

Hospital Pediátrico Universitario "Pedro Borrás Astorga"  
Departamento de Gastroenterología

## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CUBANOS (ESTUDIO MULTICÉNTRICO)

Dra. Trini Fragoso Arbelo,<sup>1</sup> Dra. Elsa García Bacallao,<sup>2</sup> Dr. Wladimiro García Pérez,<sup>3</sup> Dra. María Elena Trujillo Toledo,<sup>1</sup> Dr. Emilio Rodríguez Ramírez,<sup>4</sup> Dra. Eduvigés García Soto,<sup>5</sup> Dr. José Bustelo Águila,<sup>6</sup> Dra. Raquel Toledo Padilla,<sup>4</sup> Dr. Rey Ramos Riera<sup>5</sup> y Dra. Elvira Borbolla Busquets<sup>7</sup>

### RESUMEN

Se realizó un estudio de las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) en todo el país para determinar la frecuencia y algunas características clinicoepidemiológicas, de todos los pacientes menores de 19 años diagnosticados en los últimos 20 años. Se reportaron 88 pacientes entre 6 meses y 19 años; 73 (83 %) con colitis ulcerosa (CU) y 15 (19 %) con enfermedad de Crohn (EC). La edad más frecuente al diagnóstico fue entre 10 y 14 años, con un ligero predominio del sexo masculino en la CU y del femenino en la EC. No se reportaron antecedentes familiares de EII. La forma de presentación predominante en la CU fue rectorragia y en la EC, dolor abdominal; la enfermedad perianal se observó en el 46,6 %. En la CU la localización más frecuente fue la pancolitis y el grado III de actividad endoscópica; en la EC la localización predominante fue la ileocólica. La cirugía fue necesaria en el 46,6 % de los enfermos con EC y en un paciente (1,3 %) en la CU. Las complicaciones hepáticas representaron el 9,5 % en la CU. El 33 % de los pacientes fue diagnosticado en los últimos 5 años. La mortalidad fue de 4,1 % para la CU y de 6,1 % para la EC. Las enfermedades inflamatorias intestinales no son tan infrecuentes y debe tenerse un alto índice de sospecha clínica para realizar un diagnóstico precoz y evitar en lo posible las complicaciones.

*DeCS:* ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO/diagnóstico; ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS; INDICADORES DE MORBIMORTALIDAD; NIÑO; ADOLESCENCIA

- 
- <sup>1</sup> Especialista de II Grado en Gastroenterología. Profesora de Pediatría.
  - <sup>2</sup> Especialista de II Grado en Gastroenterología. Profesora de Gastroenterología.
  - <sup>3</sup> Especialista de II Grado en Pediatría. Profesor de Pediatría.
  - <sup>4</sup> Especialista de I Grado en Pediatría.
  - <sup>5</sup> Especialista de I Grado en Gastroenterología.
  - <sup>6</sup> Especialista de I Grado en Pediatría. Profesor de Pediatría.
  - <sup>7</sup> Especialista de II Grado en Bioestadística.

Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) constituyen procesos inflamatorios crónicos con períodos de actividad, que alternan con otros de latencia y con manifestaciones digestivas y extradigestivas muy variadas. Su origen es desconocido en el momento actual, y se han implicado en su patogenia diversos factores exógenos que interactuarían sobre un organismo con una cierta predisposición genética.<sup>1-4</sup>

Cuando hablamos de EII nos referimos a 2 entidades bien definidas: la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU), que se diferencian básicamente por la localización de las lesiones. En la CU sólo se afecta el colon, mientras que en la EC puede afectarse desde la boca hasta el ano. La alteración hística afecta únicamente la capa mucosa en la CU, y es transmural en la EC. Aproximadamente en el 15 % de los pacientes al inicio de la enfermedad no puede precisarse si se trata de una CU o una EC y se les denomina provisionalmente colitis indeterminada.<sup>1</sup>

Los estudios epidemiológicos sobre EII en niños son limitados, aunque datos recientes han sugerido una incidencia en niños y adolescentes de 2,2 a 6,8 por 100 000.<sup>5</sup> La incidencia general de EC en la población es de 5,3 por 100 000; para los adolescentes de 15 a 19 años es de 16 por 100 000 y para los menores de 15 años, de 2,5 por 100 000. La incidencia de CU en adolescentes menores de 20 años es de 1,5 a 2 por 100 000 en Escocia y en la parte no latina de América. En adultos afecta del 50 al 75 por 100 000 habitantes. Se carecen de datos en relación con niños.<sup>1,5,6</sup>

El objetivo de este trabajo fue determinar algunas características clínicas y epidemiológicas de estas enfermedades,

el tiempo de evolución en el momento actual, y estimar la mortalidad en niños y adolescentes diagnosticados antes de los 19 años, en las últimas 2 décadas, en Cuba.

