



11237
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA 190
DE MEXICO 24

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
SECRETARIA DE SALUD

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO:
SIGNOS POCO USUALES

T E S I S
Que para obtener la Especialidad de
P E D I A T R I A
p r e s e n t a
GREGORIO ZENTENO MACIAS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

1990



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

CONTENIDO:	PAGINA:
RESUMEN	1
SUMMARY	2
INTRODUCCION	3
MATERIAL Y METODOS	4
RESULTADOS	5
GRAFICAS	7
DISCUSION	12
BIBLIOGRAFIA	14

R E S U M E N

Se evaluó la frecuencia de presentación de los signos poco usuales del reflujo gastroesofágico en 82 niños, con una edad de 1 mes a 12 años, con mediana de 5 meses.

Los signos poco usuales fueron irritabilidad (manifestada por alteraciones en el sueño y llanto frecuente) en el 50 %, posición de Sandifer en el 8.5 %, sangre oculta en heces en el 29.2 % y anorexia en el 4.8 %. La irritabilidad se encontró como único síntoma en el 7.3 % de todos los niños.

Los signos usuales encontrados fueron vómitos en el 80 %, regurgitaciones en el 26.8 %, tos en el 19 % y palidez en el 13.4 %.

Las complicaciones por reflujo gastroesofágico fueron esofagitis en 11 niños y estenosis esofágica en 2 niños.

Se concluye que la irritabilidad no es tan infrecuente como se ha escrito en la literatura. Debe considerarse el diagnóstico de reflujo gastroesofágico en aquel lactante que muestre llanto frecuente con alteraciones en el sueño.

S U M M A R Y

We evaluated the frequency of presentation of unusual signs found in gastroesophageal reflux in 82 pediatric patients, whose ages varied between one month and 12 years - - - with a median age of 5 months.

Unusual signs were irritability (crying, and sleep alterations) in 50 % of cases, Sandifer position in 8.5 %, stool occult blood in 29.2 % and anorexia 4.8 % of cases. Irritability was found as an only symptom in 7.3 % of the children - studied.

Usual signs found, were vomiting in 80 %, regurgitations in 26.8 %, cough in 19 % and pallor in 13.4 %

Complications for gastroesophageal reflux were esophagitis in 11 infants and esophageic stenosis in 2 children.

We conclude that irritability is not as infrequent as -- has been described in the literature. The diagnosis of gastroesophageal reflux must be considered in infants that manifest frequent crying and sleep alterations.

INTRODUCCION

El reflujo gastroesofágico puede ser definido como una disfunción de la porción distal del esófago, ocasionando frecuentemente regreso del contenido gástrico al esófago (1). La frecuencia de esta patología en nuestro medio es desconocida, pero en otros países como Gran Bretaña, los estudios realizados por Carre (2) sugieren una incidencia de 1:500 niños.

Se han sugerido varios mecanismos etiopatogénicos del reflujo gastroesofágico en niños (3-6), pero no hay conclusiones claras al respecto hasta el momento.

El cuadro clínico de los pacientes con reflujo gastroesofágico es muy variado, pudiendose englobar en dos grandes grupos: 1) Signos frecuentes como vómitos, regurgitaciones, esofagitis, hematemesis, melena, anemia por deficiencia de hierro, tos y broncoaspiración. 2) Signos poco usuales como posición de Sandifer, rumiación, irritabilidad (manifestada por llanto, cambios de posición espontáneos y alteraciones en el sueño), anorexia, sangre oculta en heces y muerte súbita (7-10).

El diagnóstico de reflujo gastroesofágico puede realizarse con los siguientes estudios: Esófagograma, gammagrama esofágico con Tc_{99} , medición de la presión del esfínter esofágico inferior, endoscopia con toma de biopsia y determinación del pH intraesofágico (11 y 12).

El objetivo de nuestro estudio es conocer la frecuencia de presentación de los signos poco usuales comparados con los usuales y el papel que tienen los primeros para el diagnóstico de reflujo gastroesofágico.

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron en forma retrospectiva 88 niños con sospecha de reflujo gastroesofágico que acudieron a la Consulta Externa de Pediatría del INP, durante el período comprendido de Enero-Diciembre de 1988, obteniéndose los datos de los expedientes de los pacientes en el archivo clínico del INP.

Mediante hoja de captación se buscó lo siguiente: edad del paciente, sexo, signos como vómitos, regurgitaciones, exofagitis, tos, palidez, irritabilidad, posición de Sndifer, sangre oculta en heces y anorexia.

A todos los pacientes con sospecha de reflujo gastroesofágico se les practicó esofagograma con bario, biometría hemática a aquellos que presentaron palidez y sangre oculta en heces.

