

---

---

## Nuestros autores hace 30 años

Abián Montesdeoca Melián.  
Centro de Salud de Guanarteme.  
Las Palmas de Gran Canaria

---

---

### Comentarios al artículo:

Empleo del ultrasonido en el diagnóstico del reflujo gastro-esofágico en los niños. R. Fuentes Pavón, J. Remírez López, R. Ávila Suárez, L. López Morales, E. Vallejos Roca y V. Pérez Candela. Publicado en Radiología 1985; 27:322-324.

*A mi queridísima madre, por los lindos recuerdos  
y los profundos sentimientos que nunca morirán*

Un bebé llora en medio de la noche, tiene apenas cuatro meses, pero alcanza un volumen y un timbre que ya querrían muchos de los participantes en los programas televisivos de talentos musicales infantiles que abundan en las cadenas de telebasura.

– *Otra vez el niño, Gabriel-*.

– *Pero, ¿no le diste el pecho a las 21:00? ¿Por qué llora otra vez? Es insaciable-*.

– *Anda, prepárale un biberón de 150 ml y métele dos ó tres de cereales, a ver si se calma-*.

– *¿Pero no te dijo la pediatra que los cólicos se acababan a los cuatro meses? Uff, no entiendo nada. Tenemos que llevarlo a un pediatra privado, esto no puede seguir así-*.

Esta escena es habitual y en ella se mezclan multitud de factores que harán que el devenir de Gabriel Jr. tome uno u otro camino. Es como aquellos cuentos de “elige tu propia aventura”, donde en un momento determinado, se ofrecían varias opciones entre las cuales el lector escogía y modificaba el curso de la historia. En el hipocentro de esta historia está Gabrielito, un lactante sano de cuatro meses, hijo de una pareja de primerizos que rondan las 39 primaveras y que acostumbran a tener su vida bien calculada. No reciben el apoyo de otros familiares, porque las abuelas resultan un estorbo (hasta que hagan falta para cuidarlo) y ahí todo el mundo opina. Su principal fuente de información son Google, los foros de padres de páginas ñoñas para nuevos papás y los blogs de gente entendida, sofisticada y “a la última” en tendencias de crianza. Tienen los tiempos bien marcados: el niño come cada tres horas, un poco de pecho y luego 120 ml de leche “Premium Plus Especial Plus” a 35,8°C en todas las tomas como suplemento,

porque se queda con hambre. El baño es a las 19:45 y jamás se retrasa. Hay un turno bien establecido entre los dos si el niño llora, con algunas salvedades en referencia a los turnos de trabajo del padre, ya que la madre está finiquitando su más que corto período de absentismo laboral permitido por su empresa y, bueno, al fin y al cabo es su madre y digamos que no tiene horarios en cuanto a lo que la atención al niño se refiere. Ven series donde los protagonistas tienen hijos y no es ningún drama, es más, sus amigos les juran que sus hijos durmieron toda la noche desde los tres meses de edad, por lo que ellos deben de estar haciendo algo mal. Gabrielito buchea, es una costumbre que tiene... Suele hacerlo más cuando están a punto de salir de casa con el tiempo justo (tras zarandearlo de aquí para allá después de la toma) o cuando le acaban de poner aquel equipito tan mono que le regaló la tía-abuela (que por cierto le queda algo ajustado). Regurgita parte del alimento como unas cinco veces al día y eso, insiste el padre, no debe de ser normal. Además llora con relativa frecuencia, aunque duerme sin estar inquieto unas seis horas seguidas por la noche y a ratos por el día. Muchas veces cuando está despierto, también está tranquilo, pero de repente le da por llorar y hasta que no lo coge la madre y lo pone al pecho o lo montan en el coche, no se le quita. Su pediatra, con años de experiencia, les ha aconsejado (desde las primeras semanas de vida) que reduzcan los suplementos de fórmula artificial, porque el niño sube de peso estupendamente y le están aportando más de lo que necesita. Insiste en que la exploración física (esa especie de “jueguito” que hace cada vez que lo llevan a su consulta) es normal, no ha presentado problemas respiratorios y su llanto es claramente consolable en brazos de su madre o dando un paseo en carrito. Les ha