## MÉTODOS

Para conocer la frecuencia del diagnóstico de las EII en nuestro país, se diseñó una encuesta que se envió a los diferentes departamentos de Gastroenterología Pediátrica, para incluir todos los pacientes diagnosticados antes de los 19 años, con diagnóstico clínico, endoscópico e histopatológico de CU y EC, en los últimos 20 años. Dicha encuesta incluía las siguientes variables: datos generales, edad al diagnóstico, antecedentes patológicos familiares de las EII, formas de presentación, localización de la enfermedad, en la CU el grado de actividad endoscópica, tiempo de evolución, complicaciones y estimar la mortalidad. Posteriormente se revisaron las historias clínicas con el fin de obtener los datos solicitados.

## RESULTADOS

Se obtuvieron los resultados de 88 pacientes entre 6 meses y 19 años, 73 con CU (83 %) y 15 con EC (17 %). La edad más frecuente del diagnóstico fue entre 10 y 14 años para ambas enfermedades, con ligero predominio del sexo masculino en la CU y del femenino en la EC (fig. 1). No se reportaron antecedentes familiares de EII.

La forma de presentación en la CU fue rectorragia en 35 pacientes (47,9 %), disentería en 21 (28,7 %) y diarrea crónica en 17 (23,2 %); en la EC esta se mostró con

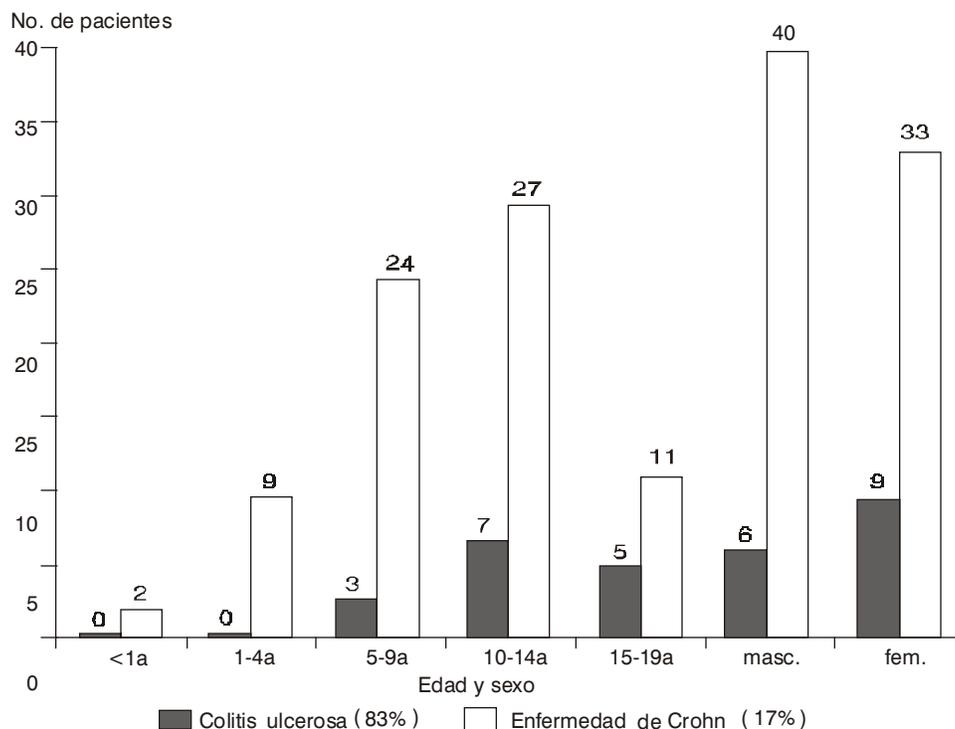


FIG. 1. Edad y sexo al diagnóstico de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

dolor abdominal en 8 pacientes (53,3 %), diarrea crónica en 5 (33,3 %) y oclusión intestinal y enfermedad perianal en uno para el 6,6 % respectivamente.

