

Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal en la población pediátrica: una revisión narrativa

Diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease in the pediatric population: a narrative review

Magno German Naranjo Jiménez

ORCID: 0009-0002-9574-4688

Universidad de las Américas, Ecuador

Pedro José Ayala Rivadeneira

ORCID: 0009-0003-4547-6897

Universidad de las Américas, Ecuador

Rafaela María Aulestia Vásquez

ORCID: 0009-0006-2826-8342

Universidad de las Américas, Ecuador

Michael David Naranjo Venegas

ORCID: 0009-0004-6524-2606

Universidad Central del Ecuador

Marcela Sofía Guerrero Cabrera

ORCID: 0009-0002-5949-3762

Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

Wilson Rolando Idrovo Calle

ORCID: 0000-0002-7421-2343

Universidad Católica de Cuenca, Ecuador

Jhony Andrés Chamorro Ipiales

ORCID: 0009-0005-5137-2845

Universidad Técnica del Norte, Ecuador

Katherin Alexandra Cevallos Flores

ORCID: 0009-0007-7459-0719

Universidad Técnica del Norte, Ecuador

RESUMEN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en la población pediátrica representa un desafío clínico significativo debido a su presentación heterogénea y su impacto en el crecimiento y desarrollo de los pacientes. Este artículo de revisión narrativa aborda los aspectos clave del diagnóstico y tratamiento de la EII en niños y adolescentes, destacando las diferencias con la población adulta. El diagnóstico temprano es esencial y requiere una combinación de historia clínica detallada, exámenes de laboratorio, estudios de imagen y endoscopia con biopsias. Entre las herramientas diagnósticas emergentes, los biomarcadores como la calprotectina fecal han mostrado utilidad en la evaluación inicial y el seguimiento. En cuanto al tratamiento, este debe ser individualizado, considerando la gravedad de la enfermedad, la localización y las características del paciente. Las estrategias terapéuticas incluyen el uso de aminosalicilatos, corticosteroides, inmunomoduladores y terapias biológicas, además de intervenciones nutricionales específicas. El manejo multidisciplinario es fundamental para optimizar los resultados a largo plazo y minimizar las complicaciones. Esta revisión destaca la importancia de la investigación continua para mejorar el abordaje de esta compleja enfermedad en la población pediátrica.

Palabras clave: Enfermedad inflamatoria intestinal, Diagnóstico, Tratamiento, Población pediátrica, Colitis ulcerosa, Enfermedad de Crohn.

ABSTRACT

Inflammatory bowel disease (IBD) in the pediatric population represents a significant clinical challenge due to its heterogeneous presentation and its impact on patient growth and development. This narrative review article addresses the key aspects of the diagnosis and treatment of IBD in children and adolescents, highlighting the differences with the adult population. Early diagnosis is essential and requires a combination of a detailed medical history, laboratory tests, imaging studies, and endoscopy with biopsies. Among the emerging diagnostic tools, biomarkers such as fecal calprotectin have shown utility in initial assessment and follow-up. As for treatment, it must be individualized, considering the severity of the disease, the location and the characteristics of the patient. Therapeutic strategies include the use of aminosalicylates, corticosteroids, immunomodulators, and biologic therapies, in addition to specific nutritional interventions. Multidisciplinary management is critical to optimize long-term outcomes and minimize complications. This review highlights the importance of ongoing research to improve the approach to this complex disease in the pediatric population.

Keywords: Inflammatory bowel disease, Diagnosis, Treatment, Pediatric population, Ulcerative colitis, Crohn's disease.

INTRODUCCIÓN

La EII en la población pediátrica representa un desafío creciente en la práctica clínica debido a su complejidad diagnóstica y terapéutica. Esta condición, que incluye principalmente la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, se caracteriza por una inflamación crónica del tracto gastrointestinal, con impacto significativo en el crecimiento, desarrollo y calidad de vida de los pacientes jóvenes (1). En los últimos años, se han logrado avances importantes en la comprensión de los factores genéticos, inmunológicos y ambientales que contribuyen a su patogénesis, lo que ha permitido desarrollar enfoques más personalizados para su manejo (2). Este artículo tiene como objetivo proporcionar una revisión narrativa actualizada sobre los métodos diagnósticos y las estrategias terapéuticas disponibles para la EII en niños y adolescentes, destacando la importancia de un enfoque multidisciplinario para optimizar los resultados clínicos y mejorar el pronóstico a largo plazo en esta población vulnerable.

