

Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pediatría: revisión bibliográfica

Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease in pediatrics: a literature review

Doménica Melina Fajardo Larrea

ORCID: 0009-0009-9911-9135

Universidad de las Américas, Ecuador

Nicole Alexandra Hidalgo Martínez

ORCID: 0009-0003-6009-5603

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Priscila Salomé Pérez Cabrera

ORCID: 0000-0003-1203-2416

Universidad de las Américas, Ecuador

Vladimir Oswaldo Valenzuela Astudillo

ORCID: 0000-0001-7891-8426

EMASEO EP, Ecuador

Paulina Mishel Iza Pichuasamin

ORCID: 0009-0006-7845-7328

Universidad Central del Ecuador

Doménica Alejandra Mier Rodríguez

ORCID: 0009-0002-9105-804X

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Megan Paola Montenegro Caicedo

ORCID: 0009-0005-6530-8916

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Sara Noemi Manangón Larrea

ORCID: 0000-0002-2663-2730

Universidad Central del Ecuador

RESUMEN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en pediatría es una patología frecuente que puede manifestarse con síntomas variados, desde regurgitaciones y vómitos hasta complicaciones respiratorias y esofagitis. Este artículo de revisión aborda los aspectos fundamentales para el diagnóstico y tratamiento de esta condición en la población pediátrica, destacando la importancia de diferenciar entre el reflujo fisiológico y la ERGE patológica. Para el diagnóstico, se enfatiza el papel de una anamnesis detallada y la exploración clínica, complementadas en algunos casos con estudios específicos como la pH-metría o la endoscopia. En cuanto al manejo, se revisan tanto las medidas no farmacológicas, como cambios en la alimentación y posición, como las terapias farmacológicas basadas en inhibidores de la bomba de protones y antagonistas H₂. Asimismo, se discuten las indicaciones quirúrgicas en casos refractarios. Este artículo busca proporcionar una guía actualizada y práctica para optimizar el abordaje de la ERGE en niños, promoviendo un manejo individualizado y basado en evidencia.

Palabras clave: Reflujo gastroesofágico, Pediatría, Diagnóstico, Manejo, ERGE.

ABSTRACT

Gastroesophageal reflux disease (GERD) in pediatrics is a common pathology that can manifest itself with varied symptoms, from regurgitation and vomiting to respiratory complications and esophagitis. This review article addresses the fundamental aspects for the diagnosis and treatment of this condition in the pediatric population, highlighting the importance of differentiating between physiological reflux and pathological GERD. For diagnosis, the role of a detailed history and clinical examination is emphasized, complemented in some cases with specific studies such as pH-metry or endoscopy. In terms of management, both non-pharmacological measures, such as changes in diet and position, as well as pharmacological therapies based on proton pump inhibitors and H₂ antagonists, are reviewed. Surgical indications in refractory cases are also discussed. This article seeks to provide an up-to-date and practical guide to optimize the approach to GERD in children, promoting individualized and evidence-based management.

Keywords: Gastroesophageal reflux, Pediatrics, Diagnosis, Management, GERD.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una patología frecuente en la población pediátrica, caracterizada por el paso anómalo del contenido gástrico hacia el esófago, lo que puede generar síntomas molestos y complicaciones si no se aborda adecuadamente (1). Este trastorno presenta una amplia variabilidad clínica, desde manifestaciones leves y transitorias hasta cuadros más severos que afectan la calidad de vida de los pacientes y sus familias (2). El diagnóstico y tratamiento de la ERGE en niños representa un desafío para los profesionales de la salud debido a la necesidad de diferenciar entre el reflujo fisiológico, común en lactantes, y la ERGE patológica que requiere intervención médica. En este contexto, resulta fundamental comprender los mecanismos fisiopatológicos subyacentes, las herramientas diagnósticas disponibles y las opciones terapéuticas basadas en la evidencia, que van desde cambios en el estilo de vida hasta intervenciones farmacológicas o quirúrgicas en casos seleccionados (1,2). Este artículo tiene como objetivo proporcionar una revisión integral y actualizada sobre el diagnóstico y manejo de la ERGE en pediatría, con énfasis en un enfoque individualizado y multidisciplinario que permita optimizar los resultados clínicos y mejorar el bienestar de los pacientes pediátricos.

