

EDITORIAL

Los pantalones largos en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Hace bastantes años, los niños al pasar a la adolescencia sufrían una ceremonia interesante, que era la de dejar los pantalones cortos y ponerse pantalones largos como expresión de que se hacían mayores y responsables, dejando atrás las chiquillerías.

En pediatría, aún en nuestro medio, la EII no es de gran frecuencia, pero los pacientes pediátricos que sufren esta enfermedad, deberán necesariamente en algún momento ser transferidos a un médico de adultos.

Esta transición debe ser lo más fluida posible y es un tópico sobre el cual se ha escrito bastante. La relación médico paciente del pediatra con el niño y luego adolescente y con su familia directa como los padres, suele ser bastante fluida y dependiente y el hacer un cambio debe ser lo menos traumático posible. La edad límite para considerar a un paciente pediátrico son los 15 años, pero hay países donde este se prolonga hasta los 18 años.

Esta diferencia de 3 años podría utilizarse en hacer la transición en una misión compartida por ambos especialistas. Hay un paso del bastón de la carrera de postas gradual.

Interesante es tener toda la información disponible hoy del paciente en una carpeta o "fólder", o incluso en forma electrónica en un CD o en un "pen drive" con los estudios de imágenes que puedan ser digitalizados. Tener diáfano el momento del diagnóstico y su fundamento, ya que en ocasiones puede tratarse de diagnósticos dudosos en esta patología y es necesario replantearse para confirmar que lo que se está haciendo es correcto.

Los tratamientos recibidos y su efecto debieran ser claramente resumidos, ya que podrían tener repercusiones en la edad adulta, como por ejemplo el uso de corticoides por períodos prolongados y su acción sobre huesos, glándula suprarrenal y el desarrollo pondoestatural y puberal.

Requerir de suplementos de calcio desde edades precoces y evitar daños de caderas, huesos largos etc.

La terapia esteroideal en niños puede ser modificada a uso de Budesonida, con menos efectos colaterales, recordando que su efecto es mejor y deseable en pacientes portadores de compromiso ileal y de colon derecho. Su efecto en colon distal es menor.

Hay antibióticos como el ciprofloxacino que debe evitarse en la niñez. Los 5 ASA derivados deben ser suplementados del uso de Acido Fólico y utilizar como dosis de mantención en Colitis ulcerosa pero no esta tan demostrada su utilidad en la mantención del Crohn.

La terapia inmunosupresora, va adquiriendo cada vez mayor relevancia como terapia de mantención y de "ahorro" de esteroides o de uso en los esteroides dependientes. Deben ser utilizados prudentemente en niños y el Metroxato evitado.

La Cyclosporina A y la Ptalidomida se usan muy excepcionalmente .

La terapia biológica, que ha irrumpido con fuerza en el último tiempo como último paso del “step up” o como se preconiza por algunos autores como el primer paso del “step down”, es de uso excepcional en niños. Debemos recordar que se trata de proteínas quiméricas de ratón en anticuerpos monoclonales anti TNF- alfa (Infliximab). Se han producido nuevos derivados con componentes más humanizados, pero que aún están en etapas de evaluación. Su costo muchas veces es prohibitivo, tiene efectos colaterales y ha aparecido el fantasma del linfoma hepatoesplénico.

Deben ser evaluados en su indicación por un grupo de expertos en los niños con controles periódicos. Es necesario recordar que las indicaciones son conocidas y mejor respuesta se obtiene en Crohn de ileon terminal (NOD-2/CARD positivo), en Crohn fistulizante y en compromiso extraintestinal severo. (píoderma gangrenoso- oftalmopatía etc).

No está indicado en enfermedad estenosante y si hay evidencias de buenos resultados en pacientes portadores de Colitis ulcerosa.

Suele, realizarse estudios endoscópicos en exceso para evaluar resultados de la terapia, esta debe ser evaluada clínicamente y es necesario recordar que la remisión clínica satisfactoria no siempre significa que el intestino está sano a la endoscopia y biopsia. Debe bastar con una buena respuesta clínica.

Por último es necesario contemplar el problema del inicio precoz en la vida de la EII de colon para estudiar el riesgo de desarrollar neoplasias y los niños cumplen 10-12 años de enfermedad en edades precoces y es necesario realizar estudios endoscópicos anuales buscando Displasia o DALM.

La colonoileoscopia debe ser lo menos traumática posible en los niños, ya que desgraciadamente la tendrán que repetir varias veces en su vida y se requiere que no tengan rechazo al examen.

En ocasiones puede ser útil en el manejo del diagnóstico el uso de anticuerpos pANCA y ASCA, lo que no debe excluirse de nuestro arsenal.

Los niños, no son hombres pequeños, requieren de un manejo muy especial y tenemos pediatras y médicos de adultos, la obligación de hacerlos transitar fluidamente a su edad adulta y ayudarlos a ponerse pantalones largos.

DR. ROQUE SÁENZ

Sub Jefe

The Latin American Advanced Gastrointestinal Endoscopy Training Center
Clínica Alemana UDD Santiago.