

# EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas  
[www.evidenciasenpediatria.es](http://www.evidenciasenpediatria.es)

## Editorial

### ¿Podemos diagnosticar adecuadamente el reflujo gastroesofágico en niños?

Díaz Martín JJ

*Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (España).*

Correspondencia: Juan J. Díaz Martín, [juanjo.diazmartin@gmail.com](mailto:juanjo.diazmartin@gmail.com)

---

**Palabras clave en inglés:** gastroesophageal reflux; children.

**Palabras clave en español:** reflujo gastroesofágico; niños.

**Fecha de recepción:** 13 de noviembre de 2013 • **Fecha de aceptación:** 18 de noviembre de 2013

**Fecha de publicación del artículo:** 27 de noviembre de 2013

---

Evid Pediatr.2013;9:59.

#### CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Díaz Martín JJ. ¿Podemos diagnosticar adecuadamente el reflujo gastroesofágico en niños? Evid Pediatr. 2013;9:59.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en  
<http://www.evidenciasenpediatria.es>

---

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2013;9:59>

©2005-13 • ISSN: 1885-7388

# ¿Podemos diagnosticar adecuadamente el reflujo gastroesofágico en niños?

Díaz Martín JJ

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (España).

Correspondencia: Juan J. Díaz Martín, [juanjo.diazmartin@gmail.com](mailto:juanjo.diazmartin@gmail.com)

El reflujo gastroesofágico (RGE) es un proceso fisiológico que se produce fundamentalmente a consecuencia de relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior. Aparece a cualquier edad de la vida, aunque es en el periodo de lactancia cuando se manifiesta con mayor frecuencia. Prácticamente el 70% de los lactantes regurgita varias veces al día y el 25% de aquellos que regurgitan consulta por dicha causa<sup>1</sup>. Con gran frecuencia, tanto el pediatra de Atención Primaria como el gastroenterólogo pediatra se enfrentan a diferentes escenarios clínicos en los que la posibilidad de que exista un RGE subyacente es ciertamente elevada<sup>2</sup>. En ocasiones, la situación ofrece pocas dudas. Pensemos en el adolescente que acude a nuestra consulta quejándose de dolor epigástrico tipo ardor, con dolor retroesternal, y que nos refiere que con frecuencia nota sensación de que la comida se le sube a la boca o que nota un cierto sabor amargo coincidiendo con la ingesta de determinadas comidas. Todos sospecharíamos inmediatamente una enfermedad por RGE (ERGE) y, de acuerdo con las guías de práctica clínica de la North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN)<sup>3</sup>, podríamos indicarle una prueba terapéutica con inhibidores de la bomba de protones (IBP) durante un periodo de tiempo controlado. La respuesta a la medicación, en el escenario clínico mencionado, nos permitirá diagnosticar adecuadamente al paciente.

Otra situación frecuente, y que hoy en día admite pocas dudas, es la del lactante alegre, bien nutrido y sin ningún tipo de sintomatología alarmante que acude a la consulta por regurgitaciones frecuentes y vómitos ocasionales. Nuevamente, la situación clínica del paciente nos permite establecer un diagnóstico y no se precisa ningún tipo de estudio adicional ni de medida terapéutica más allá de la tranquilizadora explicación de la situación a unos padres preocupados.

La situación se complica en otros casos en los que sospechar la existencia de RGE es fácil, y en los que la necesidad de un diagnóstico objetivo a veces resulta complicada. Es el caso del lactante con irritabilidad al que se le pauta un tratamiento antiácido de prueba, el lactante con episodios alarmantes tipo casi muerte

súbita (ALTE) o el paciente con asma de difícil control. Existen estudios que nos demuestran que el tratamiento con IBP no es eficaz para el control de la irritabilidad en los lactantes<sup>4</sup> y hay estudios no concluyentes o incluso contradictorios sobre el efecto del tratamiento con IBP sobre el control del asma<sup>5</sup>. Sería deseable, por tanto, disponer de una herramienta diagnóstica adecuada para diferenciar a los pacientes que se van a beneficiar de un tratamiento de aquellos que no.

A pesar de disponer de un amplio arsenal diagnóstico que incluye cuestionarios de síntomas<sup>6</sup>, pruebas para detectar lesiones anatómicas (estudio esofagogastro-duodenal), para evaluar el vaciamiento gástrico y la existencia de paso de material refluído a las vías aéreas (gammagrafía con Tc99) y para demostrar la existencia de complicaciones o descartar otro tipo de alteraciones esofágicas (panendoscopia oral con toma de biopsias), los gastroenterólogos pediátricos siempre hemos tenido la impresión de que nuestra capacidad para diagnosticar adecuadamente a los pacientes pediátricos con ERGE es limitada.

Durante muchos años, la pHmetría intraesofágica de doble canal durante 24 horas se consideró el patrón oro para el diagnóstico de esta enfermedad, pero a pesar de los múltiples datos que ofrece (tiempo total de pH <4, porcentaje de tiempo con pH <4, número de episodios de RGE, episodios de RGE más largos de cinco minutos, etc.) y que permite calcular índices de síntomas, esta prueba solo permite diagnosticar reflujo ácido.