METODOLOGÍA

La metodología empleada en esta revisión narrativa se basó en la búsqueda y análisis de literatura científica relevante. Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos como PubMed, Scopus y Web of Science, utilizando palabras clave como "enfermedad inflamatoria intestinal", "diagnóstico", "tratamiento" y "pediatría". Se incluyeron artículos publicados en los últimos diez años para garantizar la actualidad de la información, priorizando estudios revisados por pares, guías clínicas y metaanálisis. Los criterios de inclusión consideraron investigaciones enfocadas en pacientes pediátricos y que abordaran tanto aspectos diagnósticos como terapéuticos. Los datos recopilados se organizaron temáticamente, permitiendo una síntesis crítica de las estrategias diagnósticas y terapéuticas más relevantes. Este enfoque busca proporcionar una visión integral y actualizada que facilite la toma de decisiones clínicas en el manejo de la EII en niños y adolescentes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Epidemiología y factores de riesgo

La enfermedad inflamatoria intestinal, que incluye la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU), ha mostrado un aumento significativo en su incidencia y prevalencia a nivel global, particularmente en la población pediátrica. Aunque históricamente se consideraba más común en países occidentales, en las últimas décadas se ha observado un incremento notable en regiones en vías de desarrollo, lo que sugiere una influencia de la urbanización y la occidentalización de los estilos de vida (3).

En el caso de la población pediátrica, la EII tiende a manifestarse con mayor frecuencia durante la adolescencia, aunque también puede presentarse en niños menores de 10 años, incluso en lactantes, lo que se conoce como EII de inicio muy temprano (VEOIBD, por sus siglas en inglés). Estudios recientes estiman que entre el 20 % y el 25 % de los casos de EII se diagnostican antes de los 20 años, con una distribución similar entre EC y CU, aunque la EC parece ser ligeramente más prevalente en esta población (3).

Los factores de riesgo para el desarrollo de EII son multifactoriales e incluyen componentes genéticos, ambientales y del microbioma intestinal. Desde el punto de vista genético, se ha identificado una fuerte predisposición hereditaria, especialmente en casos de VEOIBD, donde las mutaciones en genes específicos como NOD2 y IL10RA/IL10RB juegan un papel crucial. Además, tener un familiar de primer grado con EII aumenta significativamente el riesgo de desarrollar la enfermedad (3).

En cuanto a los factores ambientales, se ha documentado que el tabaquismo pasivo, el uso temprano de antibióticos y el tipo de dieta (particularmente aquellas altas en grasas saturadas y bajas en fibra) pueden contribuir al desarrollo de la EII. Asimismo, la hipótesis de la higiene sugiere que la exposición reducida a microorganismos durante la infancia podría alterar la respuesta inmune y predisponer a enfermedades autoinmunes (4).

El microbioma intestinal también desempeña un rol central. Alteraciones en la composición y diversidad microbiana (disbiosis) han sido consistentemente asociadas con la EII, aunque no está claro si estas alteraciones son causa o consecuencia de la enfermedad. Factores como el parto por cesárea y la falta de lactancia materna también podrían influir negativamente en el desarrollo del microbioma y aumentar el riesgo (4).

Fisiopatología de la enfermedad inflamatoria intestinal

La EII comprende principalmente dos entidades: la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerativa. Ambas son trastornos crónicos del tracto gastrointestinal caracterizados por una inflamación recurrente que resulta de una interacción compleja entre factores genéticos, ambientales, inmunológicos y microbianos. Aunque su etiología exacta no se comprende completamente, se ha avanzado significativamente en el entendimiento de los mecanismos fisiopatológicos subyacentes, lo que ha permitido mejorar los enfoques diagnósticos y terapéuticos, especialmente en la población pediátrica (5).

Desde el punto de vista inmunológico, la EII se asocia con una respuesta inmunitaria alterada en la mucosa intestinal. En condiciones normales, existe un equilibrio entre las respuestas proinflamatorias y antiinflamatorias que mantienen la homeostasis intestinal frente a los estímulos del microbioma y los antígenos lumenales. En la EII, este equilibrio se rompe, lo que conduce a una inflamación descontrolada. En la EC, predomina una respuesta inmunitaria mediada por células T helper tipo 1 (Th1) y Th17, mientras que en la CU, se observa una mayor actividad de las células T helper tipo 2 (Th2). Estas diferencias en los patrones inmunológicos contribuyen a las características clínicas y patológicas distintivas de cada entidad (5).

