

ACTITUD DIAGNÓSTICO-TERAPEUTICA

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA (EII) EN LA EDAD PEDIÁTRICA

A. Zurita Molina, S. Roper

Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Departamento de Pediatría. Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

RESUMEN

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) en la infancia y adolescencia requiere un manejo terapéutico claramente diferenciado del de la edad adulta, lo que es debido fundamentalmente a los profundos efectos que la enfermedad va a tener sobre el crecimiento y desarrollo del paciente pediátrico. Un tratamiento médico individualizado que cubra requerimientos nutricionales y contemple los aspectos psico-sociales de la enfermedad en este grupo etario es decisivo.

Palabras clave: Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Soporte medicamentoso y nutricional. Apoyo psicosocial.

MANAGEMENT OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE (IBD) IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

SUMMARY

A treatment program caring for the child and adolescent with Inflammatory Bowel Disease (IBD) requires approaches clearly different than those for the adult, mainly due to the profound effects of the illness on the growth and development of the pediatric patient. A personalized therapy that considers nutritional needs and the psychosocial aspects of the disease is critical in this young patient population.

Key words: Inflammatory Bowel Disease. Medications and nutritional support. Psychosocial support.

BSCP Can Ped 2006; 30 (1): 41-45

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la EII en la Infancia debe tener como principal objetivo, aparte del control de la

enfermedad en sí, mantener un crecimiento y desarrollo adecuados del paciente aportando los nutrientes necesarios para ello.

Basados en esta prioridad, podemos considerar los siguientes principios terapéuticos básicos en la edad pediátrica:

- FRENAR LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA
- MANTENER EL ESTADO REMISIÓN
- PREVENIR RECAÍDAS
- EVITAR EFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO
- GARANTIZAR EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO ADECUADOS

TRATAMIENTO INTEGRAL EII

El paciente pediátrico, al igual que sucede en otras etapas de la vida, va a necesitar de un tratamiento integral, donde junto a los aspectos puramente médicos y nutricionales hay que ofrecer un apoyo psico-social, dirigido tanto al enfermo como a sus familiares próximos y también en el entorno de la escuela u otros centros de enseñanza dependientes de su edad.

Así pues, vamos a referirnos al tratamiento integral de la EII en Pediatría de forma esquemática e individualizada:

1.- TRATAMIENTO MÉDICO

- A) FARMACOLÓGICO
- B) NUTRICIONAL
- C) QUIRÚRGICO

2.- TERAPIA DE APOYO PSICOSOCIAL

Correspondencia:

Amado Zurita Molina

Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición
Pediátrica. Hospital Univ. Ntra. Sra. de Candelaria
Ctra. del Rosario s/n. 38010 Santa Cruz de Tenerife
e-mail: azurita@contf.es

1.- TRATAMIENTO MÉDICO

A) TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Aminosalicilatos
- Corticoides
- Antibióticos
- Inmunomoduladores
- Terapias biológicas

COLITIS ULCEROSA (CU)

— Tratamiento de la enfermedad activa:

- Sulfasalazina (50-75 mg/kg/día, hasta 3-4 g/día).
- 5-ASA oral (50-100 mg/kg/día, hasta 4 g/día).
- Corticosteroides (Prednisona 1 mg/kg/día, hasta 40-60 mg/día).
- 5-ASA enemas (4 g por la noche).
- Hidrocortisona 100 mg/ budesonida 2 mg (enemas).
- Sulfasalazina (50 mg/kg/día hasta 3 gr/día).

— Mantenimiento de la remisión:

- 5-ASA oral (50 mg/kg/día hasta 3 g/día).
- 5-ASA enemas (2 g/4 g) cada noche o a noches alternas.
- Azatioprina (2 mg/kg/día) ó 6-MP (1,5 mg/kg/día).

ENFERMEDAD DE CROHN (EC)

— Tratamiento de la enfermedad activa:

- Esteroides convencionales (1mg/kg/día, hasta 40-60 mg/kg/día de prednisona).
- Budesonida CIR (9 mg/día) para la afectación ileal o colon derecho.
- 5-ASA oral (50-100 mg/kg/día, hasta 4 g/día).
- Sulfasalazina (enfermedad colónica).
- Metronidazol (10-20 mg/kg/día, hasta 1 g/día).
- Ciprofloxacina (valorando sus efectos secundarios, 20 mg/kg/día).
- Azatioprina (2 mg/kg/día).
- 6- Mercaptopurina (1,5 mg/kg/día).

Metotrexato (5-20 mg/semana en monodosis o repartido en 3 tomas separadas 12 horas entre sí, hasta un máximo de 30 mg/semana) monitorizar niveles.

Infliximab (5 mg/kg/dosis) cada 8 semanas e.v.

— Tratamiento de la enfermedad perianal:

Metronidazol (10-20 mg/kg/día).

Ciprofloxacina (20 mg/kg/día).