aconsejado que tras la toma lo mantengan unos 20 minutos en posición ortostática apoyado en su hombro y por supuesto, que usen ropa holgada, pongan la cabecera de la cuna algo inclinada y mantengan al niño lejos de cualquier fuente de humo de tabaco. Pero los padres no lo tienen claro. Cumplen algunas de esas recomendaciones (no todas) y la cuestión es que nunca habrían imaginado tener un hijo así, tan “problemático”. Ellos habían soñado con algo un poco más parecido a un Nenuco... Además, en los tiempos que corren, debe de existir algún remedio que mejore sus vidas, no entienden por qué han de sufrir criando a su hijo, cuando además, les han dicho que el llanto repetido puede alterar gravemente sus niveles de cortisol y convertir esto en un problema serio. Por cierto, eso se lo dijo la de la panadería, que ve a muchos niños pasar por allí. Además, el remedio tiene que ser de rápida acción, a ser posible, en un “click”, que es a lo que estamos acostumbrados hoy en día.

– *Gabriel, he estado hablando con mi prima, la abogada, y me ha dicho que a ella le pasaba lo mismo y que se trataba de un reflujo. Le dio un tratamiento que le mandó su médico particular, el Dr. Expéitez y “Santas Pascuas”: todos a dormir-*

– *Bien, ¿ya le has pedido el teléfono del tal Expéitez? (un hombre y ya mayorcito, por supuesto). No entiendo por qué la pediatra del Centro de Salud no le manda nada-*

Acuden a la consulta del Dr. Expéitez con la esperanza de la mágica solución y salen con una receta con la palabra “omeprazol” garabateada en sánscrito, una ecografía hecha *in situ* compatible con reflujo gastroesofágico, una petición de análisis (que les ha sugerido hacérsela por la Seguridad Social) y un discurso que les ha dejado muy tranquilos. ¡Ah, sí!, y 120 euros menos en el bolsillo también.

– *¿Lo ves?, lo que nos decía mi prima, tiene reflujo. Mañana pedimos cita con la pediatra del Centro de Salud y le aclaramos lo que tiene el niño. Que nos haga la receta del omeprazol y nos pida las pruebas de forma “preferente”-*

– *Sí, cariño. ¡Se va a enterar! Ahora mismo pido la hora por la App de cita previa on line.*

El pediatra privado, además de la medicación, también les recomendó lo de reducir los suplementos (pero usando una leche AR), el tratamiento postural, huir del

tabaco y salir a pasear más a menudo. En esta ocasión, los padres siguieron sus consejos a rajatabla, no como cuando fue la pediatra quien lo hizo. Gabriel Jr. parece que mejora. Las regurgitaciones son menos frecuentes y también las “crisis” de llanto, pero todavía llora más de lo que les gustaría, así que están decididos a hacerle las pruebas al bebé.

– *Buenos días doctora-, dice la madre con gesto serio.*

– *Buenos días, ¿cómo está Gabrielito?-, responde la doctora.*

– *Pues, mucho mejor desde que lo llevamos al Dr. Expéitez. Resulta que Gabrielito tiene reflujo, ¿sabe? Nos explicó el doctor que al niño le falta un esfínter y por eso le quema el esófago la leche que come. ¡Ah!, y también le hizo una ecografía para confirmarlo.-*

– *Conozco el mecanismo del reflujo gastroesofágico en lactantes, gracias y Gabriel lo tiene, pero es normal y no hay que darle mayor importancia. Sólo hay que seguir los consejos que les di y, si no va bien, veremos si es necesaria tomar otra actitud-, comenta la pediatra.*

