

SUPLEMENTO ESPECIAL:
Asociación de Gastroenterología y
Hepatología Pediátrica
de Puerto Rico
(AGHPPR)





Asociación de Gastroenterología y Hepatología Pediátrica de Puerto Rico
1st Annual Symposium for Primary Care Physicians
Essentials of Pediatric Gastroenterology
Dedicated to Dr. Eduardo Chicowicz

December 3rd, 2011
 Approximately 8 hours CME Credits

PRELIMINARY PROGRAM

Moderator: Félix Jiménez, MD

7:30 - 8:45 am **Registration**

8:45 - 9:00 am **Welcome and Opening Remarks**
 Jorge A. Rosario Mulinelli, MD
 President AGHPPR

9:00 - 9:30 am **Abdominal Pain: When to treat,
 when to refer?**
 Sheyla Calderón, MD

9:30 - 10:00 am **Increased Liver Function Tests:
 When do we worry?**
 Leonardo Hormaza, MD

10:00 - 10:15 am **Coffee Break – Exhibits**

10:15 - 10:45 am **Constipation: To “Doo” or not to
 “Doo”?**
 Wihelma Echevarría, MD

10:45 - 11:15 am **Diarrhea: When is too much
 really too much?**
 José Santiago, MD

11:15 - 11:45 am **Rectal Bleeding: Is it really an
 emergency?**
 Jorge A. Rosario Mulinelli, MD

11:45-12:00 n Questions and Answers

Moderator: José Russe, MD

12:00 - 1:30pm **Infant Nutrition: New Federal
 Guidelines / Lunch**
 Speaker TBA

1:30 - 2:00 pm **Everything you need to know
 about IBD**
 Lina Felipez, MD

2:00 - 2:30 pm **GERD and Milk Protein
 Intolerance in Infants: So many
 options, so little time.**
 Rosalyn Díaz, MD

2:30 - 3:00 pm **Eosinophilic Esophagitis:
 New Treatment Options**
 David Fernández Lube, MD

3:00 - 3:15 pm **Coffee Break - Exhibits**

3:15 - 3:45 pm **Evidence-based
 recommendations of a gluten-
 free diet for Autistic Disorders
 and Celiac Disease**
 Antonio Del Valle, MD

3:45 - 4:15 pm **Keynote Lecture**
 Eduardo Chicowicz, MD

4:15 - 4:30 pm Questions and Answers

4:30-6:00 pm **Cocktail to honor Dr. Chicowicz**

*TBA - To Be Announced

The objective of this activity is to provide General Pediatricians, Primary Care Physicians, and Pediatric Trainees with valuable diagnostic and treatment information regarding the most common gastrointestinal problems in infants, children, and adolescents. **For inscriptions or question, please call Sra. Merna Morales al (787) 706-0442 or bplanner@aol.com. Cost \$75.00; Medical students, Interns and Residents, \$50.00 with letter from program Director.**

Un gran lugar para comenzar

**Similac®
Advance®**



Nutrición completa para el 1er año del bebé



Para las preocupaciones comunes de la alimentación

Similac Sensitive®



Nutrición fácil de digerir para la intranquilidad y elgas debidos a la sensibilidad a la lactosa



**Similac Sensitive®
for Spit-Up™**

Clínicamente demostrado que reduce la frecuencia de buches en un 54%¹



**Similac®
Soy
Isomil®**



Nutrición completa de soya para la intranquilidad y el gas



Si los problemas de alimentación continúan

**Similac® Expert Care™
Alimentum®**

Para las alergias a los alimentos y reducción de los síntomas de cólicos en la mayoría de los infantes en 24 horas²



Hay una fórmula Similac® para satisfacer las necesidades nutricionales de cada bebé

Similac®

Los **Bebés Fuertes** Empiezan Aquí™.

www.mibebesimilac.com
www.feedingexpert.com



Referencias: 1. Datos en archivo, AJ68, mayo 2007, Abbott Nutrition, Columbus, Ohio. 2. Datos en archivo, AC84, agosto 2004, Abbott Nutrition, Columbus, Ohio.

