

Enfermedad inflamatoria intestinal en el niño

G. PRIETO BOZANO*

INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal incluye dos trastornos crónicos de etiología desconocida, la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC). El diagnóstico diferencial entre ambas entidades sólo puede realizarse inicialmente en el 85 % de los casos.

La CU es una enfermedad recurrente caracterizada por inflamación y ulceración que afecta exclusivamente a la mucosa del colon. La EC, por el contrario, se caracteriza por inflamación transmural y discontinua que afecta a cualquier tramo del tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano con formación de granulomas no caseosos.

INCIDENCIA Y EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia de EC está aumentando en todo el mundo desde 1950. En nuestro país la incidencia no está bien establecida, pero en Estados Unidos y Norte de Europa se estima en 4-5 por 100.000. Aproximadamente de un 25-30 % de los casos de EC comienzan antes de los 20 años. La incidencia de CU permanece estacionaria y sólo un 15-20 % de los casos comienzan antes de los 20 años.

No existe una significativa predominancia de sexo y los estudios de grupos

ABO y antígenos HLA han sido negativos. La enfermedad es más frecuente en áreas urbanas y en la raza blanca, con alta incidencia en judíos que viven en Europa y Norteamérica. Existe familiaridad en el 15 % de los casos.

CLÍNICA

La sintomatología es proteiforme y con frecuencia variable, en dependencia del tipo de enfermedad, los pacientes pueden presentar diarrea, abdominalgia, rectorragia y tenesmo (más frecuentes en la CU) y/o fiebre, retraso de talla, malnutrición, anorexia, astenia y lesiones perianales (más frecuentes en la EC).

ETIOLOGÍA

La etiología es desconocida. Se han estudiado numerosos factores sin llegar a resultados concluyentes. El desarrollo de la enfermedad se ha atribuido a causas dietéticas, infecciosas, psicosomáticas, vasculares e inmunológicas. Más recientemente se estudia el papel de las prostaglandinas, ácido araquidónico y leucotrienos.

MANIFESTACIONES EXTRADIGESTIVAS

La sintomatología extradigestiva es variada y puede preceder en muchos casos a

* Unidad de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Infantil «La Paz». Universidad Autónoma. Madrid.
* Presentado en el II Memorial Guillermo Arce, setiembre 1989.
* Con la colaboración de NESTLE.

las manifestaciones digestivas. Las alteraciones más frecuentes son:

Articulares: Las artralgias son la manifestación extradigestiva más común. La artritis afecta a un 9-15 % de los pacientes. La espondilitis anquilosante es infrecuente.

Mucocutáneas: Eritema nodoso, pioderma gangrenosum, lesiones papulonecróticas, estomatitis aftosa y pioestomatitis.

Hepáticas: Esteatosis, pericolangitis, hepatitis crónica activa, cirrosis, colelitiasis.

Urinarias: Nefrolitiasis, hematuria, ureterohidronefrosis.

Oculares: Iritis, escleritis, uveítis.

LABORATORIO

Las alteraciones analíticas son debidas fundamentalmente a la inflamación (leucocitosis, VSG acelerada, orosomucoide y PCR aumentados) y a déficits nutricionales por malabsorción o pérdidas fecales aumentadas (anemia, hipoalbuminemia, ferropenia, hipomagnesemia, hipocalcemia, zinc, vitamina B12 y ácido fólico bajos, esteatorrea, α -1-antitripsina fecal aumentada).

RADIOLOGÍA

El enema opaco o de doble contraste en la CU puede mostrar espiculaciones, contorno serrado, ulceraciones en botón de camisa, pérdida de haustras, acortamiento, rigidez y estrechez. Los hallazgos radiológicos en la EC se caracterizan por alteración discontinua y asimétrica con frecuente afectación de intestino delgado. Las úlceras son lineales y es característica la imagen en empedrado. Son frecuentes las fisuras, fístulas y estenosis. Se han comu-

nicado mejores resultados con la técnica de enteroclis. Cuando fracasan otros métodos puede ser útil la gammagrafía con leucocitos marcados con Indio-111.

ENDOSCOPIA

La CU se caracteriza por afectación continua de predominio distal. La mucosa es eritematosa, granulosa y friable con pérdida del patrón vascular, pueden existir hemorragias mucosas, ulceraciones y pseudopólipos. En la EC, por el contrario la afectación es discontinua, la mucosa no es friable y las úlceras son lineales o aftosas. Es característica la imagen en empedrado.