– *Pues para Expéitez es mandatorio iniciar tratamiento con “homeoprazol” líquido y también nos comentó que le pidiera esta analítica, a ser posible, de forma preferente-*

La doctora traga saliva, siente que ha fracasado y que no ha podido llegar a ganarse la confianza de los padres de su paciente. Se siente ofendida, porque continúa pensando que Gabriel no presenta enfermedad asociada al reflujo y por lo tanto, no necesita omeprazol, ni “homeoprazol”, ni ecografía, ni análisis. No quiere que el niño sufra las consecuencias de la falta de confianza de sus padres en ella, de los condicionantes sociales que hacen ver problemas donde no los hay, de la necesidad de dar un medicamento para mejorar cualquier dolencia por el mero hecho de darle “algo”. Pero ella se siente en desventaja y para los padres lo está. A su favor tiene sus capacidades como comunicadora y la confianza ganada desde que nació Gabriel, pero en su contra tiene varios condicionantes. Primero, a Expéitez le han pagado. Si cuesta dinero ha de ser forzosamente mejor. Segundo, Expéitez es un hombre de mediana edad y gran reputación. Desgraciadamente aún hoy, las pediatras tienen que seguir luchando contra ese tufillo a machismo rancio que sigue arraigado en el ente colectivo en lo referente a la figura de “el médico”. Lo veo cuando, para referirse a una

compañera mía, la nombran como “la chica” o cuando las palabras del residente de primer año (varón) calan más en el familiar que las de una médico adjunta que contradice a las primeras. Y tercero, la doctora tiene en contra que Expéitez ha hecho una prueba diagnóstica que lo confirma y ha iniciado un tratamiento farmacológico, a pesar de que pueda no ser necesario, los padres tienen ahora fijado el objetivo en un fármaco y en unas pruebas complementarias y no en que su hijo simplemente esté bien. En este marco, a la doctora aún le queda comunicarles que la Seguridad Social no financia el omeprazol en solución, que la ecografía aisladamente tiene escaso valor en el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico y que no solicitará las pruebas por no creerlas justificadas. Es muy posible que ahí acabe la relación entre esta familia y la pediatra de su Centro de Salud, siendo Gabriel Jr. quien sufra las consecuencias de este despropósito multifactorial. El resto de las revisiones de salud las harán, por supuesto, en la consulta del Dr. Expéitez, aunque tengan que sacrificarse económicamente para ello (oiga, por el niño, lo que sea).

Sin ánimo de generalizar, ofender, ni polemizar, he de decir que me encuentro ocasionalmente con ejemplos como éste, donde la dación de salud se entremezcla con un pseudomercantilismo cuestionable desde el punto de vista de la ética profesional. Se saltan protocolos, basados en la evidencia científica, se recetan medicamentos innecesarios o se abusa de recursos públicos por el simple hecho de contentar al paciente-cliente y darle el producto que ha venido a comprar: la salud. Bueno, y de paso, que vuelva. Afortunadamente, existen otros muchos profesionales que no caen en ese modo de trabajar, que se ciñen a la evidencia científica y mantienen su *modus operandi* ya sea en su actividad pública o en la privada, evitando que sean los objetivos mal enfocados por los padres (por desinformación u otras cuestiones) los que dicten su actuación, aún a costa de perder clientes o resultar impopulares.

## Introducción

En esta ocasión se me invita a comentar un trabajo publicado hace 30 años por el grupo del insigne Dr. Pérez Candela, referente en la radiología canaria y estatal, profesor polifacético con el que varias promociones

de médicos aprendimos a entender y amar esta parte tan importante de la medicina.