El microbioma intestinal juega un papel crucial en la fisiopatología de la EII. Se ha identificado una disbiosis característica, con una disminución de bacterias beneficiosas como *Faecalibacterium prausnitzii* y un aumento de especies proinflamatorias como *Escherichia coli* adherente-invasiva. Esta alteración microbiana puede desencadenar respuestas inmunes aberrantes en individuos genéticamente susceptibles. Además, factores ambientales como la dieta, el uso de antibióticos en etapas tempranas de la vida y el estrés también pueden influir en la composición del microbioma y modular el riesgo de desarrollar EII (6).

Desde el punto de vista genético, se han identificado más de 200 loci asociados con la susceptibilidad a la EII. Muchos de estos genes están implicados en funciones relacionadas con la barrera epitelial intestinal, la regulación inmune y las interacciones huésped-microbioma. Entre los genes más relevantes se encuentran NOD2, asociado con la EC, y HLA-DRB1, relacionado con la CU. Estas variantes genéticas no solo confieren susceptibilidad, sino que también pueden influir en la gravedad de la enfermedad y en la respuesta al tratamiento (6).

En la población pediátrica, la EII presenta particularidades fisiopatológicas que reflejan tanto diferencias en el desarrollo inmunológico como en las exposiciones ambientales tempranas. Estas características subrayan la importancia de un enfoque diagnóstico y terapéutico personalizado que considere las especificidades de esta etapa de la vida. Comprender los mecanismos fisiopatológicos subyacentes es esencial para avanzar hacia estrategias terapéuticas más efectivas y dirigidas en este grupo etario vulnerable (5,6).

Manifestaciones clínicas en pacientes pediátricos

- Síntomas gastrointestinales y extraintestinales

La EII en pediatría puede presentar un espectro amplio de manifestaciones clínicas, tanto gastrointestinales como extraintestinales, que varían en severidad y pueden dificultar su diagnóstico temprano. Entre los síntomas gastrointestinales más comunes se encuentran el dolor abdominal crónico, diarrea persistente o intermitente, a menudo con sangre o moco, y pérdida de peso. En algunos casos, se observa retraso en el crecimiento o pubertad tardía, lo que puede ser una de las primeras señales de alarma en niños y adolescentes. Otros síntomas incluyen tenesmo, urgencia fecal y, en ocasiones, estreñimiento, dependiendo de la localización y severidad de la enfermedad (7).

En cuanto a las manifestaciones extraintestinales, estas pueden involucrar múltiples sistemas y son más frecuentes en la enfermedad de Crohn que en la colitis ulcerosa. Entre las más comunes se encuentran las artralgias o artritis, eritema nodoso y pioderma gangrenoso en la piel, así como uveítis o episcleritis en los ojos. Además, pueden presentarse complicaciones hepáticas como colangitis esclerosante primaria. La fatiga crónica y el estado inflamatorio sistémico también son características que afectan significativamente la calidad de vida de los pacientes pediátricos (7).

El reconocimiento temprano de estas manifestaciones es crucial para el diagnóstico oportuno y el inicio del tratamiento adecuado, ya que el retraso en la intervención puede conducir a complicaciones graves y afectación del desarrollo físico y emocional del paciente. Es fundamental un enfoque multidisciplinario para abordar tanto los síntomas gastrointestinales como extraintestinales en esta población vulnerable (7).

- Impacto en el crecimiento

La enfermedad inflamatoria intestinal puede tener un impacto significativo en el crecimiento y desarrollo, lo que representa una de las manifestaciones clínicas más preocupantes en este grupo etario. Los mecanismos subyacentes incluyen

la inflamación crónica, el aumento de las demandas metabólicas, la malabsorción de nutrientes esenciales y, en algunos casos, los efectos adversos de los tratamientos farmacológicos, como los corticosteroides (8).

La desnutrición y el retraso en el crecimiento lineal son comunes, especialmente en pacientes con enfermedad de Crohn, donde la afectación del tracto gastrointestinal superior puede comprometer aún más la absorción de macronutrientes y micronutrientes. Además, la inflamación sistémica puede alterar los ejes endocrinos, particularmente el eje hormona del crecimiento-factor de crecimiento similar a la insulina (GH-IGF-1), contribuyendo al deterioro del crecimiento. Es crucial realizar un monitoreo regular del peso, la talla y los índices de crecimiento en estos pacientes para identificar tempranamente desviaciones significativas (8).

