

Reflujo Gastroesofágico Relacionado con Patologías de los Oídos, Nariz y Garganta en Niños

Thierry Van Den Abbeele

Primero haremos algunas consideraciones generales sobre la etiología del reflujo gastroesofágico (RGE) en el niño. Luego abordaremos la enfermedad del reflujo gastroesofágico (ERGE) en el niño y sus relaciones con la otorrinolaringología. La ERGE es una condición frecuente en los niños pequeños; ocurre en 2/3 de los niños menores de siete meses. La mayoría de los pacientes mejoran espontáneamente durante los primeros 18 meses de vida, pero a veces la mejoría es solo aparente.

Los síntomas gastrointestinales desaparecen en la mayoría de los casos, pero otros síntomas, como las manifestaciones en vías aéreas, pueden aparecer o no mejorar. Estudios recientes apuntan hacia factores genéticos en algunos casos pediátricos y , sugieren una modalidad de herencia autosómica dominante con penetrancia elevada. Un gen fue localizado en el cromosoma 13q14.

Diagnóstico

En la ausencia de síntomas gastrointestinales (GI) de RGE, es necesaria la utilización de herramientas diagnósticas.

1-PHmetría con monitorización de 24 horas, permanece como el patrón oro para el diagnóstico del REG^{1, 2}. Establece el índice de reflujo, o sea el porcentaje de tiempo que el pH del esófago permanece por debajo de 4. La directriz de la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología Pediátrica consideró que el límite normal superior para el índice de reflujo era de 12% en el primer año de vida y hasta 6% después de eso³. Más recientemente, la pHmetría de 24 horas fue asociada a manometría esofágica, siendo que esta probablemente mejorará significativamente la sensibilidad de este test.

2- Las biopsias esofágicas son más invasivas y son ejecutadas durante la esofagoscopia o mediante la biopsia por succión sin esofagoscopia. En biopsias positivas por RGE, el índice de reflujo es anormal en el 95% de los casos⁴.

3. El lavado bronco-alveolar, con examen de inclusiones de lípidos en los macrófagos también es invasivo, altamente específico, pero es poco sensible.

4. Centelleografía gástrica: tiene una sensibilidad baja, debajo del 50%, pero una especificidad alta (83-100%) y da información adicional sobre la DRGE no ácida (DRGE tamponada neutra o alcalina), además de información sobre aspiración y vaciamiento gástrico retardado.

5- Radiografía modificada de bario es aún útil pero no puede ser considerada como una prueba diagnóstica para el RGE. Tiene poca especificidad y sensibilidad. Entre

tanto, establece información adicional sobre el aspecto funcional de la deglución y la presencia de estenosis esofágica, membranas, acalasia y otros problemas estructurales y, a veces, aspiraciones traqueales.

6- Manometría. No es una herramienta diagnóstica para RGE, pero da información sobre la motilidad, cronicidad y del tono del esfínter esofágico inferior.

Tratamiento médico

La inhibición de la secreción ácida del estómago es el pilar del tratamiento médico. Los inhibidores de la bomba de proton (IBP), como el omeprazol, sustituyó casi completamente los bloqueadores H_2 . De cualquier modo, existen algunas controversias en Pediatría en cuanto a la dosis y la duración del tratamiento.

Procinéticos: solamente la cisaprida fue comprobada como eficiente. Esta molécula puede causar efectos colaterales cardíacos y consecuentemente su uso ha disminuido. Otros procinéticos, tal como la metoclopramida y la domperidona, son medicamentos menos eficientes para el RGE.

Cirugía

El tratamiento quirúrgico es probablemente el más eficiente, pero está limitado a los casos graves y posterior a la falla de todos los tratamientos con medicamentos. La tasa de éxito es mayor del 90%, pero puede haber complicaciones tales como disfagia, y los síndromes de “dumping” y de retención gaseosa (dificultad para eructar).

ERGE y problemas otorrinolaringológicos

La ERGE ha sido implicada en varios problemas extra esofágicos como estenosis laríngea, laringitis recurrente, otitis media y más recientemente, rinosinusitis crónica. Yellow y Goldberg⁴ describieron un estudio usando la biopsia esofágica, y demostraron correlaciones fuertes entre muchos síntomas y la biopsia positiva, siendo que 10 pacientes con rinosinusitis tenían 100% de biopsias positivas. Más reciente recientemente, Tucker demostró el reflujo del jugo gástrico en oídos con otitis media con efusión crónica⁵.

Diagnóstico

Algunas investigaciones específicas son necesarias para reconocer la participación de la ERGE en la patogenia de problemas otorrinolaringológicos. La **nasofibroscopia** que examina hasta la laringe, es el procedimiento más simple que puede hacerse por los otorrinolaringólogos. El **aspecto de la laringe posterior** es, a veces, caracterizado por un edema pseudoangiomatoso infracricoideo, lo que sugiere fuertemente la presencia de RGE. El tratamiento médico generalmente mejora este edema.