En el año 1985, la ecografía parecía erigirse como una forma incruenta de hacer el diagnóstico del reflujo gastroesofágico (RGE) en niños, evitando la radiación ocasionada por el estudio más usado en esos tiempos, el tránsito esófago-gastro-duodenal con contraste baritado (TEGD)<sup>1</sup>. El trabajo que inspiró al Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Materno Infantil de Las Palmas de aquel entonces y que les hizo ilusionarse con la utilización de la ecografía en el diagnóstico del RGE en niños, fue publicado en 1984 en *Archives of Disease in Childhood*, por los autores *Naik* y *Moore*, pertenecientes al Departamento de Radiología del *Northern General Hospital*, en *Sheffield*, Inglaterra<sup>2</sup>.

Con este instrumento, los autores buscaban optimizar el diagnóstico del RGE en niños, algo que 30 años después aún no se ha conseguido. Aunque parezca mentira, no existe ninguna prueba diagnóstica en la actualidad que pueda erigirse como *patrón de referencia* en el diagnóstico de esta entidad, tan presente en el día a día del pediatra en cualquier ámbito de su actividad asistencial. La clínica sigue mandando y el manejo inicial en la mayoría de las ocasiones se realiza sin recurrir a pruebas complementarias, a no ser que aparezcan determinados signos de alarma que se detallarán más adelante en este comentario (tabla 1) o que interese descartar diagnósticos alternativos. La línea que divide el RGE de la enfermedad ocasionada por RGE (ERGE) es en ocasiones muy difusa y hay que hacer una buena historia clínica para intentar definir donde está el límite entre el RGE fisiológico y la ERGE, subsidiaria de tratamiento específico. Esta diferenciación entre RGE y ERGE no la hacen los autores en su introducción, ya que se trata de una clasificación consensuada algo más actual, pero a la vez, resulta clave a la hora de ser más o menos agresivo en el manejo de los pacientes que sufren uno u otro polo del espectro del RGE.

En el trabajo de *Naik* y *Moore* se sometieron 20 pacientes a un estudio TEGD y ultrasonográfico consecutivos, pero la selección de los pacientes no queda aclarada. No se especifica la clínica de los

pacientes, si tomaban tratamiento alguno o si padecían alguna otra enfermedad. Las edades eran también muy dispares, desde los cuatro días de vida a los 16 años de edad (con condiciones anatómicas y causas de RGE-ERGE bien diferentes)<sup>2</sup>. Teniendo en cuenta estos posibles sesgos, los autores encuentran coincidencia en 18 de los estudios realizados entre el TEGD baritado y la ecografía, infiriendo sin más una similitud en la capacidad de diagnóstico de ambas técnicas, algo que hoy en día está muy en entredicho.

## Material y Métodos

Siguiendo una metodología similar a la del artículo de los autores ingleses, el equipo del Hospital Materno Infantil de Las Palmas sometió a cincuenta niños con clínica sugestiva de RGE (aunque tampoco se concreta la sintomatología) a una comparativa entre TEGD baritado y ecografía, buscando concordancias y diferencias entre ambas técnicas a la hora de diagnosticar RGE (duplicando en número la muestra de *Naik y Moore*)<sup>1</sup>.

Los pacientes enrolados, 28 varones y 22 mujeres, tenían entre unas horas de vida y 15 años de edad. Esta muestra de edades tan dispares, con síntomas no bien definidos ya implica una cantidad de sesgos tal, que cualquier conclusión que se pueda sacar puede estar influenciada por esta heterogeneidad. Años más tarde, la “medicina basada en pruebas”, demostraría que la selección de los pacientes es crucial en cualquier estudio si queremos obtener resultados que puedan aproximarse a la realidad. Aún así, en esos tiempos, este trabajo buscaba estandarizar un método válido para ayudar en el diagnóstico de los niños con el menor daño posible y en ese sentido fue un trabajo a la vanguardia de lo que se hacía en la mayoría de los centros españoles.