- Diferencias clínicas entre enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa en niños

En la enfermedad de Crohn, las manifestaciones suelen ser más heterogéneas debido a su capacidad de afectar cualquier segmento del tracto gastrointestinal. Los niños con EC frecuentemente presentan dolor abdominal crónico, diarrea (que puede o no ser sanguinolenta), pérdida de peso significativa y retraso del crecimiento. Además, es común la presencia de lesiones perianales, como fisuras o abscesos, así como manifestaciones extraintestinales, incluyendo artritis, eritema nodoso y uveítis (9).

Por otro lado, la colitis ulcerosa se limita al colon y se caracteriza por un patrón más uniforme de síntomas. Los pacientes pediátricos con CU suelen presentar diarrea sanguinolenta, urgencia fecal y tenesmo. A diferencia de la EC, el compromiso perianal es raro en la CU. Sin embargo, también pueden observarse manifestaciones extraintestinales similares, aunque con menor frecuencia (9).

El diagnóstico diferencial entre estas dos entidades es crucial, ya que influye directamente en el enfoque terapéutico y el pronóstico. La evaluación clínica debe complementarse con estudios endoscópicos, histológicos y de imágenes para confirmar el diagnóstico y determinar la extensión de la enfermedad (9).

Métodos diagnósticos

- Anamnesis y examen físico

La anamnesis y el examen físico son pilares fundamentales en el diagnóstico de la EII en la población pediátrica. Durante la anamnesis, es esencial indagar sobre los síntomas principales como diarrea crónica, dolor abdominal recurrente, pérdida de peso, retraso en el crecimiento y presencia de sangre o moco en las heces. También se deben explorar antecedentes familiares de EII u otras enfermedades autoinmunes, así como factores ambientales y alimentarios relevantes. Es importante considerar la duración y severidad de los síntomas, así como su impacto en la calidad de vida del paciente (10).

En el examen físico, se deben evaluar signos de desnutrición, retraso puberal o estatural, y buscar hallazgos como sensibilidad abdominal localizada, masas palpables, fístulas perianales o fisuras. Además, se deben inspeccionar posibles manifestaciones extraintestinales, como eritema nodoso, aftas orales o artralgias, que pueden orientar hacia el diagnóstico (10).

La combinación de una anamnesis detallada y un examen físico minucioso permite identificar patrones clínicos sugestivos de EII y guiar la selección de pruebas complementarias necesarias para confirmar el diagnóstico. Estos pasos iniciales son cruciales para establecer un abordaje diagnóstico integral y planificar un tratamiento adecuado en esta población vulnerable (10).

- Estudios de laboratorio

Los estudios de laboratorio desempeñan un papel esencial en el diagnóstico de la EII en la población pediátrica, complementando la evaluación clínica y los estudios de imagen. Entre las pruebas más utilizadas se encuentran los hemogramas completos, que pueden revelar anemia, leucocitosis y trombocitosis, indicadores indirectos de inflamación crónica. Los reactantes de fase aguda, como la proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG), son marcadores sensibles pero inespecíficos de inflamación sistémica. Asimismo, la evaluación bioquímica puede mostrar hipoalbuminemia y alteraciones electrolíticas asociadas con malabsorción o diarrea crónica (11,12).

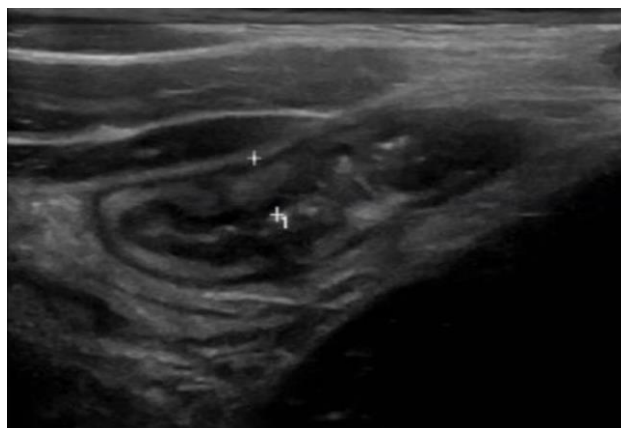
En los últimos años, los biomarcadores fecales, como la calprotectina y la lactoferrina, han ganado relevancia debido a su alta sensibilidad para detectar inflamación intestinal y su utilidad para diferenciar entre EII y trastornos funcionales, como el síndrome de intestino irritable. Además, las pruebas serológicas, como los anticuerpos anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA) y los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos perinucleares (pANCA), pueden ayudar en la diferenciación entre

enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, aunque su utilidad en pediatría es limitada. En conjunto, estos estudios permiten orientar el diagnóstico inicial, evaluar la actividad de la enfermedad y monitorear la respuesta al tratamiento, siendo fundamentales en el manejo integral de estos pacientes (11,12).

- Métodos de imagen: ecografía, resonancia magnética y endoscopia

Los métodos de imagen desempeñan un papel crucial en el diagnóstico y manejo de la EII, permitiendo una evaluación no invasiva y detallada del tracto gastrointestinal. La ecografía (figura 1) es una herramienta inicial ampliamente utilizada debido a su accesibilidad, ausencia de radiación y capacidad para identificar engrosamiento de la pared intestinal, aumento de la vascularización y complicaciones como abscesos o fístulas. Por otro lado, la resonancia magnética, especialmente la enterorresonancia, se considera el estándar de oro para la evaluación de la EII en niños, ya que ofrece imágenes de alta resolución y permite evaluar tanto el intestino delgado como las estructuras adyacentes sin exposición a radiación ionizante. Este método es particularmente útil para monitorizar la enfermedad y evaluar la respuesta al tratamiento. La endoscopia (figura 2), que incluye colonoscopia e ileoscopia, sigue siendo esencial para confirmar el diagnóstico, ya que permite la visualización directa de la mucosa intestinal y la obtención de biopsias para análisis histopatológico (13,14).

Figura 1. Ultrasonido intestinal transabdominal que demuestra una pared intestinal inflamada del íleon terminal en un paciente pediátrico con enfermedad de Crohn



Obtenido de: Hudson et al, 2024.

Estos métodos se complementan entre sí, proporcionando una visión integral que permite diferenciar entre enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, evaluar la extensión y severidad de la enfermedad, y guiar decisiones terapéuticas en esta población vulnerable (14).

Figura 2. Imágenes endoscópicas que demuestran una dilatación del globo a través del alcance de una estenosis intestinal en un paciente pediátrico con enfermedad de Crohn



A: predilatación; B: dilatación del globo; C: Postdilatación. Fuente: Obtenido de Hudson et al, 2024.

Opciones terapéuticas

- Tratamiento farmacológico: aminosalicilatos, corticosteroides, inmunomoduladores y terapias biológicas

El tratamiento farmacológico de la EII en población pediátrica se fundamenta en un enfoque escalonado que busca

controlar la inflamación, inducir y mantener la remisión, y prevenir complicaciones a largo plazo. Las opciones terapéuticas incluyen aminosalicilatos, corticosteroides, inmunomoduladores y terapias biológicas, cada uno con indicaciones específicas según la gravedad y el tipo de enfermedad (15).

Los aminosalicilatos, como la mesalazina, son utilizados principalmente en la colitis ulcerosa leve a moderada. Su acción antiinflamatoria localizada en la mucosa intestinal los convierte en una opción de primera línea. Aunque su eficacia en la enfermedad de Crohn es limitada, pueden emplearse en casos seleccionados. Estos fármacos presentan un perfil de seguridad favorable, lo que los hace adecuados para uso prolongado (15).

Los corticosteroides, como la prednisona o la budesonida, son eficaces para inducir la remisión en la EII activa moderada a severa. Sin embargo, su uso prolongado está limitado por los efectos adversos sistémicos, especialmente en niños, donde el impacto en el crecimiento y el desarrollo es una preocupación significativa. Por esta razón, se reservan para el manejo agudo y se descontinúan tan pronto como sea posible (15,16).

Los inmunomoduladores, como la azatioprina, 6-mercaptopurina y metotrexato, son utilizados para mantener la remisión en pacientes que no responden adecuadamente a los aminosalicilatos o que requieren un ahorro de corticosteroides. Estos agentes actúan modulando la respuesta inmune y tienen un inicio de acción lento, por lo que no son útiles para el manejo agudo. Es fundamental realizar un monitoreo estrecho debido al riesgo de efectos adversos como mielosupresión y hepatotoxicidad (16).

