid/body/digest_noSW.html

Disclaimer

El único propósito de PAGER es diseminar información de salud para beneficio público. Este Portal no intenta reemplazar en ningún modo el consejo de su médico, dar consejo médico, hacer diagnósticos o suministrar tratamiento. Siempre busque el consejo de su médico u otro proveedor de salud para cualquier pregunta relacionada con una condición médica, y antes de iniciar un nuevo tratamiento, dieta, o técnicas utilizadas por otras familias.

EN CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA , LLAME AL 911 O NÚMERO DE URGENCIAS DE SU PAIS O REGIÓN INMEDIATAMENTE.