En cuanto a la selección de los pacientes, tampoco se especifica si existían enfermedades concomitantes, si recibían tratamiento alguno o no, o si había diferencias importantes en su tipo de dieta. Sin embargo, se hace una descripción muy detallada de la técnica radiológica a realizar, así como la ventana anatómica precisa en donde se iba a intentar visualizar el recorrido retrógrado del alimento hacia

el esófago, buscando su reproductibilidad. En el texto también se especifica que la exploración, una vez encontrada la ventana, debe demorarse al menos cinco minutos en busca de signos radiológicos compatibles con RGE antes de darla por finalizada. Ahora sabemos que aunque se observe repetidamente contenido del estómago refluyendo hacia el esófago, eso es en la mayoría de las ocasiones, fisiológico y no implica ERGE.

Cabe destacar que el radiólogo que realizaba la ecografía, desconocía por completo el resultado del TEGD baritado, impidiendo así su influencia en la búsqueda o no de datos de RGE en la prueba (una especie de cegamiento).

## Resultados

Los autores encuentran que el 82% de los estudios ecográficos realizados detectan signos de RGE, frente a un 68% diagnosticado siguiendo exclusivamente el TEGD baritado<sup>1</sup>. Constatan en ese momento un hecho que hoy es bien sabido, la ecografía es una prueba extremadamente sensible en el diagnóstico de RGE-ERGE, otra cosa es la especificidad, la cual no sobrepasa el 11% en algunos estudios recientes<sup>3</sup>. Habría sido interesante comparar esta muestra con pacientes sanos, sin clínica compatible de RGE y medir las diferencias encontradas. Por otra parte, la caracterización de los pacientes, desgranando aspectos como comorbilidad, tratamiento previo, síntomas extradigestivos, etc, podría haber dado lugar a unos resultados algo más específicos.

En los resultados también hacen una advertencia acerca de las posibles imágenes que podrían ser confundidas con reflujo retrógrado hacia el esófago, como el pilar izquierdo del diafragma, por ejemplo, aportando consejos para evitar diagnósticos fallidos.

## Discusión

En la primera frase de la discusión, los autores ya reconocen que la ecografía es muy útil para detectar el RGE, pero no sus complicaciones. Es exactamente esa característica la que hace que la ecografía se encuentre ya en desuso para el manejo del RGE: no nos permite detectar ERGE. En

el único aspecto en el que la ultrasonografía puede llegar a ser útil en este contexto clínico, es en el diagnóstico diferencial del lactante menor de 3 meses con vómitos de repetición, a la hora de descartar la estenosis hipertrófica de píloro<sup>4</sup>.

A mediados de los años 80 los radiólogos que firman el presente trabajo usaban la ecografía como primera prueba para el diagnóstico de RGE, yendo aún mucho más allá: proponían incluir la exploración gastroesofágica tras la ingesta de alimento en el protocolo de estudio ecográfico general del abdomen (de rutina en todas las ecografías abdominales). Treinta años después, seguramente la gran mayoría de ellos opinarán que esta aproximación diagnóstica nos pondría delante a cientos de pacientes con RGE detectado por ecografía, pero que jamás sufrirán síntomas, ni complicaciones de dicho RGE, por lo que la toma de decisiones en torno a tratamiento se complicaría, en lugar de facilitarse. También proponían los autores emplear la ecografía en el control post tratamiento del RGE.

Finalmente, se expresa en una tabla las ventajas e inconvenientes de todas las técnicas diagnósticas usadas en ese momento para el diagnóstico de RGE y sus complicaciones. Hay que decir que a parte de las que se especifican en dicha tabla, treinta años después, tan solo la medición de la impedancia eléctrica múltiple intraluminal esofágica se ha añadido al arsenal diagnóstico del RGE. Cabe recordar, como adelantábamos al inicio del comentario, que a día de hoy, no existe ninguna prueba complementaria considerada *patrón de referencia* en el diagnóstico de este fenómeno ni de sus complicaciones.