* Autorizadas en el Programa WIC de Puerto Rico. WIC es una marca registrada del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos y con la abreviación de un programa especial para mujeres, infantes y niños. © 2011 Abbott Laboratories, Inc. APR-110091(May 2011) LITHO IN PR.

**Abbott
Nutrition**

Ingesta de cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal en pediatría

La ingesta y presencia de cuerpos extraños en el tracto gastrointestinal representa una emergencia en pediatría. En la mayoría de los casos, su consecuencia es benigna, salvo cuando se trata de cuerpos extraños punzantes que pueden producir lesiones graves en el esófago.



Jorge A. Rosario Mulinelli, MD

Gastroenterólogo pediátrico
Presidente Asociación de Gastroenterólogos Pediátricos de Puerto Rico
HIMA Plaza 1, Caguas

Incidencia

La mayor incidencia se da en niños menores de 5 años, siendo la edad media los 3 años, cuando la curiosidad bucolingual es mayor. Las monedas representan del 50% al 70% del total cuerpos extraños que ingieren los niños. Menos frecuentes son agujas, alfileres, pilas electrónicas, partes de juguetes y canicas.

Síntomas y casuística

En muchas ocasiones no hay síntomas inmediatos, pero puede haber quejas como dolor en cuello o garganta, sensación de cuerpo extraño, asfixia, babeo, dolor para tragar, ruido laríngeo, dolor en el tórax, vómitos y rechazo a alimentos. La ingesta de un cuerpo extraño clínicamente se puede acompañar de disfagia, dolor, odinofagia, sialorrea y, cuando hay compresión traqueal, disnea y estridor.

En el esófago, 60 a 70% de los cuerpos extraños se localizan en el tercio superior a nivel cricofaríngeo, de 10 a 15% en el tercio medio y de 10 a 20% en el tercio inferior.

En el momento del diagnóstico, la mayoría de los objetos se encuentran en el estómago (60%). En niños mayores, los objetos de menos de 2 cm de ancho y hasta 5 cm de longitud pueden salir del estómago sin ningún problema. En el 11% de los casos, el cuerpo extraño se localiza en el intestino delgado. Es muy raro que produzca obstrucción a este nivel. La mayoría de los objetos pasan por el aparato digestivo y son eliminados con la materia fecal. Aquellos que quedan alojados en el esófago o estómago deben ser removidos con endoscopia.

Baterías e imanes

Las baterías chatas circulares utilizadas en relojes, cámaras fotográficas, juguetes y otros contienen mercurio,

zinc, óxido de plata, litio y, a veces, hidróxido de sodio o de potasio. Estos elementos pueden causar corrosión y necrosis de la pared del aparato digestivo a las pocas horas de la ingesta, por lo que se recomienda su extracción rápida, independientemente de su localización. Si han avanzado del duodeno, se administran laxantes.

Varios imanes, o imán y metal, ingeridos pueden atraerse entre sí y generar presión, perforación, obstrucción o torsión del mismo. Hay que observar de cerca al niño y determinar la urgencia de la extracción de los mismos.

Diagnóstico y tratamiento

De acuerdo a cada caso, se puede realizar una radiografía de cuello, tórax y abdomen. En base a la radiopacidad o radiolucidez se podrá definir su consistencia, ubicación, forma y tamaño. Igualmente, de acuerdo a los síntomas e historial se podrá decidir si se requiere una endoscopia, si hay que extraerlo, si se necesita controlar las heces o hacer otro estudio de control. 

Bibliografía

1. Kay M, Wyllie R. Pediatric foreign bodies and their management. *Curr Gastroenterol Rep* 2005; 7:212-218.
2. American society for gastrointestinal endoscopy. Guideline for the management of ingested foreign bodies. *Gastrointest Endosc* 2002; 55: 802-806.
3. Yasser M, Abu-Safief F. Food and foreign body impaction in upper GI tract. *Gastrointest Endosc* 2004; 59: AB 242.