Como síntomas asociados se observaron: enfermedad perianal en 7 pacientes, 6 con EC y uno con CU; pérdida de peso en 2 con EC y en 3 con CU; síndrome febril en 4 con EC y en 2 con CU, además en la EC se observó baja talla en 2 pacientes y distensión abdominal en 1.

En la CU la localización más frecuente fue la pancolitis con 43 pacientes para un 59 % (fig. 2) y el grado III de actividad endoscópica con 27 pacientes para el 36,9 %, seguido por el grado II (35,6 %); el

grado I (16 %) y el grado IV (10,9 %). En la EC la localización predominante fue la ileocólica en 6 (40 %) (fig. 3).

En la figura 4 se muestra el tiempo de evolución, donde se observa que el 33 % de los pacientes fue diagnosticado en los últimos 5 años.

La cirugía fue necesaria en 8 pacientes, 7 (46,6 %) con EC y uno con CU para 1,3 %. Las complicaciones hepáticas fueron 7 en la CU para el 9,5 %. Se observaron otras complicaciones menores: 46,6 % en la EC y 16,4 % en la CU. La mortalidad para la CU fue 3 de 73 pacientes para un 4,1 %; para la EC, la mortalidad fue un paciente de 15 para el 6,1 % (fig. 5).

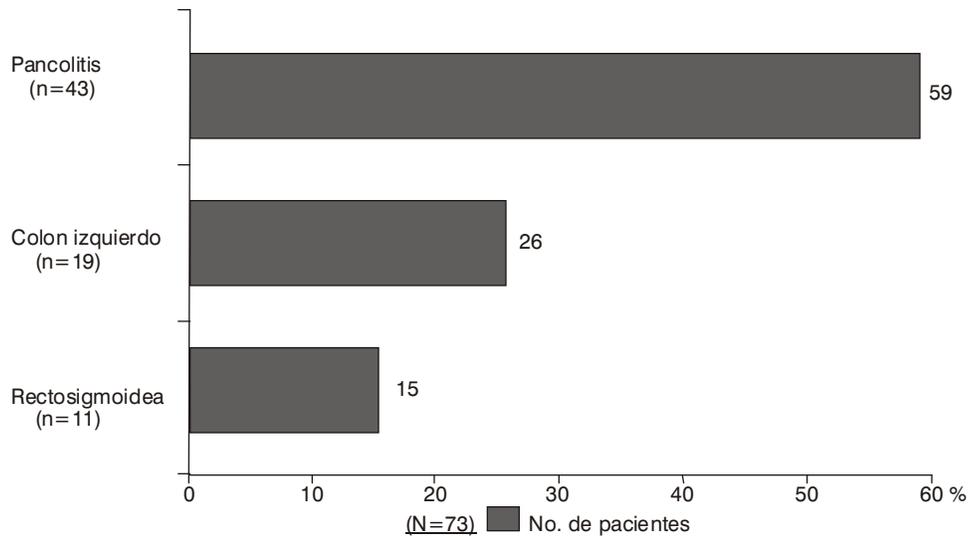


FIG. 2. Localización de la colitis ulcerosa.