6- Mercaptopurina (1,5 mg/kg/día).

Metotrexato.

Infliximab (5 mg/kg/dosis) cada 8 semanas e.v.

— Mantenimiento de la remisión:

Metronidazol (10-20 mg/kg/día).

Ciprofloxacina (20 mg/kg/día).

6- Mercaptopurina (1,5 mg/kg/día).

Metotrexato.

Infliximab- Remicade® (5 mg/kg/dosis) cada 8 semanas e.v. (existe poca información sobre la duración del tratamiento).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-FARMACOLÓGICAS DE LOS MEDICAMENTOS EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA EII PEDIÁTRICA

AMINOSALICILATOS

SULFASALAZINA (SASP)

DERIVADOS ÁC. 5-AMINOSALICÍLICO (5-ASA). Mesalazina

– Mecanismo acción: Inhiben la vía lipoxigenasa, metabolismo del ácido araquidónico produciendo leucotrieno B4.

– Actúan colon-ileon terminal.

– Efectos secundarios (20%): Cefaleas, náuseas, vómitos, rash, dispepsia, diarrea. Otros: Pancreatitis, hepatotoxicidad, nefritis intersticial, pericarditis.

– Previenen neoplasias.

CORTICOSTEROIDES

PREDNISONA : 1 mg/Kg/día (máx. 60 mg/día)

METIL-PREDNISOLONA (vo-ev.)

BUDESONIDA: Cápsulas y enemas

35% CORTIDEPENDIENTES

0% CORTIRRESISTENTES

- Efectos secundarios: Alteraciones del crecimiento. Retención hidrosalina. Redistribución tejido adiposo. Hiperglucemia. Alteraciones metabolismo óseo. Cataratas subcapsulares. Miopatías. Alteraciones emocionales.

ANTIBIÓTICOS

METRONIDAZOL: 15-20 mg/Kg/día

- Efectos secundarios: Náuseas, sabor metálico, vómitos, cefaleas, glositis, urticaria, ardor uretral o vaginal, etc. (90% pacientes). NEUROPATÍA PERIFÉRICA (50%).

CIPROFLOXACINA: 20 mg/Kg/día

- Efectos secundarios: Alteraciones articulares y cartílago crecimiento.

INMUNOMODULADORES

TIOPURINAS:

AZATIOPRINA – Europa- (2-3 mg/Kg/día).

6 - MERCAPTOPYRINA - USA - (1,5 mg/Kg/día).

- Efectos secundarios: Alérgicos: Pancreatitis, fiebre, exantema, artralgias, astenia, náuseas, diarrea, hepatitis. No alérgicos (tardíos): Trombopenia, leucopenia, infecciones, etc.

METROTEXATO (MTX). Menos usado que los anteriores.

- Efectos secundarios: Neumonitis intersticial.

CICLOSPORINA: (2-4 mg/Kg/día ev ú 8 mg/Kg/día vo/cada 12 horas).

TACROLIMUS: Inhibe actividad fosfatasa calcineurina (tópico enfermedad perianal).

TERAPIAS BIOLÓGICAS

INFLIXIMAB (Remicade). Anticuerpo monoclonal humano quimérico anti-Factor necrosis tumoral alfa TNF-K. (5 mg/Kg/dosis/ev, cada 8 semanas). Imprescindible hacer previamente Rx tórax/Mantoux.

B) TRATAMIENTO NUTRICIONAL

El tratamiento nutricional tanto parenteral como enteral total, si bien se utiliza para corregir y prevenir la malnutrición, no se ha mostrado eficaz como tratamiento primario de la CU. En cambio, el tratamiento con dietas líquidas tanto elementales como poliméricas se están utilizando cada vez más como una alternativa a los corticosteroides en niños y adolescentes con EC activa.

El modo de acción de la nutrición enteral como tratamiento primario de la EC activa se basa todavía en conjeturas. Se han barajado diversas hipótesis como la inducción de cambios en la flora bacteriana, disminución de la captación de antígenos alimentarios, disminución de la producción de mediadores inflamatorios a través de una reducción de la grasa de la dieta, y la repleción nutricional o la provisión de micronutrientes esenciales al intestino enfermo. Lo que es evidente es la eficacia de estas dietas en la remisión como en el mantenimiento de los niños y adolescentes afectados de EC. Existen diversas fórmulas poliméricas en el mercado nacional que hemos empleado con alto grado de éxitos.

PREBIÓTICOS. Se han empleado con resultados contradictorios.

TERAPIAS EN FASE DE INVESTIGACIÓN AVANZADA.

Inmunización con huevos de parásitos intestinales.

Nuevas moléculas inmunomoduladoras: Ac. AntiTNF (Onercept). Antiadhesinas leucocitarias (Natalizumab). Anti-IL-12, Anti INF3, Daclizumab, Basiliximab, etc.

Técnicas de ultrafiltrado leucocitarios y mediadores de la inflamación.

C) TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

En general se recurre a la cirugía cuando fracasan los tratamientos anteriores, pero debiendo tener en cuenta que la cirugía es CURATIVA en la CU y sólo PALIATIVA en la EC. Las indicaciones quirúrgicas están condicionadas por las complicaciones inherentes a los procesos inflamatorios e infecciosos que en ocasiones ponen en riesgo la vida de los pacientes. Las fistulas entero-entéricas, enterovesicales, entero-cutáneas, perforaciones intestinales, megacolon tóxico, obstrucciones intestinales, hemorragias digestivas, etc., son claros ejemplos de la indicación quirúrgica, programadas o urgentes dependiendo de su gravedad.

2.- TERAPIA DE APOYO PSICOSOCIAL

Como en toda enfermedad crónica se deben establecer una serie de apoyos, tanto individuales como colectivos. Las alteraciones que este tipo de enfermedades van a producir en el niño/adolescente y su entorno pueden ser:

- Físicas: Actuales, evolutivas o potenciales.
- Psíquicas: Relacionadas con la edad del niño al inicio de la enfermedad.
- Sociales: Económico, hábitat, culturales, familiares, escolares, laborales.

Problemática individual. Edad de comienzo. Sea visible para los demás. Patrón de presentación de los síntomas. Sexo, inteligencia, personalidad, belleza, atractivo personal.

Problemática escolar. No alcanzan niveles escolares de compañeros sanos: Pérdida horas escolarización. Inadecuado acoplamiento psicosocial. Alteración de las experiencias. Limitada capacidad reacción. Efectos nocivos de la medicación.

Aspectos colectivos.

Madres: Shock anímico, autorreproche, resentimiento general. Enfado, ira, depresión. Fase aceptación de los hechos y sobreprotección del hijo enfermo.

Padres: Participan menos en los cuidados del enfermo y sí en sus distracciones. Sentimiento presunta inutilidad (falso y no deseable).

Relaciones matrimoniales. Exacerbación problemas, sentimientos culpabilidad recíproca, estrés, disminución tiempo intimidad. Estrechando relaciones a través de la propia desgracia.

Hermanos: Riesgo padecer problemas relacionados con la adquisición de su independencia, consecuencia de la ambivalencia de sus sentimientos (fidelidad al hogar y deseos de escapar de él), y estigmas derivados problemática de enfermedad.

Relación pediatra-padres: La comprensión de impacto familiar requiere tiempo, tranquilidad, paciencia y entrenamiento. Una buena relación siempre es positiva para el niño.

ASOCIACIONES DE PADRES

- Grupos de apoyo
- Comparten sus problemas
- Aprovechan experiencias previas
- Solicitan ayudas
- Estimulan investigación

ASOCIACIONES DE NIÑOS ENFERMOS

- Importante apoyo emocional
- Comparten experiencias
- Ayudan combatir dificultades

EVITAR TOTAL DEPENDENCIA DEL HOSPITAL

- Potenciar atención integral y global, interdisciplinar, próximo en tiempo y espacio al entorno familiar del niño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Griffiths AM, Nguyen P, Smith C, et al. Growth and clinical course of children with Crohn's disease. Gut 1993; 34:939-43.
2. Walker-Smith JA. Management of growth failure in Crohn's disease. Arch Di Child 1996; 75:351-4.
3. Verhave M, Winter HS, Grand RJ. Azathioprine in the treatment of children with inflammatory bowel disease. J Pediatr.1990; 117:809-14.

4. Markowitz J, Grancher K, Mandel F, et al. 6-mercaptopurine and prednisone therapy for newly diagnosed pediatric Crohn's disease: a prospective multicenter placebo-controlled clinical trial. *Gastroenterology* 2000.
5. Bousvaros A, et al. Oral tacrolimus treatment of severe colitis in children: long-term follow-up. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001.
6. Fernández Bañares F, Cabré E, Esteve Comas M, et al: How effective is enteral nutrition in inducing clinical remission in active Crohn's disease?. A meta-analysis of the randomized clinical trials. *JPEN* 1995; 19:356-62.
7. Azcue M, Rashid M, Griffiths A, et al. Energy expenditure and body composition in children with Crohn's disease : effect of enteral nutrition and prednisone treatment. *Gut* 1997;41:203-7.
8. Griffiths AM, et al. Enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica: peculiaridades y objetivos específicos. En: *Enfermedad Inflamatoria Intestinal*. II Edición. 2002; 34: 359-71.
9. Sandborn WJ, et al. An Open-Label Study of the Human Anti-TNF Monoclonal Antibody Adalimumab in Subjects with Prior Loss of Response or Intolerance to Infliximab for Crohn's Disease. *Am J Gastroenterol* 2004; 99:1984-9.
10. Summers R, Elliott D, Urban J, Thompson R, Weinstock J. Trichuris suis therapy in Crohn's disease. *Gastroenterology* 2005; 128:825-32.