La segunda herramienta importante para el otorrinolaringólogo es la **monitorización del pH**. Algunos autores identifican el RGE usando el test con una sonda de dos sensores faríngeos¹. Sin embargo, la interpretación y los valores normales aún son controvertidos. Test de pH con apenas un sensor establece el índice de reflujo, más creemos que este índice no es suficiente en el caso de problemas otorrinolaringológicos. El número de episodios de reflujo por día y solamente un parámetro inicial.

Nuestro grupo realizó un estudio retrospectivo entre 1997 al 2002 en más de 200 niños que presentaron síntomas otorrinolaringológicos crónicos sin etiología

identificada (sin alergia, fibrosis quística o inmunodeficiencia). Había una predominancia ligera de niños y la edad media era de siete años. Esos niños fueron separados en grupos, de acuerdo con sus síntomas principales: 55 niños presentaban síntomas laríngeos y traqueales, 70 niños con síntomas nasales, 40 con síntomas faríngeos y solamente 19 niños tenían síntomas gastrointestinales asociados. El índice clásico de reflujo (% de tiempo con pH debajo de 4), era positivo en solamente el 60% de todos los pacientes. Sin embargo, **el adicionar otro criterio, más de 40 reflujo por día** (el valor normal es debajo de 20), la positividad de **alteraciones del pH aumentó hasta el 80%** de los niños. De manera interesante, el porcentaje de niños con **alteraciones del pH aumentó hasta más del 80% en el grupo con síntomas nasales**. En el caso de la **laringitis posterior, la alteración del pH era más del 90%, validando la presencia de laringitis posterior como diagnóstico del RGE**. De manera interesante, **los episodios de reflujo se distribuyeron de forma típica**, con muchos episodios durante el día y casi ningún episodio en la noche. Eso es completamente diferente a los síntomas del RGE que son más frecuentes en la noche. Los resultados fueron organizados, con un análisis de multivariable, con regresión logística y ningún síntoma otorrinolaringológico podría predecir una alteración de la pHmetría, excepto la laringitis posterior, con un valor altamente significativo.

Tratamiento médico

La mayoría de los niños del estudio, con alteraciones de la pHmetría, fueron tratados con un IBP (tal como el omeprazol). En estos casos, la tasa de mejoría fue de alrededor del 80%. En el grupo de niños no tratados, la mejoría era solamente del 40%. Un dato interesante fue la tasa de mejoría muy alta (87%) en el grupo con síntomas nasales. Entretanto, algunos problemas permanecen. Primeramente, es necesario usar dosis elevadas de omeprazol y la duración del tratamiento aún es objeto de debate. Otro punto discutido es la asociación sistemática o no de procinético. Creemos que el tratamiento más eficiente es el IBP, siendo que el procinético no agrega casi nada.

Cirugía

El tratamiento quirúrgico también está en discusión, pues los criterios de diagnóstico aún están siendo debatidos, y la mayoría de los cirujanos frecuentemente se muestran reuentes a ejecutar una funduplicatura en niños con DREG relacionadamente solamente con alteraciones otorrinolaringológicas.

Conclusión

Nuestro estudio confirma la participación frecuente de la ERGE en varios problemas otorrinolaringológicos, especialmente en los problemas nasosinusales. El número de pacientes que mejoró con tratamiento anti-reflujo es más elevado que el número de pacientes con un índice patológico de reflujo. Esto significa que ese criterio no es suficiente y, por tanto, es necesario adicionar otro criterio, por ejemplo el número de episodios de reflujo por día. Los IBP son el mejor tratamiento médico de síntomas otorrinolaringológicos asociados a RGE. Existen aún muchas dudas que permanecen sin respuesta. Primeramente, el mecanismo fisiopatológico no es comprendido en su totalidad. ¿Esta patología está relacionada a un contacto directo de la mucosa con el ácido, o esta relacionada a un reflejo vagal? La cuestión

permanece abierta, sin embargo el estudio de Tasker⁵ favorecía el contacto directo con la mucosa respiratoria, igual en la enfermedad del oído medio. Segundo, son necesarios criterios más específicos para el diagnóstico. Actualmente, la pHmetría alterada se relaciona mejor con el número de episodios de reflujo por día y, probablemente, la manometría esofágica mejorará la eficiencia de la pHmetría.

Referencias bibliográficas

1. Little JP, Matthews BL, Glock MS, Koufman JA, Reboussin DM, Loughlin CJ, McGuirt WF Jr. Extraesophageal pediatric reflux: 24hour double probe pH monitoring of 222 children. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl.* 1997; 169: 1-16.
2. Van Den Abbeele T, Couloigner V, Faure C, Narcy P. The role of 24 h pH-recording in pediatric otolaryngologic gastro-esophageal reflux disease. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2003; 67 Suppl 1:S95-100.
3. Rudolph CD, Mazur LJ, Liptak GS, Baker RD, Boyle JT, Colletti RB, Gerson WT, Werlin SL; North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. Guidelines for evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2001; 32 Suppl 2:S1-31.
4. Yellon RF, Goldberg H. Update on gastroesophageal reflux disease in pediatric airway disorders. *Am J Med.* 2001; 111 Suppl 8A:78S-84S.
5. Tasker A, Dettmar PW, Panetti M, Koufman JA, Birchall JP, Pearson JP. Reflux of gastric juice and glue ear in children. *Lancet* 2002; 359: 493.