

Reflujo gastroesofágico (RGE)

¿Qué es el reflujo gastroesofágico (RGE)?

En condiciones normales, el contenido del estómago y el ácido producido, no vuelven hacia arriba gracias a un músculo situado al final del esófago. Cuando ese músculo llamado esfínter esofágico inferior (EEI) no funciona, el contenido del estómago sube hacia el esófago. Cuando existe un flujo inverso del contenido, lo llamamos reflujo.

Cuando no se trata ese reflujo, el contenido ácido del estómago puede lesionar el esófago produciendo úlceras, cicatrices o sangrado. El contenido del estómago puede subir por todo el esófago e incluso llegar a los pulmones. Esto se llama "aspiración" y puede producir tos, irritación de la vía aérea, bronquitis o neumonías.

En la mayoría de los casos el reflujo puede tratarse con medicamentos orales; pero en aquellos casos en los que los síntomas no han mejorado con la medicación se recomienda la cirugía.

En el tratamiento del RGE se realiza una corbata de estómago alrededor del esófago. Esta corbata hace que la entrada del esófago hacia el estómago sea muy estrecha, dificultando así el paso del contenido del estómago hacia el esófago. Esta cirugía también se llama Nissen.

¿Qué pruebas se necesitan antes de la cirugía?

Cuando un niño/a tiene una sospecha de RGE es necesario realizar una serie de pruebas diagnósticas que nos ayudaran a tomar la decisión sobre del tratamiento más adecuado y decidir si necesitará o no una intervención quirúrgica.

- Tránsito esofago-gastro-duodenal: se trata de unas radiografías que se realizan mientras el niño/a ingieren un contraste oral de manera que podremos ver cómo pasa el contraste desde la boca al esófago y luego al estómago. Podremos ver con esta prueba si el contraste sube del estómago al esófago, demostrando la presencia del reflujo.
- pH-metría: mediante una sonda fina que se coloca por la nariz hasta el estómago medimos la presencia de contenido ácido en el esófago. Nos da información sobre el tiempo de reflujo, número de episodios y si se asocian a algún tipo de clínica (vómitos, tos, dolor, etc.).
- Biopsia esofágica: en algunos casos se realiza una biopsia endoscópica del esófago. En la muestra obtenida podremos ver signos de esofagitis por reflujo.

Cirugía antirreflujo

Existen dos tipos de intervención quirúrgica para el RGE: laparoscópica o mediante cirugía abierta. En ambas, el objetivo es el mismo: crear una corbata de estómago alrededor de la parte inferior del esófago para evitar que el contenido del estómago suba hacia el esófago.

La técnica a realizar la decidirá el cirujano en base a las características específicas de cada paciente, anatomía, número de intervenciones previas, etc.

Cirugía antirreflujo laparoscópica/ Nissen laparoscópico

- El cirujano utilizará 4 o 5 incisiones (cortes) en la piel para poder introducir el material de 5-10 mm dentro del abdomen.
- Se introducirá una pequeña cámara dentro del abdomen para poder ver todas las estructuras: hígado, diafragma, estómago y la parte final del esófago.
- El abdomen se llenará de aire para facilitar una mejor visión de todos los órganos y realizar la cirugía.
- Una vez terminada la cirugía, se saca el abdomen del aire que se ha introducido, se retirará todo el material y se cerrarán todas las heridas con puntos de sutura.

Cirugía abierta/ Nissen abierto

- Se realiza la misma intervención quirúrgica, pero con una única incisión o corte en la piel a lo largo de la línea media del abdomen (laparotomía media).
- Una vez terminada la cirugía, la herida se cierra con puntos de sutura.

En algunos casos será necesario colocar en la cirugía un Gastrostomía (un tubo que va desde el estómago a la piel del abdomen). La gastrostomía es un dispositivo que facilita la alimentación de niños/as con dificultad para la deglución.

Evolución tras la cirugía

- Todos los niños/as operados saldrán del quirófano con una sonda nasogástrica que se retirará a las 24 -48 horas tras la cirugía. La sonda permite que el estómago se pueda vaciar de aire y jugos gástricos y asegura un paso suficiente desde el esófago al estómago.
- Llevarán una profilaxis antibiótica endovenosa durante las primeras 48 horas para evitar infecciones.

- Los niños/as empezarán a comer comida líquida después de 24-48 horas tras la cirugía.
- En el caso de los pacientes que tengan una gastrostomía:
 - La gastrostomía se mantendrá abierta a una bolsa las primeras 24 horas.
 - 24 horas después de la cirugía, se retirará la sonda nasogástrica y se iniciará la alimentación por la gastrostomía.
 - El personal de enfermería os enseñará el uso y mantenimiento de la bomba de alimentación y la gastrostomía.
- Durante el primer mes tras la cirugía, su hijo/a únicamente comerá comida que tenga la consistencia de un puré. Esto se debe a que, tras la cirugía, el paso entre el esófago y el estómago será muy estrecho y no será fácil que pueda comer comida sólida.
- Al mes de la cirugía se realizará un tránsito esofagogástrico donde se evaluará el paso del contraste y la presencia o no de reflujo residual. Si es correcto el niño/a empezará a comer comida sólida.
- El tránsito se repetirá a los 6 meses y al año de la cirugía.
- Posteriormente, se realizarán controles clínicos del niño/a, y en función de la evolución se decidirá la necesidad de realizar alguna prueba diagnóstica o de control.

Complicaciones

- Tras la cirugía es posible que el niño/a tenga dificultad para eructar o vomitar. Esta dificultad es transitoria, es decir que con el paso del tiempo desaparece. Cuando esto ocurre, necesitará reajustar la dieta evitando bebidas carbonatadas, etc.
- Es posible que el niño/a tenga dificultad para tragar alimentos porque la corbata que se ha hecho alrededor del estómago es muy estrecha e impide el paso correctamente. En estos casos se puede valorar realizar dilataciones endoscópicas de la zona estrecha.
- Una complicación a largo plazo puede ser que la corbata se deshaga o que el manguito/corbata se mueva/migre al tórax. En el caso de que esto ocurra, se realizará el tratamiento en función de los síntomas de su hijo/a.