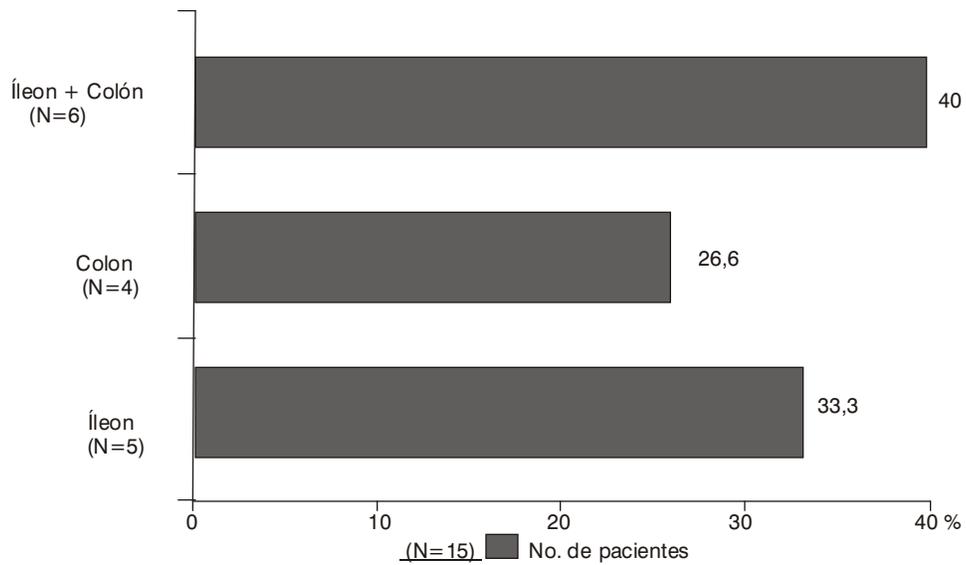


FIG. 3. Localización de la enfermedad de Crohn.

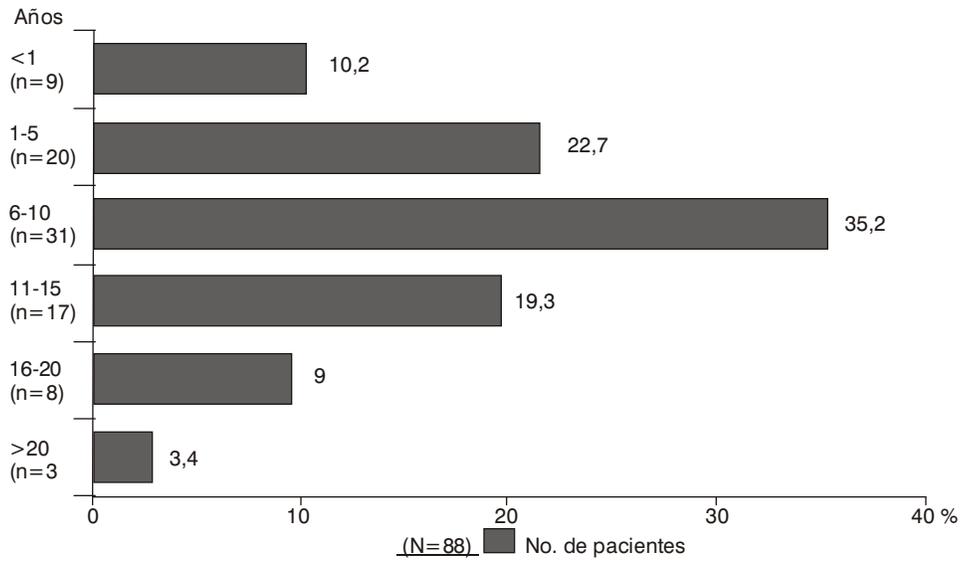


FIG. 4. Tiempo de evolución de los pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal.

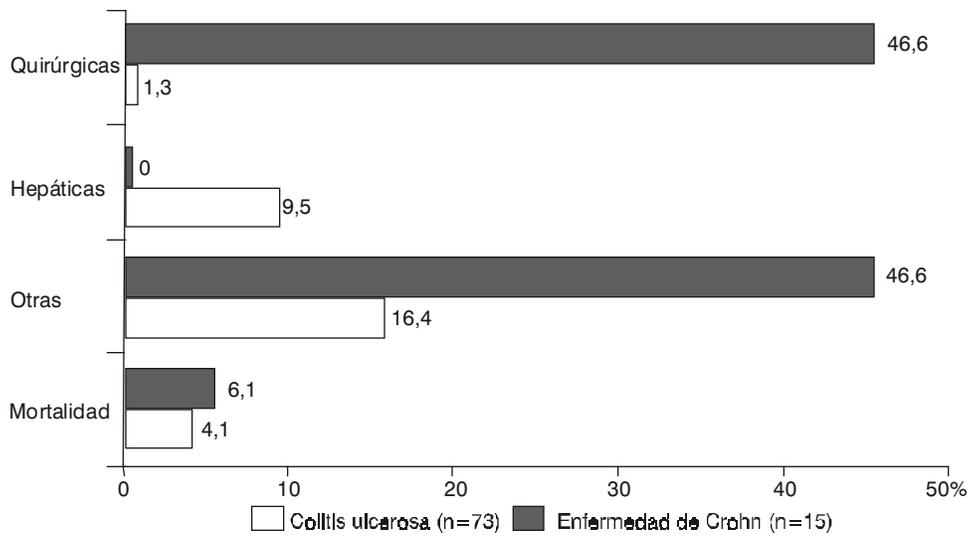


FIG.5. Complicaciones de las enfermedades inflamatorias intestinales.