Radiografía y endoscopia mostrando cuerpo extraño.



Pancreatitis aguda en niños



Wihelma Echevarría Cortés, MD

Gastroenteróloga Pediátrica
Clínica Las Américas Guaynabo
e HIMA Caguas
787.789.1919 ó 787.653.2224

La incidencia de pancreatitis aguda en niños ha aumentado, probablemente como resultado de una mayor información sobre este problema. Este diagnóstico debe considerarse en un niño con dolor abdominal y vómitos agudos, pues puede causar morbilidad significativa y, en algunos casos, mortalidad. El manejo es de apoyo, y la mayoría de los pacientes se recupera sin complicaciones mayores.

Pancreatitis aguda (PA) en niños

La PA es un proceso inflamatorio autolimitado que considera la activación de proteasas y otras enzimas digestivas que ocasionan una autólisis del páncreas. Es poco frecuente en niños.

Etiología

Las causas de PA son más variadas en niños que en adultos (en adultos la mayoría se relaciona con consumo de alcohol o con colelitiasis). En un 25% de los casos pediátricos se desconoce la etiología. El resto de los casos se debe a trauma abdominal, infecciones virales, enfermedades multisistémicas, drogas o toxinas, vasculitis y causas congénitas o hereditarias.

El diagnóstico de PA requiere la presencia de al menos dos de los siguientes tres factores:

1. **Dolor abdominal**, usualmente epigástrico, pero puede ser difuso, puede irradiar hacia la espalda u ocasionar náuseas y vómitos.
2. Elevación en suero de **amilasa** y **lipasa**.
3. Evidencia **radiográfica** de pancreatitis.

Pruebas de laboratorio

En la PA, la **leucocitosis** usualmente es evidente y no necesariamente implica infección. Típicamente se ve un **aumento en hematocrito** secundario a hemoconcentración por depleción de volumen. En ocasiones, el paciente presenta **hipocalcemia** y/o **hipoglicemia**. Los niveles de **amilasa** y **lipasa** se elevan, la mayoría de las veces al menos al doble del valor normal. Ya que la amilasa también es secretada por otras glándulas del cuerpo, la lipasa es un marcador más sensitivo de PA.

Estudios de radiología e imágenes

La **radiografía** del abdomen puede demostrar niveles hidroaéreos. En algunos niños con PA, se evidencia una efusión pleural en la **placa** de pecho. El **ultrasonido** abdominal se recomienda para confirmar el diagnóstico de PA y para descartar causas obstructivas. La **tomografía** computarizada abdominal se recomienda en casos en que el ultrasonido no sea diagnóstico.

Tratamiento

El principio de la terapia de PA en niños es de apoyo. Esto incluye una hidratación intravenosa adecuada y manejo del dolor. En casos prolongados, puede ser necesario nutrir al paciente por vía intravenosa. A veces se recurre a los medicamentos narcóticos para manejar el dolor causado por la PA. Estos medicamentos aumentan la presión del esfínter de Oddi, pero los estudios revelan que esto **no** tiene ningún significado clínico. La succión por vía nasogástrica se utiliza cuando el paciente persiste vomitando o tiene íleo paralítico. Rara vez son necesarios los antibióticos, aún si hay leucocitosis y fiebre, salvo que se sospeche de infección bacteriana.

Complicaciones y pronóstico

Los casos no complicados tienen pronóstico excelente. Los casos severos son raros y la mayoría se presenta como pancreatitis necrotizante o hemorrágica, con alta mortalidad (90%). La complicación más conocida son los pseudoquistes que, en niños, usualmente se resuelven espontáneamente. Los abscesos pancreáticos en niños son poco comunes y suelen requerir drenaje. Los episodios recurrentes de PA pueden llevar al desarrollo de pancreatitis crónica que es un factor de riesgo para carcinoma de páncreas. 