METODOLOGÍA

La metodología empleada para la elaboración de este artículo de revisión narrativa se basó en una búsqueda exhaustiva de literatura científica en bases de datos reconocidas, incluyendo PubMed, Scielo y Cochrane Library. Se seleccionaron artículos publicados en los últimos 10 años, priorizando revisiones sistemáticas, guías clínicas y estudios originales relevantes al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en pediatría. Los criterios de inclusión consideraron publicaciones en español e inglés, con enfoque en población pediátrica, y que abordaran aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos de la ERGE. Se excluyeron estudios con muestras exclusivamente en adultos o aquellos con metodologías poco claras.

La selección de los artículos se realizó en dos etapas: primero, un análisis de títulos y resúmenes para identificar relevancia, seguido de una revisión completa de los textos seleccionados. La información extraída fue organizada y sintetizada para proporcionar un análisis integral y actualizado sobre el tema. Además, se respetaron los principios éticos y de rigor científico durante todo el proceso, asegurando una presentación objetiva y basada en evidencia.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Epidemiología

Los estudios epidemiológicos sugieren que el reflujo gastroesofágico ocurre en aproximadamente el 50% de los bebés menores de 2 meses de edad, 60-70% de los bebés de 3 a 4 meses de edad y el 5% de los bebés a los 12 meses de edad. La relación varón:mujer es aproximadamente 2:1. Los episodios infrecuentes de regurgitación a menudo son fisiológicos y tienden a resolverse con el tiempo (3). Los bebés prematuros están en riesgo de reflujo gastroesofágico debido a la inmadurez fisiológica del esfínter esofágico inferior, el peristalsis esofágico deteriorado, la ingesta de leche relativamente abundante y el vaciado gástrico más lento. La incidencia estimada de reflujo gastroesofágico en bebés nacidos menos de 34 semanas de gestación es de aproximadamente el 22%. Varios estudios han demostrado que hay un subgrupo de bebés con alergia a la proteína de la leche de vaca que presentan regurgitación y vómitos: síntomas que son indistinguibles del reflujo gastroesofágico. Algunos autores sugieren que las dos condiciones pueden estar causalmente relacionadas. Por otro lado, los bebés amamantados tienen menos probabilidades de tener reflujo gastroesofágico que los bebés alimentados con fórmula (4). La lactancia materna también se asocia con una resolución más rápida del reflujo gastroesofágico. Los datos sobre la incidencia de la enfermedad de reflujo gastroesofágico en el grupo de edad pediátrica más allá de la infancia son escasos (4).

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es más frecuente en niños con obesidad, discapacidad neurológica, cardiopatía congénita, anomalías del tracto gastrointestinal, hernia diafragmática congénita y anomalías cromosómicas. La obesidad es un factor predisponente importante. Se ha demostrado que la obesidad se asocia con una mayor relajación transitoria del esfínter esofágico inferior y una mayor presión intragástrica (3).

La enfermedad por reflujo gastroesofágico ocurre con mayor frecuencia en pacientes con fibrosis quística y enfermedad pulmonar intersticial. La influencia mecánica de un diafragma deprimido causado por la hiperinflación, junto con una mayor presión abdominal con tos crónica, podría ser responsable. Un metaanálisis 2018 de seis estudios (n = 548) mostró una fuerte correlación entre la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la hipertrofia adenoidea (5).

Otros factores de riesgo incluyen alimentos grasientos y altamente ácidos, cafeína, alcohol, tabaquismo, comidas excesivas, aumento de la presión intraabdominal, vaciado gástrico retrasado, posición supina y medicamentos (por ejemplo, bloqueadores de canales de calcio, metilxantinas, diazepam, teofilina) (4).

Finalmente, hay una mayor concordancia del reflujo gastroesofágico en gemelos monocigóticos en comparación con los gemelos dicigóticos, lo que sugiere que los factores genéticos podrían tener un papel que desempeñar en la etiología. Se ha asignado un gen para el reflujo gastroesofágico infantil al 9T22-9Q31 (5).