Finalmente, las terapias biológicas, como los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF- α) (ej., infliximab, adalimumab) y los agentes dirigidos contra integrinas (ej., vedolizumab), han revolucionado el tratamiento de la EII pediátrica, especialmente en casos refractarios o severos. Estas terapias ofrecen una alta eficacia para inducir y mantener la remisión, aunque su uso puede estar limitado por costos elevados y riesgos potenciales como infecciones graves o reacciones autoinmunes (16).

- Tratamiento nutricional: dietas específicas y soporte nutricional

El tratamiento nutricional desempeña un papel fundamental en el manejo de la EII en niños, tanto para promover la remisión como para optimizar el crecimiento y desarrollo. Las dietas específicas, como la dieta de exclusión para la enfermedad de Crohn o la dieta baja en FODMAP, han demostrado ser útiles en ciertos casos al reducir la inflamación y los síntomas gastrointestinales. Además, en pacientes con malnutrición o riesgo de déficit nutricional, el soporte nutricional es esencial y puede incluir nutrición enteral total o suplementaria, que no solo mejora el estado nutricional, sino que también puede inducir remisión en algunos casos. La elección de la estrategia nutricional debe ser individualizada, considerando factores como la gravedad de la enfermedad, las preferencias del paciente y su familia, y la tolerancia a los diferentes regímenes dietéticos. Asimismo, es crucial monitorear de manera regular los niveles de micronutrientes, como hierro, vitamina D y zinc, para prevenir deficiencias que puedan afectar el desarrollo físico y cognitivo (16,17).

El manejo nutricional debe integrarse en un enfoque multidisciplinario que involucre pediatras, gastroenterólogos y nutricionistas especializados, garantizando una atención integral y basada en evidencia. Finalmente, educar a los pacientes y sus familias sobre la importancia de una alimentación adecuada y su impacto en la EII es clave para promover la adherencia al tratamiento y mejorar la calidad de vida (17).

- Intervenciones quirúrgicas: indicaciones y resultados en niños

Las intervenciones quirúrgicas en la EII pediátrica se reservan generalmente para casos refractarios al tratamiento médico, complicaciones graves o situaciones de emergencia. En pacientes con colitis ulcerosa, la colectomía total puede ser necesaria en casos de megacolon tóxico, hemorragia masiva, perforación o enfermedad refractaria. En la enfermedad de Crohn, las indicaciones quirúrgicas incluyen obstrucciones intestinales, fístulas complejas, abscesos intraabdominales y crecimiento deficiente secundario a enfermedad activa persistente. Aunque las cirugías no son curativas en el caso de la enfermedad de Crohn, pueden mejorar significativamente la calidad de vida al aliviar los síntomas y prevenir complicaciones graves (18).

Los avances en técnicas quirúrgicas, como la cirugía laparoscópica, han reducido los tiempos de recuperación y las complicaciones postoperatorias en estos pacientes. Sin embargo, es fundamental considerar los riesgos asociados, como infecciones, estenosis anastomóticas y recurrencia de la enfermedad, especialmente en el caso de la enfermedad de Crohn. La decisión quirúrgica debe ser multidisciplinaria, involucrando a gastroenterólogos pediátricos, cirujanos y otros especialistas, además de contar con un enfoque centrado en el paciente y su familia. Es crucial educar a los cuidadores sobre los posibles resultados y la necesidad de un seguimiento estrecho tras la intervención (18).

A pesar de los avances terapéuticos, las cirugías siguen desempeñando un papel esencial en el manejo integral de la EI pediátrica, contribuyendo a mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes (18).

Seguimiento y monitoreo a largo plazo

El seguimiento y monitoreo a largo plazo en pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal es esencial para optimizar los resultados clínicos, prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida. Este proceso debe ser multidisciplinario, involucrando a gastroenterólogos pediátricos, nutricionistas, psicólogos y otros especialistas según sea necesario. Es fundamental evaluar regularmente el crecimiento y desarrollo del paciente, ya que la EI y sus tratamientos pueden afectar negativamente estos aspectos críticos en la infancia y adolescencia. Además, se deben realizar controles periódicos de biomarcadores inflamatorios, como la proteína C reactiva y la calprotectina fecal, así como estudios endoscópicos e imagenológicos cuando estén indicados, para valorar la actividad de la enfermedad y ajustar el tratamiento (19,20).