## DISCUSIÓN

Aunque los estudios epidemiológicos sobre EII en niños son limitados, casi todos han sugerido que la incidencia (número de casos nuevos en la población por año) es similar o mayor que la que se encuentra en la población adulta. En España la incidencia está entre 0,8 y 1,8 por 100 000, más baja que en otros países de Europa con predominio urbano.<sup>4</sup>

Actualmente se sabe que el porcentaje de pacientes que desarrollan los síntomas de estas enfermedades durante la infancia y la adolescencia oscila entre 25 y 40 %. Nuestro estudio demostró el 83 % de CU y el 17 % de EC; en casi todos los países la primera se encuentra con mayor frecuencia que la segunda, aunque se plantea que estas proporciones de prevalencia pueden variar según el área geográfica estudiada.

La distribución para la edad de comienzo es bimodal, con un pico entre la segunda y tercera décadas y un segundo pico entre la quinta y sexta décadas, y es la edad media de comienzo en la infancia entre 11 y 13 años; se reporta el 5 % antes de los 5 años, lo que se corresponde con nuestros resultados; aunque rara en niños menores de 2 años hay casos descritos en lactantes, como se reporta en nuestra serie para coincidir con otros autores.<sup>1,4,7</sup> Se plantea por la mayoría de los autores que no hay diferencias en cuanto al sexo en estas enfermedades. Se ha demostrado que existe una agregación familiar entre los parientes de primer grado de hasta el 20 al 25 %, pero nosotros no hallamos estos antecedentes en nuestro estudio.

En estudios realizados en la CU se observa que predominan los síntomas de sangramiento rectal con diarrea y pérdida de peso y en la EC el dolor abdominal, retraso en el crecimiento y la diarrea, lo que coincide con nuestros resultados. Aparece enfermedad perianal en 30 a 50 % de los

niños y adolescentes con EC,<sup>1</sup> por lo que omitir la inspección de la zona perianal en un niño o adolescente con síntomas gastrointestinales crónicos puede retrasar el diagnóstico definitivo de EC. Las alteraciones nutricionales<sup>8,9</sup> son una forma de presentación de estas enfermedades, en especial en la EC en más del 30 %, por lo que tampoco debe omitirse una correcta evaluación nutricional como sospecha de éstas.

La localización más frecuente observada por nosotros en la CU fue la pancolitis y los grados de actividad II y III, lo que coincide con la mayoría de los autores. Alrededor del 60 % de los niños con EC tiene ileocolitis y del 20 al 25 % enfermedad ileal aislada, para coincidir con nuestros resultados a pesar de lo pequeño de la muestra.<sup>1,4</sup>

En los últimos años se ha producido un incremento en el número de pacientes con EII, coincidente con un mayor índice de sospecha y la mayor disponibilidad de estudios endoscópicos,<sup>2-4,10</sup> lo que se observa en nuestro estudio, donde los 2/3 de los pacientes fueron diagnosticados en los últimos 10 años y de ellos 1/3 en los últimos 5 años (fig. 4).

La EC mostró predominio de las complicaciones quirúrgicas y en la CU las complicaciones hepáticas, que incluso pueden preceder a los síntomas gastrointestinales.<sup>1-3,11</sup> Aunque sabemos que la colectomía en la CU proporciona la única curación y se acepta que la técnica quirúrgica más adecuada es la anastomosis ileoanal con mucosectomía rectal y formación de saco ileal, la inflamación del saco ileal es un problema frecuente. Las indicaciones de intervención quirúrgica en la CU están relacionadas con la aparición de displasia.

Se afirma por muchos autores que la colectomía en niños con CU ha disminuido significativamente, cambio que sin duda

refleja mejoría de las terapias médicas: apoyo nutricional, antibióticos de amplio espectro e inmunosupresores, además de la vigilancia colonoscópica anual para evitar cirugía profiláctica.

Aproximadamente del 50 al 75 % de los niños con EC requieren intervención quirúrgica en los primeros 10 a 15 años después del diagnóstico. Las razones principales para la cirugía son con mayor frecuencia los síntomas resistentes al tratamiento médico y la toxicidad por corticosteroides. Los pacientes con ileocolitis tienen una tasa de recidiva de 70 % en el transcurso de 5 a 10 años, en comparación con 15 % para quienes tienen colitis sola.<sup>1</sup>

La mortalidad en nuestra serie estuvo relacionada con las enfermedades hepáticas y las complicaciones durante la cirugía. No se reportó ningún caso de neoplasia de

colon como complicación en nuestros pacientes.

