



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



EDITORIAL

Comentario editorial sobre tendencia epidemiológica de la enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes pediátricos en América Latina: Grupo de Trabajo de Enfermedad Inflamatoria Intestinal de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SLAGHNP)[☆]



Editorial comment on the epidemiologic trend of pediatric inflammatory bowel disease in Latin America: The Latin American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (LASPGHAN) Working Group

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende la colitis ulcerativa (CU), la enfermedad de Crohn (EC) y la forma indeterminada. La EII en pacientes pediátricos ha incrementado su incidencia y su prevalencia en prácticamente todos los territorios del planeta¹. En los países de Europa y Norteamérica se ha publicado la mayor cantidad de estudios epidemiológicos y de investigación al respecto, y es donde se reportan las mayores cifras de incidencia y prevalencia. En estos países la EC representa una prevalencia mayor que la CU. Se calcula que el 25% de la EII se inicia antes de los 18 años de edad, con dominancia del género masculino².

En la edad pediátrica esta enfermedad tiende a ser de mayor gravedad y de evolución más rápida que en los pacientes adultos. En los niños existe mayor riesgo de afección del tubo digestivo superior, de enfermedad extraintestinal, así como de enfermedad estenosante y fistulizante³. La aparición de los síntomas de EII en los primeros 3 años de la vida se ha asociado a mayor gravedad y a afección de segmentos

más extensos del intestino. Se considera una enfermedad de etiología desconocida, que considera la combinación de la estimulación antigénica con un sistema inmune alterado en un individuo predispuesto genéticamente. Los factores genéticos tienen un efecto variable dependiendo de si se trata de EC o de CU, o si la aparición es temprana o tardía. El 29% de los pacientes pediátricos tiene historia familiar de EII, y en menores de 3 años con CU ese porcentaje se eleva a 44%. Los primeros genes asociados identificados con la EII fueron NOD2 y IBD5, posteriormente se descubrieron más de 15 locus para CU y más de 30 para EC. Los genes que afectan la IL-10 ocasionan las formas de mayor gravedad de la enfermedad. La concordancia entre gemelos es del 50%^{4,5}.

El medio ambiente es un factor que participa de forma importante en la manifestación de la EII. Los países europeos, EE. UU., Canadá, Australia e Israel reportan las estadísticas más altas. Los migrantes que provienen de países con baja prevalencia modifican el riesgo y se comportan como los habitantes que habitan en territorios de alta prevalencia. La dieta, la microbiota intestinal y el ritmo de vida urbano son factores ambientales que afectan al desarrollo de la EII en pacientes susceptibles¹.

En Latinoamérica hay escasa información publicada acerca de la epidemiología de la EII. Recientemente se publicó en esta revista en línea una encuesta sobre la epidemiología de la EII en algunos países latinos; se plantea la situación de 9 países que respondieron no solo en el ámbito epidemiológico, sino que también se exploraron conduc-

[☆] Véase contenido relacionado en DOI: [10.1016/j.rgmx.2020.07.010](https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2020.07.010), Larrosa-Haro A. Tendencia epidemiológica de la enfermedad intestinal inflamatoria en pacientes pediátricos en América Latina: Grupo de Trabajo en Enfermedad Intestinal Inflamatoria, Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SLAGHNP). Rev Gastroenterol Mex. 2021;86:328–34.

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2021.04.001>

0375-0906/© 2021 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

tas diagnósticas y terapéuticas de CU, EC y la modalidad indeterminada⁶. Se obtuvo respuesta de 14 pediatras gastroenterólogos que incluyeron a 607 pacientes entre 2 y 16 años de edad en un período de 10 años. El 78% se diagnosticó como CU y el 17% como EC y el resto fue indeterminado. Llama la atención que la CU aún sigue dominando sobre la prevalencia de EC, hallazgo similar a los reportes de los países desarrollados hace 3 y 4 décadas, y que actualmente es opuesto, con una predominancia de la EC⁷. No obstante, la muestra de la encuesta latinoamericana solo abarca datos de 9 países y no representa el total del continente, y en algunos países, como es el caso de Brasil y su gran población, no se logró una participación representativa al reportarse solamente 33 casos, donde claramente se observa una tendencia de incremento de la incidencia de EII en esta región. Se calculó un incremento anual de 5.1% para CU y de 3.4% para EC. La EII indeterminada se reportó solo esporádicamente. Un reporte internacional de revisión sistemática, que abarcó 32 países, publicó un incremento significativo de la incidencia de EC en un 60% y de CU en un 20%, hallazgo que confirma la EII como enfermedad global, con gran participación de la edad pediátrica⁸.

Esta información, con sus limitaciones, es muy valiosa, ya que nos muestra cómo la EII se diagnostica cada vez más, y que la tendencia creciente en Latinoamérica es similar al resto del mundo, pero con rezagos en el tiempo, como bien afirman los autores de la encuesta. También es importante alertar a los médicos gastroenterólogos pediatras que esta tendencia sugiere que la EII va a afectar cada vez a más pacientes, y por lo tanto obliga a mayores capacidades diagnóstico-terapéuticas.

Otros aspectos de interés que la encuesta reveló fueron las herramientas diagnósticas y los recursos terapéuticos de cada zona participante. Los estudios endoscópicos, los de histopatología y los estudios de imagen fueron el soporte para realizar el diagnóstico y clasificar la enfermedad. La colonoscopia fue el recurso diagnóstico utilizado en el 100% de los casos, sin embargo en solo el 10.7% de estos se pudo visualizar el íleon terminal, que pudo ser un factor para subestimar la EC. La endoscopia del segmento digestivo superior se reportó en solo el 30% de los casos, lo cual de nueva cuenta pudo limitar el número de casos con diagnóstico de EC. Los estudios histopatológicos se realizaron en más del 99% de los casos, dando certeza a la impresión clínica y por endoscopia de la EII. Los estudios de imagen también se efectuaron en la mayoría de los pacientes, en un 78% para CU y en un 97% para EC. Aunque no se especifica el estudio particular en el reporte, es de suponer que los estudios de contraste de colon e íleon terminal fueron predominantes. Otros estudios como la enterografía por resonancia magnética, ultrasonido Doppler transabdominal de alta resolución, la cápsula endoscópica y la tomografía computarizada que pudieran auxiliar en el estudio, no se reportan en esta encuesta.

