

La importancia de la nutrición enteral exclusiva en la enfermedad de Crohn pediátrica

R. Subirón Ortego, R. García Romero, I. Ros Arnal, A. Sangrós Giménez, C. Bardella Gil, E. Ubalde Sainz

Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2019; 49: 22-24]

RESUMEN

Se presenta un caso de una adolescente con astenia de meses de evolución, en la que se diagnostica una enfermedad de Crohn. Se describe la mejora tras el tratamiento con nutrición enteral exclusiva asociado a tratamiento inmunomodulador con azatioprina.

Aunque la enfermedad de Crohn aparece en cualquier época de la vida, un 30% debutan antes de los 20 años, siendo la mayoría adolescentes. Sus manifestaciones clínicas pueden ser insidiosas en forma de astenia o dolor abdominal inespecífico, lo que puede ocasionar un mayor retraso diagnóstico. El diagnóstico de sospecha incluye el aumento de los reactantes de fase aguda y de la calprotectina fecal. Requiere para su confirmación, estudio endoscópico de tracto digestivo superior e inferior. El tratamiento de primera línea en la edad pediátrica es la nutrición enteral exclusiva (NEE) con una fórmula polimérica durante 6-8 semanas, asociando inmunosupresores. Se reservan los fármacos biológicos en la enfermedad fistulizante, perianal, afectación extradigestiva, formas graves o mala evolución.

PALABRAS CLAVE

Astenia, Crohn, calprotectina, nutrición enteral exclusiva.

The importance of exclusive enteral nutrition in pediatric Crohn disease

ABSTRACT

We present a case of Crohn's disease in an adolescent that presents favorable evolution with treatment with exclusive enteral nutrition and azathioprine.

Crohn's disease can appear at any age. Its clinical manifestations can be insidious, as asthenia or nonspecific abdominal pain, which can lead to diagnostic delay. The acute phase reactants and fecal calprotectin are increased. It requires endoscopic study of the upper and lower digestive tract. Treatment in the pediatric age is performed with exclusive enteral nutrition with a polymeric formula for 6-8 weeks, associating immunosuppressants. Biological drugs are reserved for fistulizing, perianal disease, severe extra digestive involvement or poor evolution.

KEY WORDS

Crohn's disease, calprotectin, exclusive enteral nutrition.

Correspondencia: Raquel Subirón Ortego
Paseo Isabel la Católica, 1-3, 50009 Zaragoza
Teléfono 976 76 56 04
raquelsubiron92@gmail.com
Recibido: febrero de 2019. Aceptado: marzo de 2019

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio crónico del tracto intestinal principalmente. Aunque puede afectar cualquier parte del tubo digestivo desde la boca hasta el ano, se presenta con mayor frecuencia en íleon terminal y colon. También se puede asociar a manifestaciones extraintestinales. Se trata de una enfermedad inmunológica crónica de curso impredecible, que ha aumentado en las últimas décadas en los países desarrollados⁽¹⁾.

Su presentación clínica suele ser insidiosa, pudiendo producirse un mayor retraso diagnóstico. El diagnóstico puede ser complicado y tardío, porque la inflamación puede localizarse en cualquier punto del tubo digestivo y presentar una sintomatología variada, inespecífica y atribuible a otras enfermedades. En este sentido, estudios recientes en Europa han revelado que aproximadamente en el 45% de los nuevos casos de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se tarda más de un año en recibir un diagnóstico definitivo⁽²⁾.

La clínica asociada a esta patología puede ser: dolor abdominal recurrente, anemia refractaria, escasa ganancia ponderal, deposiciones diarreicas con productos patológicos, retraso de crecimiento, fiebre, afectación perianal en forma de fisuras o fístulas, aftas bucales, artralgias, osteoporosis, entre algunas de sus manifestaciones⁽¹⁾.

Para su diagnóstico es fundamental una buena historia clínica y la exploración física, apoyándose en pruebas analíticas como los reactantes de fase aguda (PCR y VSG), estudio del hierro, albúmina y calprotectina en heces; pruebas de imagen como la ecografía abdominal y la Entero-resonancia. Y para su confirmación requiere de la realización de endoscopias digestivas con estudio histológico de los diferentes tramos biopsiados⁽¹⁾.