Los autores admiten en la parte final del texto que la detección de RGE por ecografía u otra técnica puede ser considerada fisiológica, dentro de unos límites definidos en un estudio retrospectivo realizado en 470 pacientes por *Cleveland et al.* en 1983, pero fijan la edad máxima en la que puede observarse dicho fenómeno en los 12 meses, cuando hoy se sabe que episodios de RGE son fisiológicos a cualquier edad. No se trata de criterios estandarizados, sino simplemente hallazgos observados con TEGD baritado en una muestra de

pacientes sintomáticos y asintomáticos con ciertas deficiencias metodológicas, por lo que no pueden adoptarse como definitorios de normalidad en la edad pediátrica. *Cleveland et al.* ya reconocen en su trabajo que la presencia de imágenes sugestivas de RGE no puede ser utilizada como único pretexto para iniciar una terapia y que el TGED baritado presenta gran cantidad de falsos positivos<sup>5</sup>.

En el año 2009, las dos mayores sociedades de gastroenterología, hepatología y nutrición, la europea (ESPGHAN) y la norteamericana (NASPGHAN), publicaron una guía de práctica clínica consensuando definiciones, recomendaciones para el diagnóstico y tratamientos disponibles por nivel de evidencia científica, además de normas generales del estilo de vida encaminadas a la prevención del RGE<sup>6</sup>.

En dicho consenso internacional se expresa una clara y tajante postura en torno a la utilización de la ecografía en el diagnóstico de RGE, a saber, *no se debe utilizar como prueba diagnóstica de rutina en los pacientes con sospecha de RGE/ERGE*. Y es que, como hemos comentado ya en este texto, el RGE aparece de forma fisiológica a cualquier edad, aunque es más frecuente en el período postprandial, suele durar menos de tres minutos y habitualmente, no causa ningún síntoma.

A la hora de diagnosticar ERGE, en los niños mayores y los adolescentes suele aparecer un cortejo sintomático típico consistente en dolor/ardor en epigastrio, pirosis, con o sin regurgitación acompañante. La dificultad real se encuentra en diferenciar entre RGE y ERGE en un lactante, donde la sintomatología tiende a ser más inespecífica, difícilmente objetivable y ocasionalmente confusa. A pesar de los avances experimentados en la medicina y de lo frecuente que es esta entidad en todos los ámbitos de la atención pediátrica, su manejo continúa siendo un reto para el profesional, quien debe ganarse la confianza de la familia, ya que en ocasiones el diagnóstico y la obtención de buenos resultados terapéuticos conlleva un más o menos angosto camino basado en el ensayo/error que puede alargarse varias semanas.

La presentación clínica de la ERGE en el

lactante puede ser diversa y en un inicio, cabehacerundiagnósticodiferencialamplio entre todas las causas de regurgitaciones/vómitos a esta edad. La historia clínica y la exploración física nos ayudarán a acotar mucho el espectro de posibles causas, pero aún así, siempre tendremos un mínimo de cuatro ó cinco causas más probables en nuestro paciente. En este punto, la presencia de ciertos síntomas o signos de alarma especificados en la tabla 1, nos harán agilizar el proceso del diagnóstico o derivar de forma precoz a un especialista en gastroenterología pediátrica o a un servicio de urgencias hospitalario (donde haya servicio de cirugía infantil).

Entre los síndromes principales (más frecuentes) que se describen en menores de 24 meses, se encuentran:

1. *Lactantes regurgitadores sin complicaciones evidenciables en la anamnesis/exploración física.* Estos pacientes se benefician de cambios en el estilo de vida que suelen conllevar: modificaciones en el volumen/frecuencias de las tomas, evitar el decúbito 30 minutos después de comer, no usar ropa/pañales muy ajustados, mantener al niño lejos del humo de tabaco, reclinar el cabezal de su cuna y ocasionalmente, el uso de fórmulas espesantes (las cuales no evitan el RGE, pero sí las regurgitaciones "visibles")<sup>4,6,7</sup>.
2. *Lactantes con regurgitación/vómitos frecuentes y escasa ganancia ponderal.* Esta es una situación que obliga a una evaluación profunda, ya que no estaríamos hablando de un RGE fisiológico. En este contexto, hablando de un lactante cuya exploración física sea normal y no nos oriente en el proceso, podrá ser necesario el conocer exactamente el modo de preparación del alimento, así como su horario y volúmenes de comidas, la realización de análisis de sangre y orina encaminados a detectar infección de las vías urinarias, alteraciones iónicas, de equilibrio ácido-base, metabólicas, etc. y, en caso de que estos estudios iniciales no revelen un diagnóstico, y siempre que el paciente se encuentre estable y sin signos de alarma (deshidratación, alteración del nivel de conciencia, taquipnea, desnutrición aguda), las guías recomiendan el ensayo con la evitación de consumo de proteínas de leche de

