

Manifestaciones clínicas y hallazgos endoscópicos en la esofagitis por reflujo

E. Vaquero Sosa, A. Bodas Pinedo, A. Aldana Grisales, C. Maluenda Carrillo
Servicio de Pediatría. Hospital Clínico «San Carlos». Madrid

Resumen

Introducción: La esofagitis supone una complicación poco frecuente del reflujo gastroesofágico, pero hay que tenerla en cuenta y detectar datos clínicos sugestivos de esta afección para solicitar una endoscopia digestiva.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de casos de esofagitis por reflujo (durante el periodo 1995-2010) y análisis estadístico de los datos.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 41 pacientes, de 4 meses a 16 años de edad, con mayor frecuencia de esofagitis en varones y adolescentes. El 80,5% de los casos eran esofagitis de grado I-II; se observó hernia de hiato en el 58,5% de los casos, sin asociarse a una mayor gravedad de esofagitis ($p=0,7$). La patología neurológica, muy frecuente, se asociaba a esofagitis graves ($p=0,03$) y peor evolución ($p=0,035$). Las manifestaciones clínicas referidas con más frecuencia fueron los vómitos con sangrado digestivo superior, la epigastralgia y la pirosis. La disfagia fue el único síntoma relacionado con un mayor grado de esofagitis ($p=0,05$). También se observaron síntomas extradigestivos por reflujo gastroesofágico (25%).

Conclusiones: En los pacientes con *Helicobacter pylori*, la erradicación de la bacteria supuso una mejora de los síntomas de reflujo. Se detectó una escasa correlación entre los hallazgos de la pH-metría y los endoscópicos ($p=0,32$).

©2014 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave

Reflujo gastroesofágico (enfermedad), esofagitis por reflujo, endoscopia

Introducción

El reflujo gastroesofágico (RGE) es una entidad muy frecuente en la edad pediátrica, pero sólo en un pequeño porcentaje de pacientes aparece esofagitis¹. Al valorar a los pacientes con reflujo, es importante identificar los datos clínicos sugerentes de dicha complicación² para solicitar una endoscopia digestiva alta, que se considera la prueba diagnóstica de elección³.

El objetivo de nuestro trabajo era revisar de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de

Abstract

Title: Clinical manifestations and endoscopic findings of reflux esophagitis

Introduction: Esophagitis is a rare complication of gastroesophageal reflux, but we must take this into account to find clinical suggestive data and to apply the endoscopy.

Patients and methods: A retrospective study of reflux esophagitis during 1995-2010 and statistical analysis of the data.

Results: 41 patients, aged 4 month to 16 years, higher frequency of esophagitis in males and adolescents. Esophagitis grade I-II in 80.5%, hiatal hernia (58.5%) not associated with severity of esophagitis ($p=0.7$). Neurological disease, very common, was associated with severe esophagitis ($p=0.03$) and poor outcome ($p=0.035$). Clinical manifestations were vomiting and upper gastrointestinal bleeding, epigastric pain and heartburn; dysphagia was the only symptom associated with a higher degree of esophagitis ($p=0.05$). Extragastrintestinal symptoms was noted in 25%.

Conclusion: *Helicobacter pylori* eradication led to an improvement in reflux symptoms; pH monitoring and endoscopic findings show poor correlation in infants ($p=0.32$).

©2014 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords

Gastroesophageal reflux (disease), reflux esophagitis, endoscopy

esofagitis por reflujo, y posteriormente analizar si existía una correlación significativa entre los datos clínicos y los hallazgos endoscópicos.

Pacientes y métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con esofagitis por RGE durante un periodo de 15 años (1995-2010). Para ello, se revisaron todos los casos de pacien-