Fisiopatología

El esfínter esofágico inferior es el componente principal de la barrera antirreflujo. El ligamento crural, el ángulo de His y el ligamento frenoesofágico contribuyen a la barrera antirreflujo. La presión del esfínter esofágico inferior normal es de 5–20 mm Hg y es de 4 mm Hg o más por encima de la presión intragástrica. El esfínter se relaja brevemente durante el peristalsis. La relajación transitoria del esfínter esofágico inferior al nivel de presión gástrica o una presión de 0–2 mm Hg puede provocar un paso retrógrado de contenido gástrico en el esófago (6).

De hecho, la mayoría de los episodios de reflujo gastroesofágico son causados por la relajación transitoria del esfínter esofágico inferior desencadenado por la distensión gástrica posprandial. Sin embargo, el reflujo gastroesofágico también puede ocurrir con la presión del esfínter esofágico inferior normal si hay una mayor presión intraabdominal o si hay un vaciado gástrico retrasado (6).

Manifestaciones clínicas

La ERGE en pediatría presenta una amplia variedad de manifestaciones clínicas que pueden variar según la edad del paciente. En lactantes, los síntomas típicos incluyen regurgitación frecuente, irritabilidad durante o después de la alimentación, llanto excesivo, rechazo al alimento y, en casos más graves, retraso en el crecimiento. Estos síntomas suelen ser inespecíficos y pueden confundirse con el reflujo gastroesofágico fisiológico, común en esta etapa del desarrollo (7).

En niños mayores y adolescentes, las manifestaciones tienden a asemejarse más a las observadas en adultos. Entre los síntomas más frecuentes se encuentran la pirosis (sensación de ardor retroesternal), dolor epigástrico, regurgitación ácida y disfagia. En algunos casos, pueden presentarse síntomas extraesofágicos como tos crónica, disfonía, laringitis recurrente, asma no controlada o erosión dental secundaria al ácido gástrico (8).

Es importante destacar que la presentación clínica puede ser atípica o silente en algunos pacientes pediátricos, lo que dificulta el diagnóstico oportuno. Por ello, una anamnesis detallada y la identificación de factores de riesgo son fundamentales para diferenciar la ERGE de otros trastornos gastrointestinales o respiratorios que puedan presentar síntomas similares (7).

El reconocimiento temprano de estas manifestaciones clínicas es crucial para evitar complicaciones como esofagitis erosiva, estenosis esofágica o esófago de Barrett, las cuales pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente pediátrico (8).

Diagnóstico

La ERGE en población pediátrica presenta un desafío diagnóstico debido a la variabilidad de sus manifestaciones clínicas y a la superposición con el reflujo gastroesofágico fisiológico, especialmente en lactantes. El diagnóstico se basa en una combinación de historia clínica detallada, examen físico y, en casos seleccionados, pruebas complementarias (9).

En lactantes y niños pequeños, los síntomas más comunes incluyen regurgitación frecuente, irritabilidad, llanto inconsolable, rechazo al alimento y retraso en el crecimiento. En niños mayores y adolescentes, los síntomas típicos pueden incluir pirosis, dolor epigástrico o retroesternal y regurgitación ácida. Sin embargo, la presentación atípica, como tos crónica, disfonía o síntomas respiratorios recurrentes, también debe ser considerada (9).

El diagnóstico clínico suele ser suficiente en casos no complicados. No obstante, cuando los síntomas son persistentes, severos o atípicos, o si hay sospecha de complicaciones como esofagitis, estenosis esofágica o aspiración pulmonar, se recomienda realizar estudios adicionales. Entre las pruebas diagnósticas más utilizadas se encuentran (10):

1. pH-metría esofágica de 24 horas: Es una herramienta diagnóstica fundamental en la evaluación de la ERGE en pediatría, especialmente en casos donde los síntomas son atípicos o persisten a pesar del tratamiento inicial. Este estudio permite medir de manera continua el pH en el esófago distal, identificando episodios de reflujo ácido y su correlación con los

síntomas reportados por el paciente. Además, proporciona información sobre la frecuencia, duración y severidad de los episodios de reflujo, lo que facilita una caracterización más precisa de la enfermedad (10).