Trasplante de hígado en niños de Puerto Rico



Antonio Del Valle Segarra, MD

Gastroenterólogo / Hepatólogo Pediátrico
Departamento de Pediatría, UPR
y Hospital de Niños San Jorge

Historia del trasplante hepático

El primer trasplante de hígado lo realizó Thomas Starzl en 1963, en Denver. Fue un intento fallido en un niño de tres años de edad, con historial de atresia biliar extrahepática. El mismo Dr. Starzl pudo lograr los primeros trasplantes hepáticos exitosos en 1967. La supervivencia de estos pacientes fue baja debido a episodios de rechazo.

A partir de 1978, con el progreso de los medicamentos inmunosupresores^{1, 2} surgió una revolución en la medicina de trasplante.

Trasplante hepático en niños de Puerto Rico

En 1986, en Pittsburg, recibió un trasplante hepático el primer niño puertorriqueño. En esa época, las familias tenían que mudarse a los Estados Unidos para poder ser candidatos a trasplante y recibir beneficios para cubrir los gastos. Esto cambió a medida que los planes médicos expandieron sus beneficios y a partir de la creación del Fondo Catastrófico de Puerto Rico en 1996. Este fondo ha provisto de apoyo económico a centenares de pacientes necesitados.

Otro avance importante ha sido la colaboración desarrollada entre gastroenterólogos pediátricos de Puerto Rico y los servicios de trasplante, en particular del Hospital Monte Sinaí en Nueva York y, posteriormente, del Hospital Yale-New Haven en Connecticut. Esta colaboración ha permitido que los pacientes regresen a Puerto Rico dos a tres meses después del trasplante.

Diagnósticos principales

En los últimos 25 años se han referido alrededor de 100 niños de Puerto Rico para trasplante; pudimos obtener

documentación de 80 de estos. La causa principal es la misma que a nivel nacional: atresia biliar extrahepática (35% de los casos), un problema congénito que resulta en malformación del ducto común extrahepático y de la vesícula biliar. Un procedimiento quirúrgico puede retrasar la necesidad del trasplante pero, usualmente, es inevitable. Las siguientes causas son el fallo hepático fulminante y condiciones metabólicas (17.5% cada uno). En los 14 niños que sufrieron fallo fulminante no se pudo establecer la etiología, al igual que la mayoría de los casos descritos en la literatura médica. Se asume que agentes virales que aún desconocemos son los responsables.

Diagnóstico	Puerto Rico casos (%)	Estados Unidos y Canadá casos (%)
Atresia biliar extrahepática.	28 (35.0)	221 (47.9)
Fallo hepático fulminante.	14 (17.5)	51 (11.1)
Enfermedades metabólicas	14 (17.5)	60 (13.0)
Enfermedades colestáticas	5 (6.3)	69 (15.0)
Tumores hepáticos	4 (5.0)	42 (9.1)
Misceláneos	15 (18.8)	42 (9.1)
	80 (100%)	461 (100%)



Directorio
Asociación de Gastroenterología y
Hepatología Pediátrica de Puerto Rico

Las causas metabólicas más comunes incluyen a la enfermedad de Wilson y la tirosinemia. El otro grupo significativo de pacientes es el que clasificamos como diagnósticos misceláneos (19%). De estos 15 pacientes, 11 tenían cirrosis criptogénica. Este porcentaje está disminuyendo al establecerse diagnósticos más certeros, especialmente por el avance en pruebas genéticas. La tabla demuestra el número de casos por diagnóstico y los compara con pacientes de Estados Unidos y Canadá.

Supervivencia de niños trasplantados

De los 80 pacientes mencionados, 55 han sido trasplantados en los hospitales Mount Sinai y Yale-New Haven. Su supervivencia ha sido extraordinaria y supera los números a nivel nacional. Estos pacientes han sobrevivido en razón del 96.3% (91.4% a nivel nacional) a un año del trasplante y en 92.7% (86.5% nacional) a cinco años del trasplante. La mayoría de ellos goza de una gran calidad de vida.

