

# A Propósito de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en Niños: una reunión de la Asociación Colombiana de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. ACOGANP

**Dr. Rafael Guerrero Lozano**

Profesor asistente. Universidad El Bosque. Bogotá.

Presidente ACOGANP

**Dr. Carlos Alberto Velasco Benítez**

Profesor asistente Universidad Industrial de Santander.

Bucaramanga. Vicepresidente ACOGANP

**Dr. Norha Luz Yepes Palacio**

Profesora Universidad de Antioquia. Medellín.

Tesorero ACOGANP

**Dra. María Elsy Sepúlveda Hincapié**

Profesora Universidad de Antioquia. Medellín.

Secretaria ACOGANP

**Dra. Cecilia Zamorano Castro**

Cali. Vocal ACOGANP

**Dr. Jorge Alberto Rivera Echeverry**

Medellín. Vocal ACOGANP

**Dr. Wilson Daza Carreño**

Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.

Miembro activo ACOGANP

**Dr. Roberto Gómez Suárez**

Bogotá. Miembro activo ACOGANP

**Dr. Rodrigo De Vivero Castro**

Cartagena. Miembro adherente ACOGANP

**Dr. Marco Alberto Suárez Ureña**

Universidad El Bosque. Bogotá.

Miembro adherente ACOGANP

**Dr. José Fernando Vera Chamorro**

Fundación Cardioinfantil. Bogotá.

Miembro adherente ACOGANP

**Dra. Sonia Cabeza Rodríguez**

Seguro Social. Bucaramanga.

Miembro adherente ACOGANP

**Dr. Fernando Alonso Medina Monroy**

Seguro Social. Bucaramanga. Aspirante ACOGANP.

En noviembre de 1999 la Asociación Colombiana de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (ACOGANP) invitó a sus miembros, y a otros médicos relacionados con el área, a participar en una reunión para proponer a manera de consenso algunas recomendaciones relacionadas con la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Producto de esta reunión, más que un consenso plasmado en una guía de manejo, se dio la discusión en torno a la literatura existente, cuyo resumen nos permitimos presentar.

## DEFINICIÓN

El reflujo gastroesofágico (RGE) es el desplazamiento del contenido gástrico, ácido o alcalino hacia el esófago. Puede o no acompañarse de síntomas y

condicionar o no enfermedad, razón por la cual su espectro varía desde el niño asintomático hasta aquel con patología digestiva o extradigestiva muchas veces importante, pasando por el cuadro sintomático, eventualmente considerado normal. Del análisis de esas variables depende la decisión de estudio y manejo.

## ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA

El esófago es un tubo muscular que transporta el bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago. Tiene regulación a través de las motoneuronas anteriores, para el músculo estriado, que activan el movimiento del esófago en forma secuencial y en dirección caudal. El músculo liso está inervado por el décimo par craneano mediante mecanismos centrales o periféricos. Se reconocen tres segmentos esofágicos, el esfínter superior, el cuerpo y el esfínter inferior (EEI). El primero previene la distensión esofágica durante la respiración y protege las vías aéreas de la aspiración del contenido refluído. El segundo es una zona distensible de relativa baja presión con funciones de transporte. El tercero actúa para evitar el reflujo del contenido gástrico y se relaja para permitir el paso del alimento. Aunque el EEI no está anatómicamente definido, sí lo está desde el punto de vista manométrico, como una zona de alta presión cuya longitud se incrementa desde 1cm, en promedio en el recién nacido, hasta 3 ó 4 cm en el adulto; su función parece encontrarse desarrollada en el recién nacido sano (aunque algunos autores piensan que es funcional hacia la sexta o séptima semana extrauterina), con presiones similares a las de las demás etapas de la vida. En ella influyen: a) la actividad del músculo liso esofágico; b) la regulación autonómica adrenérgica (los receptores alfa condicionan contracción y los beta relajación), la inervación colinérgica del vago (con receptores muscarínicos que producen relajación del EEI después de la contracción y al parecer aumento del tono basal) y el sistema purinérgico, que controla su relajación, c) la regulación química: la pentagastrina, la acetilcolina, la gastrina y la prostaglandina F2 au-