En niños, su uso debe ser cuidadosamente considerado, priorizando casos en los que exista duda diagnóstica significativa o cuando se evalúe la respuesta a terapias específicas. Es importante destacar que la interpretación de los resultados debe realizarse en el contexto clínico del paciente, considerando tanto los valores obtenidos como los síntomas asociados. Aunque es un procedimiento mínimamente invasivo, requiere preparación adecuada y cooperación del paciente para asegurar la calidad del registro (11).

En conclusión, la pH-metría esofágica de 24 horas sigue siendo un estándar de oro en el diagnóstico de ERGE, aportando datos objetivos para guiar decisiones terapéuticas en la población pediátrica (11).

2. Impedanciometría intraluminal multicanal (IIM): Es una herramienta diagnóstica avanzada que permite evaluar de manera precisa los episodios de reflujo gastroesofágico en pacientes pediátricos. A diferencia de la pHmetría convencional, la IIM no solo detecta el reflujo ácido, sino también el no ácido, proporcionando una visión más completa de la fisiopatología del reflujo. Este método mide los cambios en la resistencia eléctrica a lo largo del esófago, lo que permite identificar el movimiento de líquidos, sólidos y gases independientemente de su pH. Además, cuando se combina con la pHmetría, se convierte en una técnica altamente efectiva para correlacionar los episodios de reflujo con los síntomas clínicos del paciente (9).

Su aplicación es especialmente útil en casos complejos o refractarios al tratamiento, así como en niños con síntomas atípicos o extraesofágicos. Sin embargo, su uso requiere personal capacitado y una interpretación cuidadosa de los datos. La IIM representa un avance significativo en el diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pediatría, contribuyendo a un manejo más personalizado y efectivo (10).

3. Endoscopia digestiva alta con biopsia: Este procedimiento permite la visualización directa de la mucosa esofágica, gástrica y duodenal, identificando signos de esofagitis, estenosis o alteraciones anatómicas que puedan contribuir a los síntomas. Además, la toma de biopsias es esencial para confirmar el diagnóstico histológico de esofagitis por reflujo y descartar otras patologías, como la esofagitis eosinofílica o infecciosa. En pacientes pediátricos, la indicación de la endoscopia debe ser cuidadosamente evaluada, considerando tanto los riesgos del procedimiento como la necesidad de sedación (10).

Aunque no es una prueba de rutina en todos los casos de ERGE, su uso está indicado en presencia de síntomas atípicos, complicaciones como el retraso del crecimiento o hemorragia digestiva, o cuando se sospecha una mala respuesta al tratamiento convencional. Este enfoque permite un diagnóstico más preciso y una personalización del manejo terapéutico en esta población vulnerable (9).

4. Estudios radiológicos: Aunque tienen un papel limitado en el diagnóstico de ERGE, pueden ser útiles para descartar anomalías anatómicas como estenosis pilórica o malrotación intestinal (11).

Un enfoque diagnóstico adecuado permite no solo confirmar la presencia de ERGE, sino también orientar el tratamiento y prevenir posibles complicaciones a largo plazo en pacientes pediátricos (10,11).

Es fundamental realizar un diagnóstico diferencial exhaustivo para distinguir la ERGE de otras afecciones con síntomas similares, como alergias alimentarias, infecciones gastrointestinales o trastornos funcionales (11).

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de la enfermedad por reflujo gastroesofágico/ es amplio e incluye la membrana antral/duodenal, la estenosis pilórica, la atresia duodenal, la hernia de hiato, la malrotación intestinal, la invaginación intestinal, la alergia alimentaria (en particular, la alergia a la proteína de la leche de vaca), la intolerancia alimentaria, la acalasia, la gastritis, la gastroparesia, la esofagitis eosinofílica, la úlcera péptica, la sepsis, la hiperplasia suprarrenal congénita, la crisis suprarrenal, el aumento de la presión intracraneal, el síndrome de rumiación, la autoinducida vómitos, síndrome de vómitos cíclicos, envenenamiento por plomo, acidosis metabólica y error congénito del metabolismo. El síndrome de Sandifer a menudo se diagnostica erróneamente como tortícolis espástica (12).