Conclusión

Los trasplantes de hígado en niños han progresado dramáticamente en los últimos 40 años. A pesar de no estar disponibles en la isla, tenemos la opción de referir a nuestros pacientes a hospitales en los Estados Unidos con una expectativa real de buenos resultados en el trasplante y el seguimiento posterior. 

Referencias

1. Kamath, BM and Olthoff, KM. Liver transplantation in children: Update 2010. *Pediatr Clin N Am* 2010; 57: 401-14.
2. Otte JB. History of pediatric liver transplantation. Where are we coming from? Where do we stand? *Pediatr Transplant* 2002; 6(5): 378-87.
3. Ng VL, Fecteau A, Shepherd R, et al. Outcomes of 5-year survivors of pediatric liver transplantation: report on 461 children from a North American multicenter registry.

Dra. Sheyla Calderón
787-721-2250
Torre Ashford,
Suite 303
Ashford Presbyterian Hospital

Dr. Carlos Camacho
787-844-2986
787-844-2080 ext 6807
787-232-8025
Fax 787-290-3059
Torre Médica San Lucas
909 Ave Tito Castro, Suite 807
Ponce PR 00716-4725

Dr. Antonio Del Valle
787-728-4772
Fax 787-727-7759
San Jorge Medical Building
Suite 503
252 Calle San Jorge
Santurce PR 00912

Dra. Rosalyn Díaz
787-397-4683
Torre Médica 2
Dr Pedro Blanco Lugo
Suite 252, Manatí
Manatí Medical Center,
Suite 204
Bayamón Medical Plaza,
Suite 910

Dra. Wihelma Echevarría Cortés
787-789-1919
787-653-2224
Clínica Las Américas
Guaynabo
CEPA HIMA
Caguas

Dra. Lina M. Felipez
787-758-2000 ext 1391/2
Fax 787-771-7996
Clínicas Subespecialistas
Pediátricos
Hospital Auxilio Mutuo
715 Ponce de León,
Hato Rey PR 00918

Dr. David Fernández
787-268-0882
San Jorge Medical Building
Suite 308
252 Calle San Jorge
Santurce PR 00912

Dra. Priscila Garau
787-787-6767
Fax 787-787-9619
Edificio Arturo Cadilla,
Suite 203
100 Paseo San Pablo St
Bayamón PR 00961

Dr. Leonardo Hormaza
787-999-9450
253 Calle San Jorge,
Suite 2B
Santurce, PR 00912-3307

Dr. Félix Jiménez
787-787-5160
Fax 787-787-5544
Bayamón Medical Plaza,
Suite 410
Bayamón PR 00959-7203

Dr. Fermín Miranda
787-250-6010
Fax 787-250-1116 566 B
Calle JJ Jiménez,
Altos Hato Rey PR 00918

Dr. José J. Muñiz Quiñones
787-805-5830
Fax 787-805-6430
55N Calle Dr Basora
Edificio Médico 1V,
Suite 212
Mayagüez PR 00680

Dr. Jorge Rosario Mulinelli
787-961-7689
Fax 787-961-4704
HIMA PLAZA 1,
Suite 407
500 Ave Degetau,
Caguas PR 00726

Dr. José Russe Santos
787-726-1113
Fax 788-727-6884
252 Calle Convento
Santurce PR 00912

Dr. José Santiago
787-579-5284
787-844-2080 ext 1365
609 Ave Tito Castro,
Suite 102 PMP 412,
Ponce PR 00716-2202

Alergia o intolerancia a las proteínas de la leche de vaca



Wihelma Echevarría Cortés, MD

Gastroenteróloga Pediátrica
Clínica Las Américas Guaynabo
e HIMA Caguas

787.789.1919 ó 787.653.2224

Se estima que de un 2 a un 7% de recién nacidos experimentará algún tipo de reacción a las proteínas de la leche de vaca en sus primeros meses de vida. Los síntomas de esta reacción incluyen vómitos, irritabilidad, dolor abdominal, gas excesivo, diarreas, hematoquezia, erupciones en piel, problemas respiratorios, rechazo a la botella o al seno materno y rezago en el crecimiento. En raras ocasiones, esta reacción puede llevar a un choque anafiláctico.

