Señor Editor:

Con sumo interés leí el artículo que sobre Reflujo gastroesofágico (RGE) publicó el doctor Urrusti Sanz¹ y en el que efectúa una revisión más o menos somera de la enfermedad. Estando casi en su totalidad de acuerdo con lo vertido, quisiera no obstante si usted me lo permite, hacer algunas consideraciones que me parecen pertinentes y útiles.

El RGE es tan frecuente que puede mantener ocupados de manera simultánea a pediatras, cirujanos y gastroenterólogos de niños, así como a médicos generales y neumólogos, y aun así, no ha sido posible saber porque algunos niños sufren el trastorno sin mayor repercusión, ni porque otros que lo sufren en menor intensidad, muy pronto en la enfermedad desarrollan complicaciones tan serias como la estenosis esofágica o periodos de apnea.

Con relación al diagnóstico, tampoco las cosas son tan claras como se deseara. Existen muchos recursos tendientes a identificar el RGE y otros que intentan, por lo general sin lograrlo, "medir la severidad".

El doctor Urrusti-Sanz afirma textualmente que "el ultrasonido es particularmente útil para evaluar la función hiatal y proporciona datos morfológicos concluyentes" y en torno a esto ajustaré mi comentario.

Uno de los principales problemas del RGE es que no existe ningún estudio clínico o de gabinete que proporcione un cien por ciento de certeza. El recurso que se ha considerado como de mayor utilidad alcanza un 80 u 85% de sensibilidad y especificidad: la medición del pH esofágico, que sólo se puede efectuar en unos cuantos centros hospitalarios del país. Existen otros más pero el estudio radiológico dinámico con medio de contraste es un método que puede practicarse en casi

todos los hospitales de segundo y tercer nivel y sólo requiere de la acuciosidad del ejecutante. Este sin duda es el mejor, porque es del que disponemos.

Con relación al ultrasonido como medio para identificar el RGE, efectivamente libros recientes relacionados con esta especialidad, relatan los hallazgos que se pueden encontrar; sin embargo grandes revisiones del tema escritos en libros de texto de Cirugía Pediátrica,^{2,3} no hacen alusión similar alguna y menos como un recurso "concluyente". Considero en lo personal, que un reporte ultrasonográfico sugerente de RGE no debe ser suficiente para afirmar su existencia nociva y mucho menos ser fundamento para justificar una intervención quirúrgica correctiva.

En relación con la funduplicación posterior y que supongo se refiere a la operación de Guarner, quisiera comentar que se efectúa sólo en muy pocas ocasiones en niños. La operación de Nissen modificada o no, es el procedimiento antirreflujo predilecto.

Referencias

1. **Urrusti-Sanz J.** El reflujo gastroesofágico en el lactante. *Gac Méd Mex* 1995;131: 601-603.
2. **Rowe MI, O'Neill JA, Grosfel JL, Fonkalsrud EW, Coran AG.** *Essentials of Pediatric Surgery.* Mosby-Doyma. St. Louis, 1995.
3. **Ashcraft KW.** Gastroesophageal reflux. En: *Pediatric Surgery.* Ashcraft KW, Holder TM (Eds). WB Saunders, 2a edición Philadelphia. 1993:273-275.

Atentamente
Dr. Carlos Baeza Herrera
Académico numerario.