

# Neumopatía por reflujo gastroesofágico

## Gastroesophageal reflux pneumopathy

Beily Sapón-López<sup>(1)</sup>, Kenneth Escobar-Pérez<sup>(1)</sup>, Robin Alvarez-González<sup>(1)</sup>.

1. Departamento de Pediatría, Hospital Regional de Occidente San Juan de Dios, Quetzaltenango, Guatemala.

**Autor correspondiente:** Dra. Beily Sapón López, [melivc1@gmail.com](mailto:melivc1@gmail.com)

**DOI:** <https://doi.org/10.36109/rmg.v160i2.330>

**Recibido:** 10 de Diciembre 2020      **Aceptado:** 28 de Marzo 2021

### Resumen

*Las neumonías persistentes o recurrentes pueden ocurrir en pacientes pediátricos. Son indicación para llevar a cabo una broncoscopia diagnóstica, ya que a veces la causa de la patología recurrente puede no ser infecciosa. Este es el caso de un paciente con sintomatología respiratoria recurrente, a quien se le diagnosticó una neumopatía por reflujo, como resultado de incompetencia del hiato esófago gástrico y su caso fue resuelto con una fundo duplicatura de Nissen.*

**Palabras clave:** Neumopatía, neumonía, reflujo gastroesofágico, niños.

### Abstract

*Persistent or recurrent pneumonia can occur in pediatric patients. They are an indication to carry out a diagnostic bronchoscopy, since sometimes the cause of the recurrent pathology may not be infectious. This is the case of a patient with recurrent respiratory symptoms, who was diagnosed with gastroesophageal reflux pneumopathy as a result of incompetence of the gastro-esophageal hiatus and his case was resolved with a Nissen fundus duplication.*

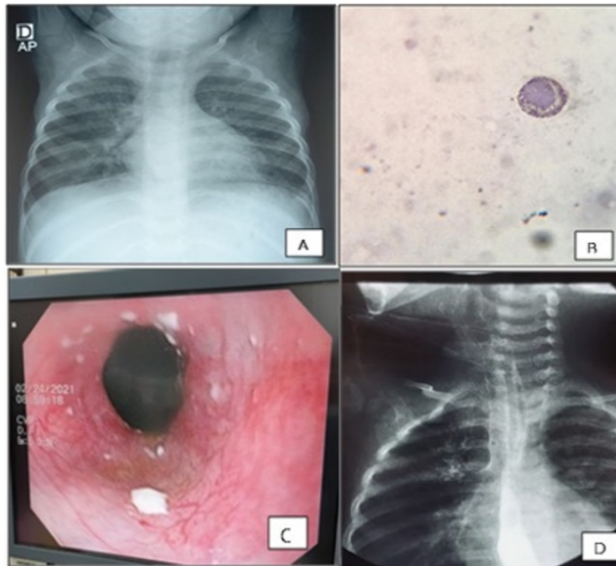
**Keywords:** Pneumopathy, pneumonia, gastroesophageal reflux, children.

## Introducción

El reflujo gastroesofágico (RGE) es el paso del contenido gástrico hacia el esófago con o sin vómitos o regurgitación. Cuando este contenido retrógrado gástrico alcanza al esófago y produce síntomas molestos o complicaciones, se produce la enfermedad por RGE. Las secuelas respiratorias se encuentran entre las manifestaciones más importantes y complejas del reflujo en niños, en particular de neumonitis por aspiración [1], como en el caso que presentamos.

## Presentación de caso

Se trata del caso de un paciente masculino de 1 año 4 meses de edad, cuyo motivo de consulta fue tos productiva de dos meses de evolución. Después de varios tratamientos con antibióticos, paciente es ingresado a hospital local con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad y desnutrición aguda moderada. Fue tratado con ampicilina y cefotaxima a dosis convencionales, y oxígeno suplementario a demanda. Después de 10 días de tratamiento, presenta deterioro clínico y radiológico por lo que se cambian los antibióticos considerando que paciente podría cursar con neumonía asociada a servicios de salud, y le prescriben piperacilina tazobactam a y amikacina. Catorce días más tarde no presenta mejoría clínica ni radiológica por lo que amplían cobertura antibiótica con meropenem y vancomicina. Rx de tórax muestra imágenes radiopacas difusas, bilaterales (Fig. 1A). Refieren paciente a nuestro centro para ser evaluada por neumología pediátrica. El paciente ingresa con peso 8.4kg, talla 73cm, P/T -0.96, FC 103 lpm, FR 38 rpm, P/A 80/40mmhg, SpO2 83% sin uso de oxígeno. Activo, taquipnéico, tórax simétrico, expandible, se ausculta disminución del murmullo vesicular bilateral, estertores crepitantes bilaterales. Los biomarcadores hematológicos demuestran leucocitosis con discreta neutrofilia, proteína C reactiva en 6mg/dl, la PCR-RT SarsCoV2 no detectable. Hemocultivo negativo. La fibrobroncoscopía demostró laringe con epiglotis y aritenoides eritematosos y congestionados. Ambos bronquios principales con secreción espesa, el lavado bronquio alveolar de aspecto espumoso y purulento. El Sudán Negro reportó macrófagos cargados de lípidos (Fig. 1B). Se realizó esofagograma que reporta reflujo gastroesofágico grado V y paso del material de contraste a la vía aérea post regurgitación (Fig. 1D). La gastro endoscopia demostró esofagitis, incompetencia hiatal, hiato esofágico abierto, incompetencia hiatal a la retroflexión hasta dos veces el diámetro del endoscopio (Fig.1C). Paciente fue sometido a fundo duplicatura de Nissen y gastrostomía profiláctica para asegurar la recuperación nutricional. La sintomatología respiratoria se resolvió completamente.



**Fig. 1.** A: Rx de tórax. B: Sudán negro. C: Hiato esofagagástrico. D: Esofagograma

## Discusión

Las secuelas respiratorias se encuentran entre las manifestaciones más importantes y complejas del reflujo en niños, pudiendo causar neumonitis por aspiración [2,3]. La fisiopatología depende de varios factores, que incluyen un pH relativamente bajo (<2,5), la presencia de partículas, la contaminación de la flora orofaríngea y del tracto gastrointestinal y el volumen de aspirado gástrico (> 0,3 ml/kg de peso corporal). El ácido clorhídrico es el factor determinante de la afectación pulmonar. La lesión pulmonar por la aspiración se caracteriza por descamación de la mucosa de la vía aérea, daño en las células de revestimiento alveolar y endotelial, inflamación por células mononucleares con formación de granulomas y presencia de bacterias. A consecuencia de las lesiones se puede presentar broncoespasmo, atelectasias, edema pulmonar, neumonía y/o bronquiectasias [4]. La cirugía antirreflujo puede ser beneficiosa en aquellos niños con enfermedad por reflujo confirmado y con terapia médica óptima fracasada.

## Referencias bibliográficas / References

1. Neumolog SCDE. NEUMOLOGIA. 2018.
2. Trinidad R. Reflujo gastroesofágico en niños. *Práctica Pediátrica*. 1999;8(3):25-30.
3. Torres BOR de, Zarza JAP, Mulet JF. Complicaciones respiratorias en el niño con trastorno de deglución y / o reflujo gastroesofágico. *Protoc diagn ter pediatr* [Internet]. 2017;(1):343-56. Available from: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21\\_complicaciones\\_deglucion\\_rge](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/21_complicaciones_deglucion_rge)
4. Martín Navarro Merino AAM y GPP. Neumonía recurrente y persistente. Available from: [http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/6\\_4.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/6_4.pdf)