La calprotectina fecal es un marcador biológico no invasivo y con una elevada sensibilidad intestinal, que permite monitorizar la actividad inflamatoria en EII⁽³⁾. Nos indica inflamación intestinal pero no es específica de EII, pudiendo elevarse también en otros procesos, como las gastroenteritis. Sin embargo, a nivel diagnóstico puede ser eficaz para diferenciar entre patología funcional y orgánica intestinal⁽³⁾.

La enfermedad de Crohn en niños presenta unas características propias, es por lo general más extensa, afectando mayoritariamente a tramos del intestino delgado responsables de la absorción de nutrientes. Suele acontecer entre los 12 y 16 años, momento en el que la velocidad de crecimiento y la formación ósea son mayo-

res. Estas particularidades conllevan un mayor riesgo de desnutrición, de retraso en el crecimiento y de osteoporosis. Todo esto confiere mayor gravedad, por lo que los tratamientos son más intensivos desde el inicio con el propósito de conseguir la curación de la mucosa y así una rápida recuperación de crecimiento y desarrollo⁽⁴⁻⁵⁾.

La nutrición en la enfermedad de Crohn en la edad pediátrica juega un papel muy importante al presentarse en un momento de máximo crecimiento. Está demostrado que la nutrición enteral exclusiva (NEE) es más efectiva que los esteroides para alcanzar la curación mucosa sin sus efectos secundarios⁽⁵⁾. Así pues, el inicio del tratamiento en la enfermedad de Crohn pediátrica suele realizarse con NEE durante 6-8 semanas, con una fórmula polimérica cumpliendo un 120% de las recomendaciones dietéticas diarias, mejorando el curso de la enfermedad y promoviendo, además, una recuperación nutricional. Se reservan los fármacos biológicos anti-TNF (infliximab, adalimumab) en la enfermedad fistulizante, perianal, afectación extradigestiva, formas graves o mala evolución⁽⁴⁻⁶⁾.

Se describe la evolución rápida y favorable con NEE en una paciente adolescente con debut de una enfermedad de Crohn.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de una adolescente de 13 años con astenia de 3 meses de evolución. Hermana y madre con enfermedad celíaca, sin antecedentes personales de interés salvo polimenorrea. A nivel analítico destaca una ferropenia sin anemia y una velocidad de sedimentación globular (VSG) elevada, con marcadores de enfermedad celíaca negativos. Se inicia tratamiento con hierro oral sin mejoría. Con el paso de los meses aumenta la astenia y aparece dolor abdominal epigástrico y periumbilical de tipo cólico, asociando una pérdida de peso de unos 2 kg a pesar de mantener el apetito. Tras presentar una deposición con restos hemáticos, se decide repetir la analítica observando un aumento de los reactantes de fase aguda con una PCR 2.6 mg/dl y aumento de la ferropenia. Se solicita calprotectina fecal mostrando niveles aumentados de 2.537 mg/kg (0-50). Ante la sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal, se deriva a una Unidad de Gastroenterología Infantil donde realizan endoscopias digestivas objetivando úlceras en íleon distal con mucosa colónica sin lesiones con anatomía patológica compatible con enfermedad de Crohn. La actividad de la enfermedad al diagnóstico, con el índice PCDAI (Pediatric Crohn Disease Activity Index: índice de actividad de la enfermedad de Crohn pediátrica 9 fue 25, mostrando actividad

leve. Tras iniciar tratamiento con nutrición enteral exclusiva con una fórmula polimérica (Resource IBD®) a las 2 semanas presentaba mejoría de la astenia y del dolor abdominal, así como disminución de la PCR, VSG y calprotectina fecal. La actividad según índice PCDAI disminuyó hasta valores de remisión clínico-analítica (0-5). Se añade tratamiento inmunomodulador con azatioprina como tratamiento de mantenimiento para evitar nuevos brotes de la enfermedad. A las 8 semanas tras inicio de NEE y estando en remisión, la paciente inicia una alimentación normal para su edad, sin cursar nuevos brotes. A los 6 meses del debut de la enfermedad, la paciente se mantiene en remisión sin presentar ningún síntoma y habiendo recuperado su peso y su estado nutricional previo.

COMENTARIOS

La NEE mejora la sintomatología y se ha demostrado más eficaz en la curación de la mucosa que los corticoides, sin presentar sus efectos secundarios, en la población infantil y adolescente⁽⁴⁻⁹⁾.