El inicio de regurgitación/vómitos después de los 6 meses de edad, la regurgitación/vómitos crecientes/persistentes después de 1 año de edad, vómitos fuertes constantes, vómitos biliosos, fiebre, letargo, pérdida significativa de peso, irritabilidad excesiva, hematemesis, dificultad para tragar, distensión/sensibilidad abdominal, estreñimiento, melena, hematoquecia, diarrea crónica, disuria, convulsiones, hipotonía o hipertonia, fontanela abultada, micro/macrocefalia, hallazgos neurológicos anormales y hepatoesplenomegalia sugieren un diagnóstico distinto a la enfermedad por reflujo gastroesofágico (12).

Manejo

El manejo de la ERGE en pediatría debe ser individualizado, considerando la edad del paciente, la severidad de los síntomas y la presencia de complicaciones asociadas. El tratamiento puede incluir medidas no farmacológicas, farmacológicas y, en casos seleccionados, intervención quirúrgica (13).

1. Medidas no farmacológicas

Las medidas no farmacológicas constituyen un pilar fundamental en el tratamiento de ERGE, especialmente en los casos leves o como complemento a otras intervenciones terapéuticas. Estas estrategias buscan minimizar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente, promoviendo cambios en el estilo de vida y adaptaciones en las rutinas diarias. Estas incluyen (13):

- Modificaciones en la alimentación: Fraccionar las tomas en volúmenes menores y aumentar la frecuencia. En lactantes alimentados con fórmula, puede considerarse el uso de fórmulas espesadas (14).

- Posicionamiento: Mantener al lactante en posición semi-incorporada después de las tomas y evitar posiciones completamente horizontales, especialmente durante el sueño. Sin embargo, es fundamental equilibrar estas recomendaciones con las guías para prevenir el síndrome de muerte súbita del lactante (14).

- Evitar factores desencadenantes: En niños mayores, se recomienda evitar alimentos que puedan agravar los síntomas, como chocolate, alimentos grasos, cítricos, bebidas carbonatadas y cafeína. Además, la exposición al humo del tabaco se asocia con un aumento en los episodios de reflujo y debe evitarse estrictamente en el entorno del niño (14).

Estas medidas no farmacológicas deben ser personalizadas según las características individuales del paciente y discutidas ampliamente con los cuidadores para asegurar su correcta implementación. La educación y el acompañamiento continuo por parte del equipo médico son esenciales para optimizar los resultados y garantizar el bienestar del niño (13,14).

2. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico de la ERGE en pediatría debe ser considerado cuidadosamente, teniendo en cuenta la edad del paciente, la severidad de los síntomas y la respuesta a las medidas no farmacológicas. A continuación, se describen las principales opciones terapéuticas disponibles (15):

1. Inhibidores de la bomba de protones (IBP): Representan una de las principales opciones farmacológicas en el manejo de la ERGE en pediatría, especialmente en casos moderados a graves o refractarios a medidas no farmacológicas. Estos medicamentos actúan mediante la inhibición irreversible de la enzima H⁺/K⁺ ATPasa en las células parietales gástricas, lo que reduce significativamente la producción de ácido clorhídrico y, por ende, minimiza el daño esofágico asociado al reflujo. Entre los IBP más utilizados en la población pediátrica se encuentran el omeprazol, esomeprazol, lansoprazol y pantoprazol, los cuales han demostrado eficacia en la cicatrización de lesiones esofágicas y en el alivio sintomático. Sin embargo, su uso debe ser cuidadosamente evaluado, considerando factores como la edad del paciente, la dosis adecuada y la duración del tratamiento, con el fin de minimizar posibles efectos adversos, como alteraciones en la microbiota intestinal o deficiencias nutricionales. La indicación de IBP debe basarse en una evaluación clínica exhaustiva y, en casos seleccionados, complementarse con estudios diagnósticos específicos para confirmar la presencia de ERGE patológica (15).