La monitorización de los efectos secundarios de las terapias farmacológicas, como inmunosupresores o agentes biológicos, también es crucial para garantizar su seguridad a largo plazo. Asimismo, es importante abordar las necesidades psicosociales del paciente y su familia, ya que la EI puede generar un impacto significativo en la salud mental y el bienestar general. La transición del cuidado pediátrico al cuidado en adultos debe planificarse cuidadosamente, asegurando una transferencia fluida para evitar interrupciones en el manejo de la enfermedad (19).

Finalmente, la educación continua de los pacientes y sus cuidadores sobre la naturaleza crónica de la EI, la importancia de la adherencia al tratamiento y el reconocimiento temprano de signos de recaída, es clave para fomentar un manejo proactivo y empoderado de la condición (20).

Impacto psicosocial y calidad de vida

La EI en la población pediátrica tiene un impacto significativo en la calidad de vida y el bienestar psicosocial de los pacientes y sus familias. Los niños y adolescentes con EI enfrentan desafíos físicos, emocionales y sociales derivados tanto de los síntomas de la enfermedad como de los efectos secundarios del tratamiento. Entre los aspectos más afectados se encuentran el rendimiento académico, la interacción social y la participación en actividades propias de su edad, lo que puede generar sentimientos de aislamiento, frustración y ansiedad. Además, la naturaleza crónica y fluctuante de la EI, caracterizada por períodos de remisión y exacerbación, puede incrementar el estrés emocional y afectar la percepción de control sobre su vida. Desde el punto de vista familiar, los cuidadores suelen experimentar una carga emocional considerable, asociada con la incertidumbre sobre el curso de la enfermedad y las demandas del cuidado continuo (21).

Es fundamental que los equipos multidisciplinarios involucrados en el manejo de la EI en niños consideren estos aspectos psicosociales como parte integral del tratamiento. La intervención temprana con apoyo psicológico, programas educativos y grupos de apoyo puede ayudar a mitigar el impacto negativo en la calidad de vida, promoviendo estrategias de afrontamiento adaptativas y fortaleciendo la resiliencia tanto en los pacientes como en sus familias. Asimismo, es crucial fomentar una comunicación abierta entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus cuidadores para garantizar un enfoque centrado en las necesidades individuales (21).

En este contexto, la evaluación regular de la calidad de vida mediante herramientas validadas puede proporcionar información clave para ajustar las estrategias terapéuticas y mejorar los resultados a largo plazo. En última instancia, abordar el impacto psicosocial de la EI es esencial para optimizar el bienestar integral de los pacientes pediátricos y facilitar su desarrollo pleno en todas las dimensiones de su vida (22).

CONCLUSIÓN

En conclusión, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal en la población pediátrica representan un desafío clínico que requiere un enfoque multidisciplinario y personalizado. La identificación temprana mediante el uso de herramientas diagnósticas avanzadas y criterios clínicos claros es fundamental para optimizar los resultados. Asimismo, las opciones terapéuticas, que incluyen tratamientos farmacológicos, intervenciones nutricionales y en casos específicos procedimientos quirúrgicos, deben ser adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente, considerando tanto la eficacia como la seguridad a largo plazo. Es imprescindible continuar fomentando la investigación en esta área para mejorar la comprensión de los mecanismos subyacentes de la EI en niños y adolescentes, así como para desarrollar estrategias terapéuticas innovadoras que permitan mejorar su calidad de vida y pronóstico a largo plazo.