Dos tercios de los casos con CU tuvieron afección del colon completo, el 18% del colon izquierdo y el 14% proctosigmoiditis, lo cual es consistente con la literatura en la edad pediátrica en que la pancolitis es la forma más frecuente de afección⁹. En casi el 60% de los enfermos con EC hubo afección del colon, en el 23% del recto y periné, y en el 19% del intestino delgado, hallazgos frecuentes en

la edad pediátrica y diferentes de los adultos, en quienes la afección del intestino delgado se reporta con mayor frecuencia¹⁰.

La encuesta exploró la terapéutica utilizada en los casos de CU y EC; es de notar a pesar de las limitaciones de presupuesto para la salud que caracteriza a la región latinoamericana, la mayoría de los gastroenterólogos pediatras que respondieron tuvieron acceso a los fármacos principales. La lista incluye esteroides, tiopurinas, derivados de 5-ASA y biológicos como infliximab y adalimumab.

Los autores de la encuesta reconocen, con modestia y con razón, que el estudio tuvo carencias, como la de un diseño poblacional, sin aleatorización, retrospectivo, basado en la revisión de expedientes con los sesgos consecuentes. Sin embargo, ellos destacan la principal información resultante, que fue el confirmar esa tendencia del incremento en la incidencia y la prevalencia de la EII en la región latinoamericana, hecho contundente y generalizado en la experiencia internacional publicada.

Merece consideración el hecho de que este reporte, basado en una encuesta limitada, no representa la situación de la EII pediátrica en Latinoamérica, y los autores así lo manifiestan desde el mismo título de la publicación; es solo una tendencia detectada en algunos lugares de algunos países. Sería deseable abarcar todos los países bien representados aplicando la metodología estricta para poder concluir objetivamente y de la misma manera, en un segundo intento, poder incluir parámetros clínicos más específicos tanto de origen intestinal como extraintestinal y parámetros bioquímicos disponibles en el área de auxiliares del diagnóstico. Felicito a los autores y a la SLAGHNP por el esfuerzo de iniciar las investigaciones sobre el comportamiento de la EII en nuestros países latinoamericanos, enfermedad aún poco reconocida que nos obliga, por su tendencia al alza, a incrementar recursos humanos y tecnológicos.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para escribir este artículo.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Referencias

1. Sykora J, Pomahačová R, Kreslova M, et al. Current global trends in the incidence of pediatric-onset inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*. 2018;24:2741–63, <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v24.i25.2741>.
2. Däbritz J, Gerner P, Enninger A, et al. Inflammatory bowel disease in childhood and adolescence. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114:331–8, <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2017.0331>.
3. Benchimol EI, Fortinsky KJ, Gozdyra P, et al. Epidemiology of pediatric inflammatory bowel disease: A systematic review of international trends. *Inflamm Bowel Dis*. 2011;17:423–39, <http://dx.doi.org/10.1002/ibd.21349>.
4. Williams CN, Kocher K, Lander ES, et al. Using a genome-wide scan and meta-analysis to identify a novel IBD locus

- and confirm previously identified IBD loci. *Inflamm Bowel Dis.* 2002;8:375–81.
5. Orholm M, Binder V, Sorensen TI, et al. Concordance of inflammatory bowel disease among Danish twins. Results of a nationwide study. *Scand J Gastroenterol.* 2000;35:1075–81, <http://dx.doi.org/10.1080/003655200451207>.
 6. Larrosa-Haro A, Abundis-Castro L, Contreras MB, et al. Tendencia epidemiológica de la enfermedad intestinal inflamatoria en pacientes pediátricos en América Latina: Grupo de Trabajo en Enfermedad Intestinal Inflamatoria, Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SLAGHNP). *Rev Gastroenterol Mex.* 2020;86, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgm.2020.07.010>. Online ahead of print.
 7. Preib JC, Bokemeyer B, Buhr HJ, et al. Updated German clinical practice guideline on diagnosis and treatment of Crohn's disease 2014. *Z Gastroenterol.* 2014;52:1431–84, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1385199>.
 8. Bosques-Padilla FJ, Alejandre-Loya JV. Enfermedad inflamatoria intestinal. En: Madrazo-de la Garza JA, editor. *Nutrición y gastroenterología pediátrica.* McGraw Hill; 2016. p. 231–40.
 9. Glick SR, Carvalho RS. Inflammatory bowel disease. *Pediatr Review.* 2011;32:14–25, <http://dx.doi.org/10.1542/pir.32-1-14>.
 10. Bousvaros A, Antonioli DA, Colletti RB, et al., Differentiating ulcerative colitis from Crohn's Disease in children and young adults: Reports of a working group of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition and Crohn's and Colitis foundation of America. *JPGN.* 2007;44:653–74, <http://dx.doi.org/10.1097/MPG.0b013e31805563f3>.

J.A. Madrazo-de la Garza*
Academia Mexicana de Pediatría, Cancún, Quintana Roo, México

* Autor para correspondencia. Pabellón Caribe. Av. Nichupté MZ 2 lote 22 PH 15 3^{er} piso. CP 77500.
Correo electrónico: jarmando.madrado@gmail.com