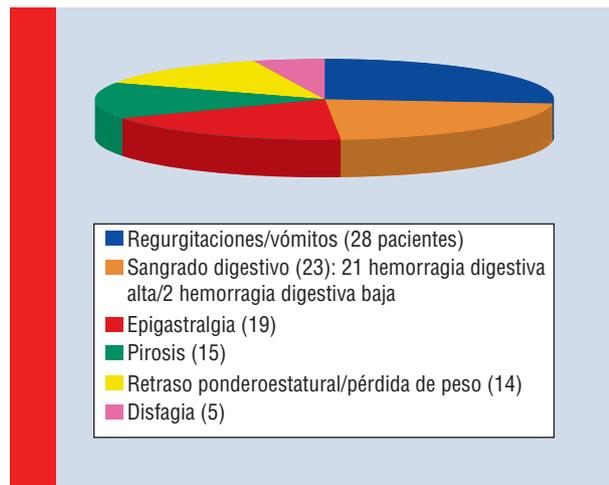


Figura 1. Manifestaciones digestivas

tes con esofagitis diagnosticados mediante endoscopia, y se excluyeron los que presentaban otras etiologías diferentes al reflujo (cáusticos, herpes, etc.). De este modo, se obtuvo una muestra de 41 pacientes con esofagitis por RGE, con un rango de edad comprendido entre los 4 meses y los 16 años. Se procedió a la recogida de los datos de la historia clínica (sexo, edad, antecedentes, clínica, hallazgos endoscópicos y tratamiento) y se realizó un análisis estadístico mediante el programa Stata 10; para las variables demográficas y categóricas se usaron medidas de frecuencia como proporciones, y para los grados de asociación entre variables se usó la prueba de la ji al cuadrado, considerando un valor de $p < 0,05$ como resultado estadísticamente significativo.

Resultados

La media de edad en el momento del diagnóstico fue de 10,9 años, y se observó un claro predominio masculino: 31 niños (75,6%) frente a 10 niñas (24,4%). En los pacientes de 4-24 meses sólo se registraron 2 casos, mientras que en los adolescentes de 13-16 años se detectaron 15 casos (36,58% del total). El 30% de los pacientes presentaba antecedentes familiares de patología digestiva; las afecciones más habituales fueron la úlcera gástrica y la hernia de hiato. Respecto a los antecedentes personales se constató una patología neurológica en 19 pacientes (46,34%), y la alteración más frecuente fue la encefalopatía hipóxica-isquémica (11 casos). Los diagnósticos de los demás casos fueron los siguientes: retraso psicomotor leve (3 casos), encefalopatía motora crónica familiar (1), enfermedad mitocondrial (1), aciduria glutárica (1), leucodistrofia metacromática (1) y ventriculitis con hidrocefalia (1).

Los síntomas digestivos más frecuentes fueron vómitos/regurgitaciones, presentes en 28 de los 41 pacientes de la muestra (70,73%), seguidos de sangrado digestivo alto o bajo, he-

TABLA 1

Escala de Savary-Miller modificada

Grado I	Eritema, edema, erosiones no confluentes, debajo de la línea Z
Grado II	Erosiones longitudinales confluentes no circunferenciales
Grado III	Erosiones longitudinales confluentes y circunferenciales, con tendencia a la hemorragia
Grado IV	Ulceración, estenosis o acortamiento
Grado V	Metaplasia gástrica (esófago de Barrett)

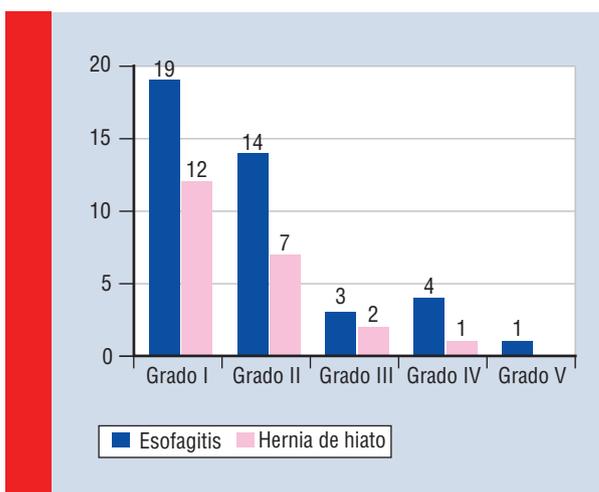


Figura 2. Hallazgos endoscópicos

matemesis (21 pacientes) y melenas (2). La epigastralgia y la pirois (46,34 y 36,6%, respectivamente) también fueron síntomas bastante habituales en los adolescentes sin patología neurológica (figura 1). Las manifestaciones extradigestivas, presentes en un 25% de los pacientes, fueron las siguientes: anemia (12 casos), neumonía aspirativa (8), broncoespasmos (6), irritabilidad/rechazo de tomas (4), síndrome de Sandifer (3), sinusitis crónica (3) y laringitis (2).

Los hallazgos endoscópicos fueron interpretados a partir de la clasificación de esofagitis más aceptada en pediatría, la de Savary-Miller modificada (tabla 1), según la cual en nuestra serie se observó una mayor frecuencia de casos con esofagitis de grado I y II (80,5%) y sólo 1 con esófago de Barrett. Otro hallazgo importante fue el deslizamiento de la unión esofago-gástrica por encima del hiato diafragmático (hernia de hiato), presente en el 58,5% de los pacientes (figura 2). Se estudió la presencia de *Helicobacter pylori* en casos con signos de gastritis (25%), con mejora de los síntomas de reflujo en los que resultaron positivos y recibieron tratamiento para su erradicación.