2. Antagonistas de los receptores H₂: Estos fármacos, como la ranitidina y la famotidina, actúan bloqueando de manera competitiva los receptores histamínicos H₂ en las células parietales del estómago, disminuyendo así la producción de ácido clorhídrico. Su uso puede ser considerado en pacientes pediátricos con síntomas leves a moderados o como alternativa cuando los inhibidores de la bomba de protones no son bien tolerados. Sin embargo, es fundamental evaluar cuidadosamente su indicación, duración del tratamiento y posibles efectos secundarios, como el riesgo de tolerancia o alteraciones gastrointestinales. Además, su empleo debe estar respaldado por un enfoque integral que incluya medidas no farmacológicas y el monitoreo continuo del paciente para garantizar una respuesta terapéutica adecuada y minimizar complicaciones a largo plazo (16).

3. Antiácidos: Se utilizan ocasionalmente para el alivio sintomático rápido en niños mayores y adolescentes. Estos compuestos, generalmente a base de hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio o carbonato de calcio, actúan rápidamente para reducir la acidez intragástrica, proporcionando un alivio sintomático a corto plazo. Sin embargo, su uso en niños debe ser cuidadosamente evaluado debido a posibles efectos secundarios, como alteraciones electrolíticas, estreñimiento o diarrea, dependiendo de la composición específica del antiácido. Además, su administración prolongada no está recomendada, ya que no aborda las causas subyacentes de la ERGE y puede interferir con la absorción de ciertos nutrientes. Por lo tanto, los antiácidos suelen reservarse para casos leves o como complemento en el tratamiento inicial,

mientras se implementan otras estrategias más sostenibles y dirigidas, como los inhibidores de la bomba de protones o modificaciones en el estilo de vida (16).

4. Procinéticos: Medicamentos como la metoclopramida y domperidona pueden ser considerados en casos específicos para mejorar el vaciamiento gástrico y reducir los episodios de reflujo. No obstante, su uso está limitado debido a posibles efectos secundarios, como síntomas extrapiramidales (15,16).

5. Protectores de la mucosa esofágica: El sucralfato puede ser empleado en ciertos casos para proteger la mucosa inflamada, aunque su uso en pediatría es limitado. Aunque su uso está indicado principalmente en casos leves o como terapia adyuvante, es fundamental considerar las características individuales del paciente pediátrico y evaluar posibles efectos secundarios, como estreñimiento o interferencia en la absorción de otros medicamentos. Si bien estas medidas son útiles, no sustituyen a los inhibidores de la bomba de protones o los antagonistas H2 en casos moderados a graves, y siempre deben ser administradas bajo estricta supervisión médica (17).

Es fundamental destacar que el tratamiento farmacológico debe ser individualizado y siempre acompañado de medidas no farmacológicas, como cambios en la dieta y el estilo de vida. Además, la indicación de estos medicamentos debe basarse en una evaluación clínica detallada y, en algunos casos, en estudios diagnósticos específicos. El seguimiento periódico es esencial para evaluar la eficacia del tratamiento y ajustar las estrategias terapéuticas según sea necesario (17).

En la tabla 1 se resumen los distintos tratamientos farmacológicos para la ERGE en pediatría.