Las proteínas de leche de vaca (principalmente el suero y la caseína) se encuentran entre los primeros antígenos con los que el infante tiene contacto, ya sea a través de fórmulas maternizadas básicas o de la leche materna.

Síntomas

En ocasiones, el infante reacciona adversamente a estas proteínas, con síntomas como vómitos, irritabilidad, dolor abdominal, gas excesivo, diarreas, hematoquezia, erupciones en piel, problemas respiratorios, rechazo a la botella o al seno materno y rezago en el crecimiento.

Alergia o intolerancia

Hablamos de **alergia** a las proteínas de la leche de vaca cuando se demuestra que este es un proceso inmunológico mediante pruebas de laboratorios (específicamente IgE). Cuando esta reacción no es mediada por IgE, utilizamos comúnmente el término **intolerancia**.

Diferencia con intolerancia a la lactosa

Es de suma importancia recalcar que la alergia o intolerancia a las proteínas de la leche de vaca es muy distinta de la intolerancia a la lactosa (carbohidrato presente en la leche), la cual **no** suele presentarse en la infancia, sino más tarde en la vida del niño.

Incidencia

Las publicaciones existentes suelen agrupar los casos de alergia e intolerancia a las proteínas de la leche de vaca. Por lo tanto es difícil calcular la incidencia de cada diagnóstico aparte. Se estima que de un 2 a un 7% de recién nacidos experimentará algún tipo de reacción a estas proteínas en sus primeros meses de vida.

Profilaxis, terapia y alternativas

Al retirar estas proteínas de la dieta del infante o de la dieta de la madre, si esta lo está amamantando, los síntomas de reacción alérgica e intolerancia deben desaparecer. En los casos en que el infante esté tomando fórmula maternizada, se procede a cambiar esta fórmula a una extensamente hidrolizada, donde la proteína ya no es considerada antigénica por el sistema inmunológico del infante. En raras ocasiones, se puede observar una reacción también a estas proteínas extensamente hidrolizadas. Para estos casos, existen las fórmulas maternizadas basadas en amino ácidos libres.

Recomendaciones generales

La Academia de Pediatría Americana (AAP) recomienda que se espere hasta los 4 a 6 meses de edad para comenzar a alimentar al niño con alimentos sólidos. Postergar esta introducción de alimentos después de los 6 meses no ha demostrado una ventaja con relación al desarrollo de otras alergias alimentarias.

Al año de edad, se reintroducen cautelosamente las proteínas de la leche de vaca a la dieta del niño afectado, en un intento de comprobar si la alergia o intolerancia ya fue superada. Si este no es el caso, se recomienda volver a intentarlo a los 18 meses de edad.

Se estima que del 60 al 75% de los infantes con alergia o intolerancia a las proteínas de la leche de vaca ya las han superado al año de edad. Al resto le puede tomar hasta los 2 a 5 años para hacerlo, y existe un pequeño grupo de estos pacientes que permanece alérgicos a estas proteínas por el resto de su vida. 

Ayúdaló a Crecer Saludable con

PediaSure®



Si tu niño no come bien, puede que no esté recibiendo los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo.

PediaSure® ofrece nutrición completa y balanceada® para llenar los vacíos nutricionales de tu niño que no come bien.

Así estás tranquila y lo ves crecer saludable.



Pediasure® Nutrición Completa y Balanceada® para Ayudarlo a Crecer

23 Vitaminas & Minerales	240 Calorías	Prebióticos & Antioxidantes†	Excelente Fuente de DHA y Omega 3 [‡]
-----------------------------	-----------------	------------------------------	--

Endosado por:



www.pediasure.com

* Autorizadas en el Programa WIC de Puerto Rico. WIC es una marca registrada del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos y con la abreviación de un programa especial para mujeres, infantes y niños.