REFERENCIAS

1. Bruner LP, White AM, Proksell S. Inflammatory Bowel Disease. *Prim Care*. 2023 Sep;50(3):411-427. doi: 10.1016/j.pop.2023.03.009.
2. Bouhuys M, Lexmond WS, van Rheenen PF. Pediatric Inflammatory Bowel Disease. *Pediatrics*. 2023 Jan 1;151(1):e2022058037. doi: 10.1542/peds.2022-058037.
3. Khan R, Kuenzig ME, Benchimol EI. Epidemiology of Pediatric Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterol Clin North Am*. 2023 Sep;52(3):483-496. doi: 10.1016/j.gtc.2023.05.001.
4. Singh N, Bernstein CN. Environmental risk factors for inflammatory bowel disease. *United European Gastroenterol J*. 2022 Dec;10(10):1047-1053. doi: 10.1002/ueg2.12319.
5. Rosen MJ, Dhawan A, Saeed SA. Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents. *JAMA Pediatr*. 2015 Nov;169(11):1053-60. doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.1982.
6. Jois A, Alex G. Inflammatory Bowel Disease in Children. *Indian J Pediatr*. 2024 May;91(5):490-498. doi: 10.1007/s12098-023-04671-0.
7. Yu YR, Rodriguez JR. Clinical presentation of Crohn's, ulcerative colitis, and indeterminate colitis: Symptoms, extraintestinal manifestations, and disease phenotypes. *Semin Pediatr Surg*. 2017 Dec;26(6):349-355. doi: 10.1053/j.sempedsurg.2017.10.003.
8. Zhou X, Kern I, Rothe U, Schoffer O, Weidner J, Richter T, et al. Growth development of children and adolescents with inflammatory bowel disease in the period 2000-2014 based on data of the Saxon pediatric IBD registry: a population-based study. *BMC Gastroenterol*. 2024 Jan 9;24(1):25. doi: 10.1186/s12876-023-03088-5.
9. Hudson AS, Huynh HQ. Pediatric inflammatory bowel disease: What's new and what has changed? *Paediatr Child Health*. 2024 Mar 9;29(3):144-149. doi: 10.1093/pch/pxae013.
10. Oliveira SB, Monteiro IM. Diagnosis and management of inflammatory bowel disease in children. *BMJ*. 2017 May 31;357:j2083. doi: 10.1136/bmj.j2083.
11. Duarte H, Stolfi A, McCall C, Saeed S, Sandberg K. Diagnosis change in pediatric inflammatory bowel disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2024 Mar;78(3):623-633. doi: 10.1002/jpn3.12120.
12. Fuller MK. Pediatric Inflammatory Bowel Disease: Special Considerations. *Surg Clin North Am*. 2019 Dec;99(6):1177-1183. doi: 10.1016/j.suc.2019.08.008.
13. English KJ. Transabdominal intestinal ultrasound and its parameters used in the assessment of pediatric inflammatory bowel disease. *World J Clin Pediatr*. 2024 Sep 9;13(3):96646. doi: 10.5409/wjcp.v13.i3.96646.
14. Hudson AS, Wahbeh GT, Zheng HB. Imaging and endoscopic tools in pediatric inflammatory bowel disease: What's new? *World J Clin Pediatr*. 2024 Mar 9;13(1):89091. doi: 10.5409/wjcp.v13.i1.89091.
15. Pasternak B. Medical management of pediatric inflammatory bowel disease. *Semin Pediatr Surg*. 2024 Apr;33(2):151398. doi: 10.1016/j.sempedsurg.2024.151398.
16. Conrad MA, Kelsen JR. The Treatment of Pediatric Inflammatory Bowel Disease with Biologic Therapies. *Curr Gastroenterol Rep*. 2020 Jun 15;22(8):36. doi: 10.1007/s11894-020-00773-3.
17. Kaenkumchorn T, Kesavan A. Dietary Management of Pediatric Inflammatory Bowel Disease. *J Med Food*. 2019 Nov;22(11):1092-1099. doi: 10.1089/jmf.2019.0063.
18. Erozkhan K, Costedio MM, DeRoss AL. Operative Management of Inflammatory Bowel Disease in Children. *Surg Clin North Am*. 2025 Apr;105(2):329-356. doi: 10.1016/j.suc.2024.10.001.
19. Dykes D, Williams E, Margolis P, Ruschman J, Bick J, et al. Improving pediatric Inflammatory Bowel Disease (IBD) follow-up. *BMJ Qual Improv Rep*. 2016 Aug 17;5(1):u208961.w3675. doi: 10.1136/bmjquality.u208961.w3675.
20. Altaş U, Ertem D. Evaluation of Growth in Children with Inflammatory Bowel Disease. *Children (Basel)*. 2024 Aug 25;11(9):1038. doi: 10.3390/children11091038.
21. Ahmed S, Alam S, Alsabri M. Health-Related Quality of Life in Pediatric Inflammatory Bowel Disease Patients: A Narrative Review. *Cureus*. 2022 Sep 18;14(9):e29282. doi: 10.7759/cureus.29282.