

REFLUJO GASTROESOFÁGICO

¿Qué es?

El reflujo gastroesofágico o regurgitación es la salida por la boca del bebé del contenido gástrico, generalmente leche, en poca cantidad y sin esfuerzo (a diferencia del vómito), a veces rezumando por la comisura de la boca y con mayor frecuencia tras cambios de postura o movilización del niño. Representa una alteración del cierre de la unión del esófago con el estómago que favorece la vuelta del contenido gástrico de nuevo hacia el esófago. El reflujo afecta en mayor o menor medida a la mitad de los bebés normales, sobre todo a los menores de 3 meses de edad, y suele resolverse espontáneamente sin necesidad de tratamiento.

Esta situación tan habitual, se convertirá en un problema si repercute en la ganancia normal de peso del niño. También, en los casos más importantes y persistentes, puede conducir a la aparición de lesiones esofágicas debidas a la acidez de los jugos gástricos y favorecer, en algún caso, la aparición de asma.

¿Cuál es su causa?

La causa del reflujo es una disfunción en la capacidad de la parte inferior del cierre del esófago, ésta puede ser de diferentes grados permitiendo un paso mayor o menor del contenido del estómago. Esta situación depende también del grado de inmadurez del bebé, por ello, al crecer, el reflujo suele mejorar y llega a curarse.

En ocasiones el reflujo acompaña a niños con problemas neurológicos o del desarrollo psicomotor o lesiones del estómago importantes (hernia de hiato).

¿Qué síntomas produce?

Los síntomas son muy variables, dependiendo del grado de reflujo, los más específicos y evidentes son las regurgitaciones y los vómitos, aunque pueden existir episodios de reflujo del contenido gástrico hacia el esófago que vayan sin síntomas y pasen desapercibido: son los casos asintomáticos. En otras ocasiones pueden aparecer síntomas de rechazo del alimento o irritabilidad al tomar el biberón o poco después de las tomas, es decir el bebé parece tener mucha hambre pero al poco de tomar la leche, se pone irritable y no quiere seguir comiendo: son los casos sintomáticos.

¿Cuál es su evolución?

La presentación habitual del reflujo es el bebé que regurgita sin esfuerzo durante los primeros meses de vida, en relación con tomas de alimento, cuando se le moviliza para cambiarle de postura o en relación con estrés ambiental. Al crecer el niño esta situación mejora, en especial al mantenerse sentado hacia los 8 meses, y el 60% se curaran espontáneamente hacia los 18 meses de vida. Por el contrario, los niños sintomáticos tendrán un reflujo más importante y precisaran tratamiento médico y ocasionalmente quirúrgico.

¿Cómo se diagnostica?

La presencia de los síntomas anteriores ya sugiere la posibilidad de un reflujo gastroesofágico, pero en los bebés que regurgitan, ganan bien de peso y no tienen otros síntomas, no es necesario realizar ningún estudio complementario. Sin embargo los bebés que tienen síntomas por la acidez continuada de su vómito y sus regurgitaciones, necesitarán de estudios radiológicos, ecográficos, gammagráficos o endoscópicos para intentar ver el reflujo y las lesiones que haya podido producir en el esófago (esofagitis o inflamación del esófago). Aunque actualmente la técnica más sensible para ver los episodios de reflujo es la pH-metría intraesofágica, la cual mide la cantidad y el tiempo que el ácido del estómago ha permanecido en el esófago, y así poder evaluar la intensidad de este reflujo.

¿Cuál es el tratamiento?

Habrá que valorar si el tratamiento es necesario según la intensidad del reflujo, por ello suele hacerse de forma escalonada. En primer lugar, en los reflujos "leves", si hay que hacer algo se aconseja un tratamiento dietético que se basa en el espesamiento del alimento mediante harinas de cereales. Actualmente se pueden usar también fórmulas AR (anti-reflujo), es decir, biberones que ya contienen un agente espesante (harina de algarroba, almidón de arroz o de maíz), y también se aconseja fraccionar la cantidad de las tomas, aumentando su frecuencia.

Hay otras medidas terapéuticas a emplear en el caso de niños con reflujos intensos o resistentes al tratamiento inicial y que produzcan síntomas importantes o que afecten al crecimiento. Estos tratamientos van desde el uso de diferentes tipos de medicamentos, que han de ser indicados y supervisados por el pediatra, hasta medidas posturales; quedando como última solución para algunos casos aislados la cirugía.