† Vitaminas C & E y Selenio

‡ 32mg DHA por porción 8 oz-fl. (20% del valor diario de 160 mg).

© 2010 Abbott Laboratories, Inc. APR-110030 LITHO IN PR



Enfermedad inflamatoria intestinal en niños



Rosalyn Díaz Crescioni, MD

Gastroenteróloga y Hepatóloga Pediátrica
Certificada en Pediatría y
Gastroenterología Pediátrica
Oficinas en Bayamón y Manatí
787.397.4683

La enfermedad inflamatoria intestinal, IBD por sus siglas en inglés, es una condición crónica cuya causa es desconocida (no es infecciosa). *IBD* se clasifica en enfermedad de Crohn y colitis ulcerativa (*UC*). Recientemente, *IBD* se ha convertido en una de las enfermedades crónicas más significativas en niños y adolescentes.

Epidemiología

- 1 a 1.5 millones de personas en los Estados Unidos padecen de *IBD*.
- El 25% se diagnostica en edad pediátrica.
- 7 a 10 niños por cada 100000 desarrollan *IBD* anualmente en los Estados Unidos.
- El 4% de los casos de enfermedad de Crohn ocurre en niños menores de 5 años.

Etiología

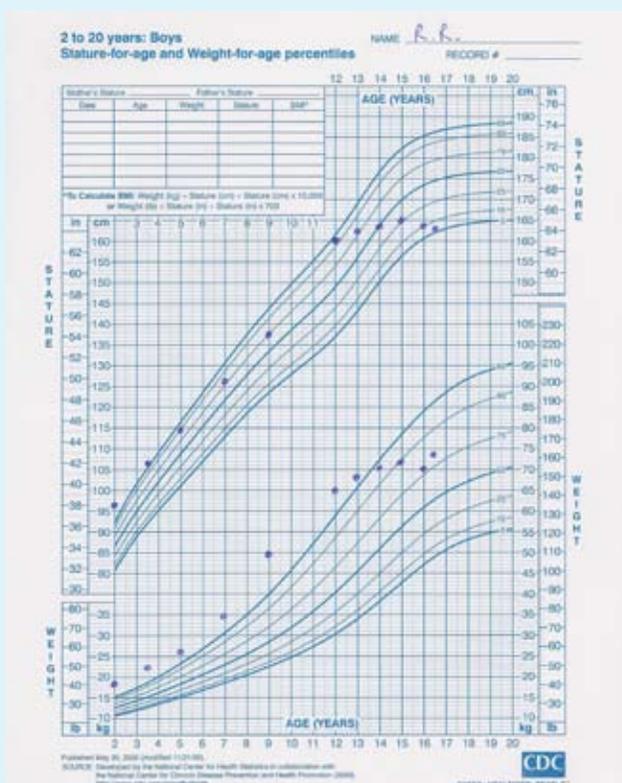
La causa exacta de *IBD* se desconoce, pero se sabe que es multifactorial y que tiene que haber una predisposición genética (como *NOD2/ CARD15*). Se postula que, en las personas con predisposición **genética**, una injuria, sea **infección** viral o bacteriana u otro antígeno en la dieta, afecta el sistema inmunológico y desencadena una **reacción inflamatoria** descontrolada. La sobreproducción de citoquinas proinflamatorias o la pobre producción de citoquinas reguladoras o antiinflamatorias podrían tener relación con esta respuesta inmunológica anormal. Factores externos como fumar o el uso de antiinflamatorios no esteroidales (*NSAIDS*) podrían iniciar esta cascada inmunológica.

Diagnóstico

Los síntomas más comunes son diarrea, sangrado rectal, dolor abdominal, falla en crecimiento (figura 1), pérdida de peso, cansancio, fiebre, enfermedad perianal, úlceras orales y anemia.