En el presente número de *Evidencias en Pediatría*, los Doctores Ochoa Sangrador y Andrés de Llano<sup>7</sup> hacen una valoración crítica de la revisión sistemática sobre validez de pruebas diagnósticas en el RGE pediátrico publicada por van der Pol *et al.*<sup>8</sup> en *Journal of Pediatrics* este año. En esta revisión, con objetivos claramente definidos, aunque imprecisa en el patrón de referencia empleado, se incluyen seis estudios llevados a cabo en Europa (Italia, España y Bélgica). Los seis estudios evaluaron la eficacia de la pHmetría intraesofágica de 24 horas (cinco estudios con electrodos de cristal y uno con electrodos de antimonio) y dos de ellos, además,

analizaron la utilidad de la esofagogastroscofia. Los autores concluyen que, con los estudios existentes, no es posible estimar la validez de estas pruebas diagnósticas de la ERGE. Específicamente, además, la escasa sensibilidad de la pHmetría para diferenciar casos detectados clínicamente sugiere que el grado de reflujo ácido es solo uno de los parámetros que deben valorarse en la selección de los pacientes que se beneficiarán del tratamiento de la enfermedad.

Recientemente, la aparición de la impedanciometría intraesofágica multicanal<sup>9</sup> demostró que gran número de los episodios de reflujo o no eran ácidos o eran débilmente ácidos. Esta prueba permite detectar si el material que refluye es gas, líquido o mixto y además, al asociar un electrodo de pH, permite diferenciar entre reflujo ácido, débilmente ácido y alcalino. También permite determinar la altura que alcanza el episodio de reflujo. Todos estos aspectos son importantes a la hora de evaluar a estos pacientes. Las guías de práctica clínica de la NASPGHAN<sup>3</sup> recomiendan el empleo de la impedanciometría intraesofágica multicanal en lactantes con irritabilidad persistente en los que se ha descartado alergia a proteínas de leche de vaca, al niño de edad mayor de 18 meses con vómitos y regurgitaciones persistentes y en aquellos niños con ALTE con síntomas que sugieran RGE asociado.

Lamentablemente, no disponemos de estudios similares a los aquí reflejados en los que se evalúe la eficacia diagnóstica de la impedanciometría, por lo que las pruebas disponibles en la actualidad están al nivel de recomendaciones de expertos. Los estudios con impedanciometría están proliferando en los últimos años, con lo que es de suponer, no obstante, que en un breve plazo dispondremos de pruebas con un mayor nivel de calidad.

Una adecuada historia clínica, con especial atención a la existencia de signos de alarma en el lactante que vomita, combinada con una adecuada selección de la prueba diagnóstica a emplear en función del escenario clínico presente y una prueba terapéutica en casos seleccionados, serán suficientes para manejar adecuadamente al paciente pediátrico en la mayoría de los casos. En casos dudosos, la impedanciometría intraesofágica parece claramente superior a la pHmetría, aunque aún no disponemos de estándares adecuados de comparación y su interpretación es más dificultosa y requiere más tiempo que la de dicha prueba.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sullivan JS, Sundaram SS. Gastroesophageal reflux. *Pediatr Rev.* 2012;33:243-53.
2. Lightdale JR, Gremse DA; Section on Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. Gastroesophageal reflux: management guidance for the pediatrician. *Pediatrics.* 2013;131:e1684-95.
3. Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, Hassall E, Liptak G, Mazur L, et al. 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.
4. Orenstein SR, Hassall E, Furmaga-Jablonska W, Atkinson S, Raanan M. Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled trial assessing the efficacy and safety of proton pump inhibitor lansoprazole in infants with symptoms of gastroesophageal reflux disease. *J Pediatr.* 2009;154:514-20.
5. Stordal K, Johannesdottir GB, Bentsen BS, Knudsen PK, Carlsen KC, Closs O, et al. Acid suppression does not change respiratory symptoms in children with asthma and gastro-oesophageal reflux disease. *Arch Dis Child.* 2005;90:956-60.
6. Kleinman L, Rothman M, Strauss R, Orenstein SR, Nelson S, Vandenplas Y, et al. The infant gastroesophageal reflux questionnaire revised: development and validation as an evaluative instrument. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2006;4:588-96.
7. van der Pol RJ, Smits MJ, Venmans L, Boluyt N, Benninga MA, Tabbers MM. Diagnostic accuracy of tests in pediatric gastroesophageal reflux disease. *J Pediatr.* 2013;162:983-7.
8. Ochoa Sangrador C, Andrés de Llano JM. La validez de las pruebas diagnósticas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en la infancia es dudosa. *Ev Pediatr.* 2013;9:63.
9. Rosen R, Lord C, Nurko S. The sensitivity of multi-channel intraluminal impedance and the pH probe in the evaluation of gastroesophageal reflux in children. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2006;4:167-72.