vaca (y eventualmente también soja<sup>4</sup>) en la madre lactante o el uso de fórmulas extensamente hidrolizadas en el bebé alimentado con lactancia artificial durante dos semanas<sup>6,7</sup>. También se propugna el aumento calórico de las tomas y en opinión de algunos autores, el espesamiento de los alimentos. Si con todo esto el paciente no mejora, se recomienda la derivación a un especialista en gastroenterología pediátrica<sup>6</sup>.

3. *Lactantes con llanto inexplicado e irritabilidad en exceso.* En las guías se pone de manifiesto que, al contrario de lo que se piensa generalmente, el RGE no es una causa común de llanto o irritabilidad en lactantes sanos<sup>6</sup>. Otras causas más frecuentes son la alergia a PLV no mediada por IgE, alteraciones neurológicas, estreñimiento o ITU. Si no se encuentra otra causa más que una posible ERGE, se plantean varias opciones a individualizar según el caso y contexto clínico:

a) Actitud expectante con normas generales de estilo de vida, ya que la mayoría de RGE mejoran con el paso del tiempo

b) Ensayo con exclusión de PLV en madre lactante o fórmula artificial, según sea el caso

c) Pruebas complementarias que ayuden a relacionar RGE con aparición de síntomas (medición de ph, impedancia eléctrica intraluminal o endoscopia digestiva alta), siempre valorando riesgo-beneficio de una u otra técnica y

d) Ensayo durante dos semanas con un tratamiento farmacológico [preferentemente, inhibidores de la bomba de protones (IBPs) con el omeprazol a la cabeza]. Sobre este último punto cabe recordar, dado el uso masivo de IBPs en lactantes, que no existe autorización de las agencias internacionales de medicamentos (EMA y FDA) para el uso de omeprazol en lactantes menores de un año con el pretexto de mejorar el RGE (sí para el esomeprazol, curiosamente). Además hay que pensar en los posibles efectos secundarios como el aumento de riesgo a sufrir diarrea o neumonía, hipomagnesemia o hipersecreción ácida de rebote al suspender bruscamente el

tratamiento. Finalmente, también hay que citar el posible efecto placebo que pueda generar en los padres la administración de un medicamento para el RGE del lactante<sup>6,7</sup>.