Tabla 1. Tratamiento farmacológico de la ERGE en pediatría

Fármaco	Indicaciones	Contraindicaciones	Dosis	Observaciones
Inhibidores de la bomba de protones (IBP) (ej. omeprazol, esomeprazol)	Enfermedad por reflujo gastroesofágico confirmada, esofagitis erosiva, síntomas refractarios a medidas no farmacológicas	Hipersensibilidad al fármaco, insuficiencia hepática severa	0.7-3 mg/kg/día divididos en 1-2 dosis (máximo 40 mg/día, según la edad y peso del paciente)	Uso preferentemente a corto plazo. Evaluar necesidad de tratamiento prolongado y monitorear efectos adversos.
Antagonistas H2 (ej. ranitidina, famotidina)	Síntomas leves a moderados de ERGE, alternativa en caso de intolerancia a IBP	Hipersensibilidad al fármaco, insuficiencia renal severa	Ranitidina: 5-10 mg/kg/día en 2 dosis divididas; Famotidina: 0.5-1 mg/kg/día en 1-2 dosis (máximo 40 mg/día)	Menor eficacia que los IBP para esofagitis erosiva. Uso prolongado puede generar tolerancia al fármaco.
Procinéticos (ej. metoclopramida, domperidona)	Retraso en el vaciamiento gástrico asociado a ERGE	Hipersensibilidad al fármaco, trastornos extrapiramidales previos, obstrucción intestinal	Metoclopramida: 0.1-0.15 mg/kg/dosis cada 6-8 horas (máximo 0.5 mg/kg/día); Domperidona: 0.25-0.5 mg/kg/dosis cada 8 horas	Uso limitado debido a efectos adversos como síntomas extrapiramidales. Indicar solo si hay evidencia clara de beneficio.
Antiácidos (ej. hidróxido de aluminio y magnesio)	Alivio sintomático temporal en episodios ocasionales de ardor o acidez.	Insuficiencia renal severa, hipersensibilidad a componentes.	Dosis según indicación del fabricante y peso del paciente; uso ocasional y no prolongado.	No son recomendados como tratamiento primario. Pueden interferir con la absorción de otros medicamentos.
Sucralfato	Protección de la mucosa gástrica en casos específicos de esofagitis erosiva.	Insuficiencia renal severa, hipersensibilidad al fármaco.	250-500 mg cada 6-8 horas (según peso y edad del paciente)	Uso limitado en pediatría; puede causar estreñimiento y alterar la absorción de otros medicamentos.

Nota: Las dosis y recomendaciones pueden variar según la edad, peso y situación clínica del paciente. Es fundamental individualizar el tratamiento y realizar un monitoreo constante para evaluar eficacia y seguridad. Fuente: Elaborada por autores.

3. Tratamiento Quirúrgico

Está reservado para casos seleccionados donde las terapias médicas y los cambios en el estilo de vida no han logrado controlar los síntomas o cuando existen complicaciones graves, como esofagitis erosiva persistente, estenosis esofágica, neumonía por aspiración recurrente o retraso en el crecimiento relacionado con la enfermedad. La funduplicatura laparoscópica, generalmente el procedimiento de Nissen, es la técnica quirúrgica más utilizada y consiste en reforzar la barrera antirreflujo mediante la creación de un manguito alrededor del esófago distal utilizando el fondo gástrico. Este procedimiento ha demostrado ser efectivo en el control de los síntomas y en la prevención de complicaciones a largo plazo. Sin embargo, la decisión de operar debe ser cuidadosamente individualizada, considerando factores como la edad del paciente, la presencia de comorbilidades y el impacto de la enfermedad en la calidad de vida. Es fundamental un enfoque multidisciplinario que incluya pediatras, gastroenterólogos y cirujanos pediátricos para garantizar una evaluación integral y un manejo óptimo. Aunque los resultados suelen ser favorables, se deben discutir con los padres los riesgos potenciales y las posibles complicaciones del procedimiento (18).

CONCLUSIÓN

En conclusión, la ERGE en pediatría es una condición clínica que requiere un enfoque diagnóstico y terapéutico integral, adaptado a las características individuales de cada paciente. La identificación temprana de los síntomas y la

diferenciación entre el reflujo fisiológico y la ERGE patológica son fundamentales para evitar complicaciones a largo plazo. El manejo de esta patología combina estrategias no farmacológicas, como modificaciones en el estilo de vida y la alimentación, con intervenciones farmacológicas en casos seleccionados. Los inhibidores de la bomba de protones y los antagonistas H2 han demostrado ser efectivos en el control de los síntomas y la cicatrización de lesiones esofágicas, aunque su uso debe ser cuidadosamente evaluado por los posibles efectos adversos. En casos graves o refractarios al tratamiento convencional, pueden considerarse intervenciones quirúrgicas como la funduplicatura.

Es esencial que los profesionales de la salud mantengan una actualización constante sobre las guías y recomendaciones actuales para garantizar un abordaje basado en la evidencia. Asimismo, la educación a los padres y cuidadores desempeña un papel crucial en el éxito del tratamiento y en la mejora de la calidad de vida de los pacientes pediátricos afectados por esta condición.