Se realizó un análisis estadístico de la información consistente en un análisis descriptivo, gráfico y numérico. En éste último se consideró la media y desviación Standar principalmente.

Con el fin de detectar alguna asociación entre variables se hizo un análisis bivariado utilizando el estadístico χ^2 .

RESULTADOS

De los 88 pacientes con sospecha de reflujo gastroesofágico sólo en el 93 % (82 niños) se comprobó el diagnóstico - por esofagograma.

Para los fines del estudio se eliminaron los 6 pacientes en los cuales no se realizó el diagnóstico. La edad de los pacientes fluctuó desde 1 mes a 12 años, con una Mediana de 5 meses (Gráfica 1). De los cuales 47 fueron del sexo masculino y 35 del sexo femenino (Gráfica 2).

Se obtuvo la siguiente frecuencia de los signos usuales .

Cuadro 1

Frecuencia de signos usuales

Sígnio	No. de casos	%
Vómitos	66	80
Regurgitaciones	22	26.8
Tos	16	19
Palidez	11	13.4

Ver gráfica 3.

Cuadro 2.

Frecuencia de signos poco usuales

Sígnio	No. de casos	%
Irritabilidad	41	50
Posición de Sandifer	7	8.5
Sangre oculta en heces	24	29.2
Anorexia	4	4.8

Ver gráfica 4.

Cuadro 3

Relación de pacientes con palidez, anemia y
sangre oculta en heces.

No. Folio	Gr % de Hb	Sangre O en heces
22	10.2	+
23	8.4	-
28	9.3	+
32	10.1	+
33	9.5	+
34	9.4	-
36	8.8	-
40	8.6	+
59	9.6	-
76	9.3	-
82	10.6	+

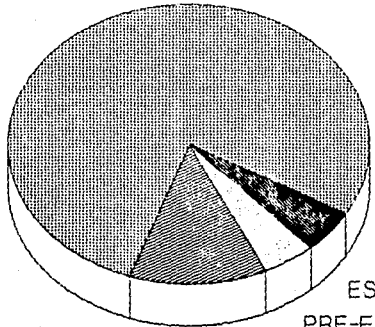
La irritabilidad fué presentada por 41 niños con la siguiente relación:

- a) Como único signo presente al acudir a consulta en 6 casos.
- b) Acompañante de algún signo usual en 35 casos.
(Gráfica 5).

Se corroboró esofagitis en los 11 pacientes en los cuales se sospechó clínicamente, a través de endoscopia y biopsia. Dos pacientes al momento de acudir a consulta presentaron datos clínicos como disfagia y dolor retroesternal, corroborándose estenosis esofágica por esofagograma y endoscopia.