4. *Persistencia de las regurgitaciones más allá de los 18 meses de vida.* El RGE con presencia de regurgitaciones visibles o vómitos de repetición es raro más allá de los 18 meses de vida de forma fisiológica. Se recomienda hacer uso de técnicas diagnósticas (endoscopia, ph/impedancia eléctrica y TEGD baritado), especialmente para diagnosticar entidades distintas al mero RGE<sup>6</sup>.
5. *Lactantes con apnea o episodios aparentemente letales.* En aquellas raras ocasiones en las que el RGE es causante de este síndrome, se ha de constatar por monitorización del ph u otro método, unido a polisomnografía la aparición sincrónica de RGE y apnea. De otra forma, este diagnóstico no deja de ser una sospecha que debe ser comprobada a través de algún método objetivo<sup>6</sup>.
6. *Enfermedad recurrente de la vía aérea.* Las sibilancias recurrentes, el asma de difícil control, la enfermedad pulmonar intersticial o las neumonías de repetición se han relacionado con RGE en algunos pacientes. De nuevo se aboga por evitar el manejo empírico con el uso de IBPs sin antes demostrar la asociación de RGE y enfermedad respiratoria a través de medición de ph/impedanciometría, gammagrafía o endoscopia<sup>6</sup>.
7. *Síndrome de Sandifer.* Llamado así tras la descripción que hiciera el neurólogo Paul Sandifer, fue en realidad descrito por primera vez en 1962 por M. Kisbourne. Se trata de un síndrome neurológico desencadenado por un estímulo digestivo. La presencia de ERGE (con frecuencia asociando hernia hiatal), condiciona un tortícolis espasmódico y movimientos distónicos que pueden englobar el cuello, las extremidades superiores (especialmente) y el tronco, tendiendo al opistótonos intermitente, especialmente en período posprandial. Mejora tras la administración de tratamiento antiRGE<sup>6,7</sup>.
8. *Lactantes con síndromes asociados a esofagitis erosiva (hematemesis, anemia,*

*etc.).* Tras ser diagnosticados usualmente a través de endoscopia, estos pacientes son candidatos a recibir tratamiento con IBPs durante 3 meses, con revaloración posterior, pues no todas las causas implican un curso crónico o recidivante<sup>7</sup>.

Existe un grupo de pacientes con especial riesgo a padecer ERGE. Hablamos de pacientes con enfermedades neurológicas, obesidad, intervenidos de atresia esofágica, fibrosis quística, hernia de hiato, prematuridad, transplantados pulmonares y aquellos con historia familiar de ERGE, esófago de Barrett o adenocarcinoma esofágico.

Para concluir, diremos que el RGE es un problema frecuentemente referido o sospechado en la consulta de cualquier pediatra y aún a día de hoy, diferenciarlo de la ERGE no es sencillo. Cabe individualizar cada caso, plantear un diagnóstico diferencial, usar los recursos diagnósticos necesarios cuando se precise de ellos, donde la ecografía tiene un papel muy limitado (sin desmerecer el trabajo de nuestros autores publicado en 1985) y evitar el sobreuso de IBPs al que estamos asistiendo en las últimas décadas, especialmente en el lactante menor de un año<sup>3</sup>.

Para darnos cuenta de este sobreuso de omeprazol en lactantes pequeños, y dejando una cuestión abierta para los lectores de Canarias Pediátrica (como es mi costumbre), reflexionemos: en los últimos cinco años, ¿qué hijo o hija de sanitario (médico, enfermera o auxiliar de enfermería) no ha recibido tratamiento con omeprazol al menos durante un tiempo en la época de lactante? Sería interesante analizarlo.

## Bibliografía

1. Fuentes Pavón R, Remírez López J, Ávila Suárez R, López Morales L, Vallejos Roca E, Pérez Candela V. Empleo del ultrasonido en el diagnóstico del reflujo gastroesofágico en los niños. *Radiología* 1985; 27:322-324.
2. Naik DR, Moore DJ. Ultrasound diagnosis of gastroesophageal reflux. *Arch Dis Child* 1984; 59:366-367.
3. Ferreira CT, Carvalho EC, Sdepanian VL, Morais MB, Vieira MC, Silva LR. Gastroesophageal reflux disease:

exaggerations, evidence and clinical practice. *J Pediatr (Rio J)* 2014; 90:105-18.

4. Winter HS. Gastroesophageal reflux in infants. En: UpToDate, Post TW, ed. UpToDate, Waltham, MA. (consultado el 3 de octubre de 2015).
5. Cleveland RH, Kushner DC, Schwartz AN. Gastroesophageal reflux in children. Results of a standardized fluoroscopic approach. *AJR* 1983; 141:53-56.
6. Vandeplass 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.
7. Lightdale JR, Gremse DA, Section on Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. Gastroesophageal reflux: management guidance for the pediatrician. *Pediatrics* 2013; 131:e1684.