Se concluye que las enfermedades inflamatorias intestinales no son tan infrecuentes en nuestro medio y que se debe tener un alto índice de sospecha clínica para realizar un diagnóstico precoz y deben ser seguidas por un equipo multidisciplinario con especial atención en educar al niño o al adolescente y a la familia respecto al proceso morboso, sus complicaciones y las relativas al tratamiento.

#### AGRADECIMIENTOS

A todos los gastroenterólogos pediatras de los servicios de gastroenterología pediátrica de Cuba por la colaboración prestada para la realización de este estudio multicéntrico.

### SUMMARY

---

A study of the inflammatory bowel diseases (IBD) was carried out all over the country to determine the frequency and some clinicoepidemiological characteristics of all patients under 19 diagnosed during the last 20 years. 88 patients between 6 months and 19 years old were reported: 73 (83 %) with ulcerative colitis (UC) and 15 (19) with Crohn's disease (CD). The most frequent age on diagnosis was from 10 to 14 years old with a slight predominance of males in the ulcerative colitis and of females in Chron's disease. There was no family history of IBD. The prevailing form of presentation in the ulcerative colitis was rectal rhagadia, whereas in Chron's disease it was abdominal pain. The perianal disease was observed in 46.6 %. The most common localization in the ulcerative colitis was pancholitis and the degree III of endoscopic activity, whereas the ileocolic localization prevailed in Chron's disease. Surgery was necessary in 46.6 % of the patients with Chron's disease and in a patient (1.3 %) with ulcerative colitis. Liver complications represented 9.5 % in the ulcerative colitis. 33 % of the patients were diagnosed in the last 5 years. Mortality from ulcerative colitis and from Chron's disease was 4.1 % and 6.1 %, respectively. The inflammatory bowel diseases are not so uncommon and a high index of clinical suspicion is necessary to make an early diagnosis and to prevent complications as far as possible.

*Subject headings:* HEART DEFECTS, CONGENITAL/surgery; HEART DEFECTS, CONGENITAL/mortality; INFANT NEWBORN; INFANT.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Justinich CJ, Hyams JS. Enfermedad inflamatoria intestinal en niños y adolescentes. *Clin Endosc North Am* 1994;1:39-55.
2. Kirchner BS. Colitis ulcerosa. *Clin Pediatr North Am* 1997; 43:223-41.
3. Hyams JS. Enfermedad de Crohn. *Clin Pediatr North Am* 1997;43:243-63.
4. Polanco Allue I. Enfermedad inflamatoria intestinal (Monografía). *Temas de Pediatría* 1999 (Bilbao, España), No. 2, p. 1-59.
5. Friedman AP. Epidemiology and the natural course of inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin North Am* 1999;28:255-81.
6. Cosgrave M, Al Atia RF, Jenkins HR. The epidemiology of pediatric inflammatory bowel disease. *Arch Dis Child* 1996;74:460-1.
7. González M, Vera JF, Ávila R. Colitis ulcerosa en un lactante. *Rev Chil Pediatr* 1995;66(1):40-3.
8. Motil KS, Grand RJ, Davis KF, Ferlic LL, Smith EO. Growth failure in children with inflammatory bowel disease: a prospective study. *Gastroenterology* 1993;105:681-91.
9. Sagaró E, Ruiz A, Fragoso T, Llanio R, Castañeda C. Enfermedades inflamatorias crónicas del intestino en la infancia. Nuestra experiencia. *Rev Cubana Pediatr* 1984;56:671-80.
10. Maggi Bittencour RA, Jasinski Ribak CA, Forteza González AC. Colitis ulcerosa crónica en Pediatría. *Arch Pediatr Urug* 1995;66(4):13-7.
11. Ferguson A. Assessment and management of ulcerative colitis in children. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1997;9:922-8.

Recibido: 1ro. De marzo de 2002. Aprobado: 27 de abril de 2002.

Dra. *Trini Fragoso Arbelo*. Hospital Pediátrico Universitario "Pedro Borrás Astorga". Departamento de Gastroenterología, F y 27, Vedado, municipio Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana, Cuba.