E.R.G.E.: SIGNOS POCO USUALES DISTRIBUCION POR EDAD

LACTANTE MENOR 78%



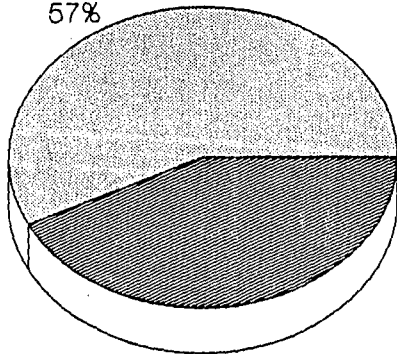
ESCOLAR 5%

PRE-ESCOLAR 5%

LACTANTE MAYOR 12%

E.R.G.E.: SIGNOS POCO USUALES DISTRIBUCION POR SEXO

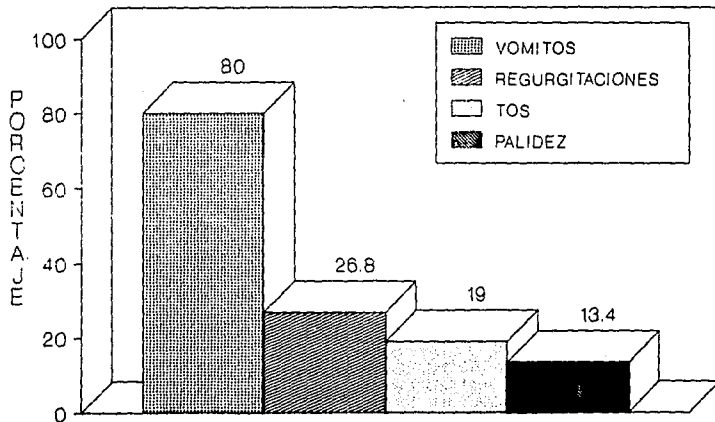
MASCULINO
57%



FEMENINO
43%

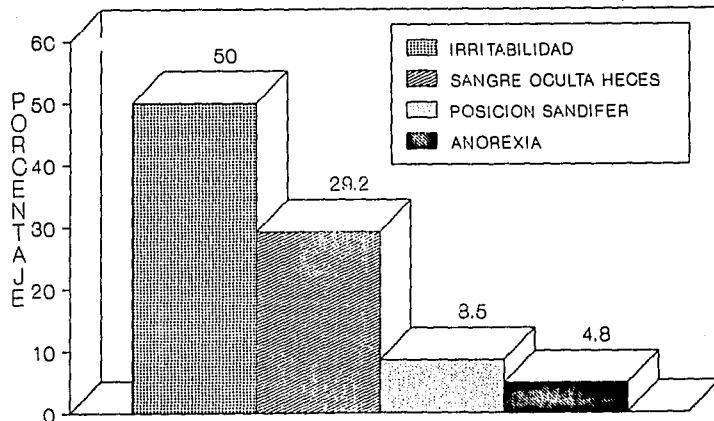
E.R.G.E.: SIGNOS POCO USUALES

Signos usuales encontrandos



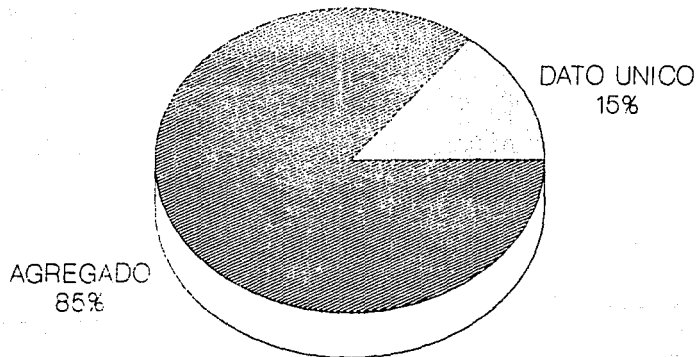
ESTA ES LA
SIGN DE LA
INDUSTRIA

E.R.G.E.: SIGNOS POCO USUALES FRECUENCIA



E.R.G.E.: SIGNOS POCO USUALES

Presentación de irritabilidad



DISCUSION

Uno de los signos más frecuente en el reflujo gastroesofágico es el vómito, encontrando nosotros una frecuencia del 80 %, refiriéndose en la Historia Clínica de todos los niños un inicio desde el nacimiento. Resultados similares a los -- estudios de Randolph y cols. (13) en donde el 97 % de los pa - cientes con reflujo gastroesofágico presentaron vómitos a - partir del tercer día de vida. Herbst menciona una frecuen - cia del 90 % en los niños con reflujo gastroesofágico. (1).

La presencia de tos en los niños con reflujo gastroeso - fágico se ha descrito por varios autores, y para algunos de ellos es de vital importancia para el diagnóstico de esta pa - tología, como Eurler que menciona una frecuencia del 57 % - (14): Rodríguez encontró una frecuencia del 100 % de tos en pacientes con reflujo gastroesofágico asociado a Asma (15). La cifra encontrada por nosotros fué del 19 % y solamente - un paciente asociado a asma bronquial.

La anemia se debe a la pérdida de sangre a través del - tejido inflamado de esófago, aunado a los vómitos presentes en la mayoría de los casos, ocasionan anemia por deficiencia de Hierro (1), cursando con presencia de sangre oculta en -- heces y en ocasiones melena.

De los signos poco usuales, la posición de Sandifer -- fué inicialmente descrita por Kinsburne en el año de 1964 (16) en pacientes con reflujo gastroesofágico; desconociendo hasta el momento su mecanismo exacto, habiéndose sugerido -- dos teorías: a) Posición adoptada por los pacientes con re - flujo gastroesofágico para aliviar el dolor y b) posición -- para prevenir el reflujo dentro de esófago y boca (1).

La presencia de sangre oculta en heces es debida a la - pérdida de sangre por la esofagitis secundaria al reflujo, - encontrando en nuestro estudio una frecuencia de 29.2 %. Oresteín (8) reporta una frecuencia del 13 % en una serie de 15 pacientes.

Un signo encontrado en 5 pacientes fué la presencia de sialorrea, la cual ha sido descrita por varios autores - - (18-21), como mecanismo fisiológico para neutralizar la acidez esofágica, debido al pH alcalino de la saliva.

La irritabilidad fué descrita como llanto constante de predominio nocturno, con alteración en el patrón del sueño - familiar. Refiriendo las madres de los pacientes un "despertar súbito" en la mayoría de los casos. Todos los pacientes fueron tratados medicamente con anticolinérgicos, catalogando la irritabilidad como parte de los "cólicos del lactante" no mostrando ninguna mejoría, siendo motivo de consulta a - este Hospital.