La pH-metría de 24 horas se consideró indicada en 17 pacientes, por síntomas extradigestivos o para la valoración de cirugía antirreflujo, y se obtuvieron los siguientes resultados:

RGE leve (4 casos), leve-moderado (4), moderado (2), moderado-grave (3) y grave (4).

Todos los pacientes recibieron tratamiento médico (omeprazol o ranitidina) y 16 de ellos precisaron corrección quirúrgica (funduplicatura de Nissen), la mayoría de ellos enfermos neurológicos, debido a una mala evolución clínica y/o endoscópica de la esofagitis.

Discusión

El RGE es un fenómeno fisiológico que puede durar hasta 12-18 meses y también puede aparecer en individuos sanos, sobre todo durante el periodo posprandial¹. La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se produce cuando estos episodios tienen una repercusión clínica en el paciente (síntomas digestivos o extradigestivos), y en un pequeño porcentaje se presentan complicaciones importantes, como la esofagitis⁴.

La esofagitis se produce cuando el contenido gástrico sobrepasa la capacidad defensiva de la mucosa esofágica. Entre sus causas está bien establecido el daño mucoso producido por el ácido clorhídrico del estómago⁵, aunque se ha demostrado que el reflujo mixto es el tipo más relacionado con el desarrollo de esofagitis y la gravedad de ésta^{6,7}. Ello coincide con los datos obtenidos de los pacientes a los que se les practicó una pH-metría, en quienes no se establece una correlación significativa entre el mayor grado de reflujo ácido y la severidad de la esofagitis ($p=0,32$)

Los trastornos esofágicos que conllevan un mayor tiempo de contacto del material refluído con la mucosa del esófago favorecen el desarrollo y la gravedad de la esofagitis⁸. Un estudio multicéntrico pone de manifiesto que la hernia de hiato es el único hallazgo endoscópico (7,7%) que predice el desarrollo de esofagitis⁹; en nuestra revisión de casos, la presencia de hernia de hiato fue más frecuente (58,53%), pero no se detectó una asociación estadísticamente significativa entre ésta y el mayor grado de afectación de la mucosa esofágica ($p=0,7$).

Como se pone de manifiesto en nuestra serie, en la que el 46,34% eran pacientes con enfermedades neurológicas, estos niños constituyen un grupo de riesgo tanto para el desarrollo de esofagitis como para la gravedad de ésta, con una asociación estadísticamente significativa ($p=0,03$), posiblemente debido, como han señalado otros autores, a los trastornos en la motilidad esofágica¹⁰. En nuestro grupo de pacientes no se había tenido en cuenta el estudio del vaciamiento gástrico, puesto que es un factor que no parece estar relacionado con la gravedad del reflujo ni con el grado de esofagitis¹¹.

Como se refiere en la bibliografía, las manifestaciones clínicas más frecuentes en nuestro grupo de pacientes fueron los vómitos con un sangrado digestivo alto asociado, la epigastralgia y la pirosis². Al intentar correlacionar estos datos clínicos con el grado de esofagitis, se observó que el único síntoma asociado a casos más graves (grados III-IV) fue la disfagia ($p=$

0,05). Esta escasa correlación coincide con lo expuesto en varias publicaciones^{12,13}.

En nuestra revisión se detectaron casos de antritis por *H. pylori*, cuya erradicación supuso la desaparición de los síntomas de reflujo. En la bibliografía se ha documentado dicha asociación entre la infección por *H. pylori* y la ERGE, y se concluye que la erradicación de esta bacteria en pacientes con reflujo podría ser beneficiosa para evitar complicaciones¹⁴.

Las manifestaciones extradigestivas secundarias al RGE coinciden con las referidas en la bibliografía¹⁵: síntomas respiratorios (neumonías aspirativas, broncoespasmos), anemia por sangrado, alteraciones neuroconductuales (irritabilidad con rechazo de tomas, síndrome de Sandifer) y afectación otorrinolaringológica (laringitis y sinusitis crónicas).

La prevalencia de esófago de Barrett es inferior al 10% en adultos con esofagitis por reflujo, y se estima inferior en los niños¹⁶. Este riesgo aumenta con la edad y cuando existen alteraciones neurológicas, atresia esofágica o fibrosis quística; sin embargo, en nuestra serie se registra el caso de un adolescente que no tenía patología de base.