REFERENCIAS

1. Bingham SM, Muniyappa P. Pediatric gastroesophageal reflux disease in primary care: Evaluation and care update. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2020 May;50(5):100784. doi: 10.1016/j.cppeds.2020.100784.
2. Mousa H, Hassan M. Gastroesophageal Reflux Disease. *Pediatr Clin North Am*. 2017 Jun;64(3):487-505. doi: 10.1016/j.pcl.2017.01.003.
3. Leung AK, Hon KL. Gastroesophageal reflux in children: an updated review. *Drugs Context*. 2019 Jun 17;8:212591. doi: 10.7573/dic.212591.
4. Masui D, Nikaki K, Sawada A, Sonmez S, Yazaki E, Sifrim D. Belching in children: Prevalence and association with gastroesophageal reflux disease. *Neurogastroenterol Motil*. 2022 Jan;34(1):e14194. doi: 10.1111/nmo.14194.
5. Poddar U. Gastroesophageal reflux disease (GERD) in children. *Paediatr Int Child Health*. 2019 Feb;39(1):7-12. doi: 10.1080/20469047.2018.1489649.
6. Barnhart DC. Gastroesophageal reflux disease in children. *Semin Pediatr Surg*. 2016 Aug;25(4):212-8. doi: 10.1053/j.sempedsurg.2016.05.009.
7. Slater BJ, Rothenberg SS. Gastroesophageal reflux. *Semin Pediatr Surg*. 2017 Apr;26(2):56-60. doi: 10.1053/j.sempedsurg.2017.02.007.
8. Pérez J, Martínez C, Tolín M, Álvarez G. Diagnóstico y tratamiento del reflujo gastroesofágico. *An Pediatr Contin*. 2013;11(1):1-10. DOI: 10.1016/S1696-2818(13)70112-4
9. Vandenplas Y, Orsi M, Benninga M, Gatcheco F, Rosen R, Thomson M. Infant gastroesophageal reflux disease management consensus. *Acta Paediatr*. 2024 Mar;113(3):403-410. doi: 10.1111/apa.17074.
10. Frongia G, Fetzner UK, Vuille-Dit-Bille RN, Holland-Cunz SG. [Diagnosis and Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease in Childhood. *Ther Umsch*. 2022 Apr;79(3-4):145-150. doi: 10.1024/0040-5930/a001341.
11. Antono B, Dotson A. Gastroesophageal Reflux in Infants and Children: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 2025 Jan;111(1):62-72.
12. Bacarreza D, Ruiz M, Cázares J, Chávez J, Fernández S, Guillén A, et al. Consenso de la Asociación Mexicana de Gastroenterología sobre el diagnóstico y tratamiento del reflujo gastroesofágico y enfermedad por reflujo gastroesofágico en lactantes. *Revista de Gastroenterología de México* 89 (2024) 265---279. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2024.02.003>
13. Sintusek P, Mutalib M, Thapar N. Gastroesophageal reflux disease in children: What's new right now? *World J Gastrointest Endosc*. 2023 Mar 16;15(3):84-102. doi: 10.4253/wjge.v15.i3.84.
14. Berg EA, Khlevner J. Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease in Children. *Pediatr Rev*. 2021 Jan;42(1):51-53. doi: 10.1542/pir.2020-001602.
15. Rosen R. Novel Advances in the Evaluation and Treatment of Children With Symptoms of Gastroesophageal Reflux Disease. *Front Pediatr*. 2022 Apr 1;10:849105. doi: 10.3389/fped.2022.849105.
16. Mohan N, Matthai J, Bolia R, Agarwal J, Shrivastava R, et al. Indian Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ISPGHAN). Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease in Children: Recommendations of Pediatric Gastroenterology Chapter of Indian Academy of Pediatrics, Indian Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ISPGHAN). *Indian Pediatr*. 2021 Dec 15;58(12):1163-1170.
17. Barfield E, Parker MW. Management of Pediatric Gastroesophageal Reflux Disease. *JAMA Pediatr*. 2019 May 1;173(5):485-486. doi: 10.1001/jamapediatrics.2019.0170.
18. Dekonenko C, Holcomb GW 3rd. Laparoscopic Fundoplication for the Surgical Management of Gastroesophageal Reflux Disease in Children. *Eur J Pediatr Surg*. 2020 Apr;30(2):150-155. doi: 10.1055/s-0040-1702139.