Los principios para diagnosticar *IBD* son:

1. Sospecha basada en historial, examen físico y laboratorio (*CBC, CRP, ESR, CMP*, pruebas serológicas).
2. Descartar otras condiciones (cultivos de excreta, en especial *Clostridium difficile*, *PPD*).
3. Estudios radiográficos y endoscópicos para definir si es enfermedad de Crohn o *UC* (esofagogastroduodenoscopia y colonoscopia - ambas con biopsias -, radiografía de tránsito intestinal *UGI, CT, MRI*).
4. Evaluar la presencia de manifestaciones extraintestinales como artritis y enfermedad hepática (pruebas hepáticas, examen visual, piel y coyunturas).



Distinguir entre enfermedad de Crohn y UC puede ser difícil, especialmente si la inflamación es solamente colónica. El diagnóstico de enfermedad de Crohn es definitivo si hay claramente inflamación en el intestino delgado, la colitis es discontinua, hay enfermedad perianal o si hay granulomas en las biopsias.

Los pacientes con enfermedad de Crohn pueden desarrollar estrechez, abscesos abdominales y fístulas perianales mientras que los de UC tienen principalmente diarreas con sangre.

Tratamiento

La meta inmediata del tratamiento es mejorar los síntomas. A largo plazo, se busca sanar la mucosa gastrointestinal, mejorar la calidad de vida y disminuir hospitalizaciones y cirugías. Para los síntomas más leves se utilizan antibióticos, nutrición enteral y aminosalicilatos (por ejemplo: mesalamina). Los **corticosteroides** se utilizan en enfermedad moderada a severa. Los **inmunosupresores** (6-mercaptopurina) y las terapias biológicas (Infliximab) se administran en casos más severos y/o cuando hay una dependencia de los esteroides.

La **cirugía** y periodos prolongados de ayuno se reservan para casos extremos.

Actualmente, hay una tendencia a ser más agresivos con el tratamiento y en ciertos casos comenzar las terapias biológicas e inmunosupresores más temprano en el curso de la enfermedad, para tratar así de lograr le meta principal, que es la sanación de la mucosa.

Conclusión

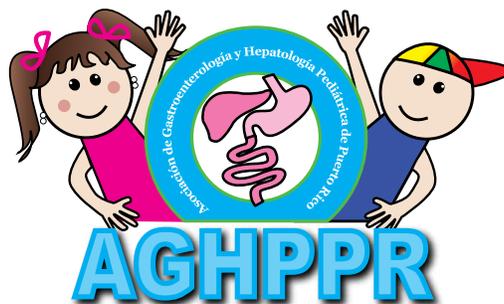
IBD es una condición seria pero en la que, con tratamiento temprano y adecuado, los niños pueden llevar una vida normal y productiva. Los niños y adolescentes podrían estar afectados por problemas físicos, emocionales, sociales y familiares. Por esto, es aún más importante la detección temprana para su tratamiento efectivo. 

PediaSure®

Nutrición Completa y Balanceada® para Ayudarlo a Crecer

PediaSure SIDEKICKS® APOYO NUTRICIONAL

Endosados por la Asociación de
Gastroenterología y Hepatología
Pediátrica de Puerto Rico



© 2011 Abbott Laboratories, Inc.
APR-110237 LITHO IN PR

 **Abbott**
Nutrition

Hogares Rafaela Ybarra
te invitan a la Bohemia

“TRANSFORMANDO
la vida
de LAS NIÑAS”

Disfruta de una Gran Bohemia, a la vez que ayudas en la construcción de hogares más seguros para las niñas. Una noche espectacular, para una gran causa.

Sábado, 5 de noviembre de 2011 8pm a 1am

Salón de Actividades Guillermo Ortiz - Edificio ILA
1055 Ave. John F. Kennedy - Marginal San Juan, PR

Orquesta Chaney • Grupo Añejo
Cocinando y cantando con el Chef Edgardo Noel
Gran sorpresa de cierre

Boletos: \$70 (pareja) • \$40 (una persona) • Baile incluye cena

INFORMACIÓN: 787-763-1204 y 787-396-1956