El mecanismo de acción de la nutrición enteral exclusiva no es del todo conocido, se postula que puede producir alteraciones a nivel de la flora intestinal, una disminución de la asimilación antigénica de la dieta, una disminución de la síntesis de mediadores inflamatorios a causa de una reducción de la grasa en la dieta o el aporte de micronutrientes al intestino enfermo^(5,6,9).

La NEE se ha visto efectiva en la inducción de la remisión clínica con tasas de respuestas cercanas al 80%, mejorando los índices nutricionales y de crecimiento ya que produce un incremento en la velocidad de crecimiento y la densidad mineral ósea en los 6 meses posteriores a su inicio^(5,6,9).

No existen recomendaciones concretas sobre el tipo de fórmula a utilizar, ya que la composición no parece influir en los resultados, por lo que se aconseja cualquier fórmula enteral polimérica adaptada para su edad^(5,6,9).

Entre sus inconvenientes puede encontrarse el difícil cumplimiento de la pauta, ya que se consumen todas las calorías a partir de la fórmula. Puede aportarse oralmente o por sonda nasogástrica, pero existen estudios que demuestran una buena tolerancia y cumplimiento oral, cercanos al 90-95% en la población infantil. Se encuentran todavía en estudio modificaciones de este tratamiento en los que se permita que algún porcentaje calórico aún sin determinar, de alimentos naturales con baja carga antigénica, pueda ser aportado de forma diferente a la fórmula⁽⁵⁾.

En población adulta existen ensayos clínicos en los que la NEE parece inferior en la inducción de remisión frente a los corticosteroides, por lo que no se encuentra en la primera línea de tratamiento en nuestro medio, aunque sí lo es en países como Japón. Se utiliza de forma concomitante con otros fármacos cuando existe alteración del estado nutricional o contraindicación en el uso de corticosteroides, siempre que no sea precisa la instauración de tratamientos más agresivos como biológicos o cirugía⁽⁸⁾.

En conclusión, la utilización de NEE durante 6-8 semanas continúa siendo el tratamiento de primera línea en nuevos diagnósticos de enfermedad de Crohn en edad pediátrica. Al ser efectiva en la inducción de remisión clínica, bioquímica, en la mejora de los parámetros antropométricos y en la curación de la mucosa intestinal, presentando un adecuado cumplimiento en la mayoría de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Gómez MJ. Enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica. *Pediatr Integral*. 2015; XIX (2): 119-126.
2. Lönnfors S, Vermeire S, et al., «IBD and healthrelated quality of life – discovering the true impact». *Journal of Crohn's & colitis*. 2014; 8 (10)1281-1286.
3. García Romero R, López Ubeda M, Cardiel Valiente L, Ros Amal I. The importance of calprotectin for differentiating organic inflammatory disease and avoiding unnecessary procedures in paediatrics. *Med Clin*. 2017.
4. Soporte nutricional en las enfermedades digestivas: enfermedad inflamatoria intestinal y colestasis. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP*.
5. Navas-López VM, Blasco- Alonso J, Lacasa Maseri S, Girón Fernández-Crehuet F, et al. La nutrición enteral exclusiva continúa siendo el tratamiento de primera línea en la enfermedad de Crohn pediátrica en la era de los biológicos. *An Pediatr*. 2015; 83 (1): 47-54.
6. Navas López VM, Blasco Alonso J, Sierra Salinas C, Barco Gálvez A, Vicioso Recio, MI. Eficacia del tratamiento nutricional primario en la enfermedad de Crohn pediátrica. *An Pediatr*. 2008;69 (6): 506-14.
7. Dziechciarz P, Horvath A, Shamir R, Szajewska H. Meta-analysis: enteral nutrition in active Crohn's disease in children. *Alim Pharmacol Ther*. 2007; 26(6): 795-806.
8. Bretón I, Carbonell C. Nutrición enteral en el paciente adulto con enfermedad inflamatoria intestinal. *Enferm inflam intest dia*. 2016; 15(3): 104-111.
9. Navas-López VM, Van Limbergen J, Martín-de-Carp J. Nutrición enteral en el paciente pediátrico con enfermedad de Crohn. *Enferm inflam intest dia*. 2016; 15(3) :112-122.