HISTOLOGÍA

La CU se caracteriza por la existencia de ulceraciones mucosas con edema y congestión de la lámina propia, infiltración linfoplasmocitaria y polinuclear con formación de abscesos crípticos y depleción global de caliciformes. En la EC la estructura glandular y la dotación de células caliciformes están conservadas, existen intensos signos inflamatorios con afectación transmural y, como hallazgo más característico, granulomas no caseosos.

COMPLICACIONES

Las complicaciones más frecuentes de la CU son la hemorragia masiva y el megacolon tóxico. La perforación y la estenosis son raras. El riesgo de adenocarcinoma aumenta cuando existe pancolitis, la enfermedad comienza antes de los 9 años y la evolución es superior a los 10 años. Se estima que el riesgo durante los primeros 10 años es del 3 % y de un 20 % por cada década posterior. El riesgo de cáncer es menor en la EC, pero son mucho más fre-

cuentas la estenosis, perforación, fístulas y abscesos.

TRATAMIENTO

Dietético: Debe adaptarse a la situación clínica del paciente. En muchos casos será suficiente una dieta libre hipercalórica. En algunos pacientes de EC puede ser necesario retirar la lactosa de la dieta. En el ataque severo de CU debe recurrirse con frecuencia a la nutrición parenteral total. Igualmente el paciente con EC muy comprometido puede precisar de nutrición parenteral o enteral a débito continuo con dieta elemental. Deben corregirse los déficits nutricionales específicos (polivitamínicos, hierro, ácido fólico, zinc, magnesio, etc.).

ACTH o corticoides: Especialmente eficaces en el ataque severo de CU y en los episodios iniciales de EC con afectación de intestino delgado. Dosis: 1-2 mg/kg/día. La medicación debe suspenderse, si es posible a corto plazo (4-8 semanas). En tratamientos prolongados es mejor utilizar pequeñas dosis a días alternos. Se está ensayando el uso de pivalato de tixocortal, un agente antiinflamatorio sin acción glucocorticoide.

Sulfasalazina: Muy útil en el tratamiento de los ataques leves o moderados de CU y en la EC con afectación cólica. Previene o disminuye las recaídas en la CU. Su efecto en la prevención de recaídas de EC es discutible. Se escinde por la flora cólica en ácido salicílico y sulfapiridina. La acción terapéutica depende de la primera y los efectos secundarios de la segunda. Dosis: 30-100 mg/kg/día. Los nuevos compuestos de 5-ASA o ADS (mesalazina, olsalazina) son igualmente eficaces y con menos efectos secundarios. La dosis no está bien establecida en niños (aprox. el 40-50 % de la sulfasalazina).

Inmunosupresores: Se ha utilizado la 6-mercaptopurina y la azatioprina. Se han comunicado resultados contradictorios sobre su utilidad. Están indicados en caso de resistencia o dependencia a los corticoides. Dosis: 1-2 mg/kg/día. Su efecto es valorable a partir de los 3 meses de iniciado el tratamiento y debe mantenerse 1-2 años.

Enemas de retención: Se utilizan corticoides o 5-ASA. Están indicados en caso de CU distal.

Metronidazol: Util, sobre todo, en las lesiones perinatales de la EC. Dosis: 15 mg/kg/día.

Otros agentes: Loperamida, resincolectiramina, cromoglicato.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Las indicaciones absolutas son la colitis fulminante (más de 2 semanas), megacolon tóxico (más de 72 horas), hemorragia masiva, perforación, obstrucción, absceso y fístulas. Las indicaciones relativas son el retraso de crecimiento, manifestación sistémica no controlada, displasia y profilaxis de adenocarcinoma.

Las técnicas más usadas en la CU son la colectomía con ileostomía, ileostomía continente, colectomía con proctostomía y anastomosis ileorrectal y colectomía con anastomosis ileoanal y reservorio ileal. En la EC la cirugía tiende a ser conservadora.

PRONÓSTICO

Los pacientes de EC con afectación cólica tienen más complicaciones extraintestinales y requieren más cirugía. En general, la EC tiene una alta morbilidad, pero baja mortalidad. El riesgo de cáncer es bajo y no está justificada la colectomía profiláctica.

Aproximadamente un 50 % de los pacientes de CU tienen una evolución crónicamente activa y en un 20 % la enfermedad es incapacitante. Un 1/3 de los pacientes requieren colectomía. Cuando sólo existe afectación distal el pronóstico es

bueno. El pronóstico a largo plazo está dominado por el riesgo de cáncer, por lo que debe plantearse la colectomía profiláctica en los pacientes con pancolitis de más de 10 años de evolución.