Se ha demostrado que los fármacos inhibidores del ácido gástrico (los anti- H_2 y, especialmente, los inhibidores de la bomba de protones) son eficaces para el alivio de los síntomas y la curación de la esofagitis por reflujo, de forma que el tratamiento quirúrgico queda reservado para los casos de mala evolución¹⁷. En nuestra revisión se observó que los pacientes con una patología neurológica de base constituyen un grupo de riesgo que suele precisar cirugía antirreflujo ($p=0,035$).

Conclusiones

Según nuestros resultados, existe una escasa correlación entre los datos clínicos y los hallazgos endoscópicos; sólo la disfagia y la patología neurológica mostraron una relación estadísticamente significativa con la gravedad de la esofagitis. Tampoco se estableció ninguna relación entre el mayor grado de reflujo ácido detectado por pH-metría y la gravedad del daño esofágico. La hernia esofágica fue un hallazgo bastante frecuente, pero no se relacionó con las esofagitis más graves. ■

Bibliografía

1. Armas Ramos H, Ferrer González JP, Ortigosa Castillo L. Reflujo gastroesofágico en niños. En: Tratamiento en gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica SEGHP, 3.ª ed. Madrid: Ergon, 2010; 161-170.
2. Vandenplas Y, coord. Reflux esophagitis in infants and children: a report from the Working Group on Gastro-Oesophageal Reflux Disease of the European Society of Paediatric Gastroenterology and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1994; 18: 413-422.
3. Rudolph CD, Mazur LJ, Liptak GS, et al. 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 Supl 2: 1-31.
4. Indrio F, Riezzo G, Raimondi F, Cavallo L, Francavilla R. Regurgitation in healthy and no healthy infants. Ital J Pediatr. 2009; 35(1): 39.
 5. Semeniuk J, Kaczmarek M, Uscinowicz M, Sobaniec-Lotowska M. Histological evaluation of esophageal mucosa in children with acid gastroesophageal reflux. Folia Histochem Cytobiol. 2009; 47: 297-306.
 6. Orel R, Markovic S. Bile the esophagus: a factor in the pathogenesis of reflux esophagitis in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2003; 36: 172-174.
 7. Jiang M, Chen J, Chen F, Yu J, Liang J, Zhang Y, Ou B. Bile and acid reflux in the pathogenesis of reflux esophagitis in children. J Paediatr Child Health. 2009; 45: 64-67.
 8. Kostovski A. Long-lasting reflux episodes in gastroesophageal reflux and its complications in children. Hepatogastroenterology. 2003; 50 Supl 2: 309-311.
 9. Gilger MA, El-Serag HB, Gold BD, Dietrich CL, Tsou VM, McDuffie A, et al. Prevalence of endoscopic findings of erosive esophagitis in children: a population-based study. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2008; 47: 141-146.
 10. Chitkara DK, Fortunato C, Nurko S. Esophageal motor activity in children with gastroesophageal reflux disease and esophagitis. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2005; 40(1): 70-75.
 11. Del Giudice E, Staiano A, Capano G, Romano A, Florimonte L, Miele E, et al. Gastrointestinal manifestations in children with cerebral palsy. Brain Dev. 1999; 21: 307-311.
 12. Gupta SK, Hassal E, Chiu YL, Amer F, Heyman MB. Presenting symptoms of non erosive and erosive esophagitis in pediatric patients. Dig Dis Sci. 2006; 51: 858-863.
 13. Salvatore S, Hauser B, Vandemaele K, Novario R, Vanderplas Y. Gastroesophageal reflux disease in infants: how much is predictable with questionnaires, pH-metry, endoscopy and histology? J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2005; 40: 210-215.
 14. Moon A, Solomon A, Beneck D, Cunningham-Rundles S. Positive association between *Helicobacter pylori* and gastroesophageal reflux disease in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2009; 49(3): 283-288.
 15. El-Serag HB, Gilger M, Kuebel M, Rabeneck L. Extraesophageal associations of gastroesophageal reflux disease in children without neurologic defects. Gastroenterology. 2001; 121: 1.294-1.299.
 16. Dahms BB. Reflux esophagitis: sequelae and differential diagnosis in infants and children including eosinophilic esophagitis. Pediatric Develop Pathol. 2004; 7: 5-16.
 17. Hassal E. Decisions in diagnosing and managing chronic gastroesophageal reflux disease in children. J Pediatr. 2005; 146: 50-55.