La frecuencia de irritabilidad en niños con reflujo gastroesofágico ha sido escasamente documentada como signo de - esta patología. Drestein (8) menciona una frecuencia del - - 40 %, similar a lo encontrado por nosotros.

En esta serie el único signo que en ocasiones no fué acompañado con otros fué la irritabilidad, la cual se presentó en 6 pacientes (7.3 %) como único dato para ser motivo de consulta. Ramírez Mayans (22) enfatiza la importancia que -- tiene este dato para sospechar reflujo gastroesofágico, y no pensar unicamente en una dispepsia transitoria del lactante con esta sintomatología.

De las complicaciones debidas a reflujo gastroesofági-- co mencionamos las siguientes: Esofagitis, estenosis esofági ca, metaplasia de la mucosa esofágica, enfermedades respiratorias crónicas y apneas recurrentes (1,17). En nuestra serie el 13.4 % presentó esofagitis y el 2.4 % estenosis esofá gica. Shub (12) encontró alta frecuencia de esofagitis (61%) en 33 pacientes con reflujo gastroesofágico.

Concluimos que el diagnóstico temprano de reflujo gas-- troesofágico y el manejo médico adecuado puede prevenir complicaciones como las ya mencionadas. Debemos además tener en cuenta que síntomas como la irritabilidad nocturna sola o -- acompañada de vómitos en un lactante puede y debe orientar-- nos a descartar reflujo gastroesofágico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Herbst J J. Gastroesophageal reflux. J Pediatr 1981;98: 859-870.
- 2.- Carr JJ. The Natural History of the partial thoracic stomach ("hiatal hernia") in children. Arch Dis Child 1959;34:344
- 3.- Werlin SL. Dodde WJ. Mechanims of gastroesophageal re-- flux in children. J. Pediatr 1980;97:244-249.
- 4.- Butterfield DG. Strutehrs JE. A test of Gastroesopha--- geal sphincter competence the common cavity test Am J Dis 1972;17:415.
- 5.- Christie DJ. The Acid reflux test for gastroesophageal reflux. J Pediatr 1979;94:78.
- 6.- Behar J. Biaconi P. Evaluation of esophageal test in the diagnosis of reflux esophagitis. Gastroenterology 1976;71:9.
- 7.- Sondheimer JM. Gastroesophageal reflux among severely retarded childre. J Pediatr 1979;94:710.
- 8.- Orestein SR. Positioning for prevention of infant Gas-- troesophageal reflux. J Pediatr 1983;4:534.
- 9.- Herbst JJ. Friedland G. Hiatal hernia and "rumiation" in infants and childre. J Pediatr 1971;78:261-265.
- 10.- Herbst JJ. Oliveros DG. Gastroesophageal reflux with -- proteinlossing enteropaty and finger clubbing. Am J Dis Child 1976;130:1256.
- 11.- Arasu TS Wyllie R. Gastroesophageal reflux in infante and children comparative accuracy of diagnostic methods. J Pediatr 1980;96:798.
- 12.- Shub M. Ulshen MH. Esophagitis: A frecuent consequence of gastroesophageal reflux in infancy. J Pediatr 1985; 107:881.
- 13.- Randolph JG. Lilly JR. Surgical treatment of gastroeso- phageal reflux in inafnts. Ann Surg 1974;180:479.

- 14.- Euler AR. Byrn WJ. Recurrent Pulmonary Disease in children: A complication of gastroesophageal reflux. Pediatrics 1979;63:47.
- 15.- Rodríguez VH. Villareal PM. Reflujo gastroesofágico asociado a asma bronquial. Bol Med Hosp Infant Mex 1988; 45:442.
- 16.- Kinsborne M. Hiatus hernia with controrions of the neck. Lancet 1964;1:1058.
- 17.- Dahms BB. Rothstein FC. Barrett's esophagus in children, a consequence of chronic gastroesophageal reflux. Gastroenterology 1984;86:318.
- 18.- Miller JA. A. "Supersalivation Syndrome". Jama 1984;252: 3363.
- 19.- Helm JF. Dodds WJ. Acid Neutralizing Capacity of Human Saliva. Gastroenterology 1982;83:69.
- 20.- Dodds WJ. Hogan WJ. Pathogenesis of Reflux Esophagitis. Gastroenterology 1981;81:376.
- 21.- Helm JF. Dodds. WJ. Effect of esophageal emptying and saliva on clearence of acid from the esophagus. N Engl JMed 1984;310:284.
- 22.- Ramírez MJ. Dispepsia transitoria del lactante mito o realidad. Criterios Pediátricos del I.N.Ped. 1989;5:73.