

En esta sección, expertos responden consultas de los lectores sobre materias relativas a la práctica pediátrica general. Si desea hacer alguna, escriba a la Sección "Preguntas al Experto", Revista Chilena de Pediatría, Casilla 593, Correo 11, Santiago, Chile. Correo electrónico: sochipe@terra.cl.

¿Cuál es la verdadera utilidad de la colonoscopia en el niño?

Eduardo Chávez C.¹

El explosivo desarrollo de la gastroenterología pediátrica en los últimos treinta años del siglo pasado ha permitido dotar a estos pacientes de herramientas que permiten diagnósticos más precisos y tratamientos más adecuados.

El estudio del colon, realizado inicialmente por medios radiológicos, permitía una evaluación de su anatomía, de alteraciones groseras intraluminales y de su relación con los otros órganos abdominales. Sin embargo, quedaba por evaluar la mucosa. Esto se consiguió desarrollando el estudio endoscópico a través de tubos rígidos de diverso largo y diámetro, que permitieron examinar lactantes pequeños generalmente hasta el colon sigmoides.

El desarrollo de tubos flexibles, inicialmente de fibra y posteriormente videoendoscopios con posibilidades de incorporar accesorios capaces de tomar muestras de mucosas para biopsia y de realizar electrofulguraciones, hizo que este procedimiento fuera más cómodo y seguro tanto para el paciente como el operador, permitiendo alcanzar segmentos proximales del colon tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico.

Este vertiginoso desarrollo significó un gran desafío para los gastroenterólogos pediatras, quienes tuvieron que adquirir experiencia en los servicios de adultos y poste-

riormente en los actuales programas de formación de subespecialistas. Es así como actualmente la mayoría de las unidades de gastroenterología de los diversos servicios de pediatría cuentan con unidades de endoscopia que permiten la realización del examen en forma exitosa y segura para el paciente.

Desde un punto de vista general, el procedimiento consiste en la visualización del lumen y mucosa del colon en sus diversas porciones anatómicas: recto, sigmoides, descendente, transversa, ascendente, ciego, válvula ileocecal y porciones de íleon terminal.

Las indicaciones para este estudio incluyen la evaluación de sangrado digestivo bajo, estudio del paciente con anemia por deficiencia de hierro de etiología desconocida, evaluación de alteraciones observadas en enema baritado, remoción de pólipos, estudio diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal, extracción de cuerpos extraños y dilatación de estrecheces colónicas¹.

Por otra parte las contraindicaciones para realizarla son la colitis tóxica, perforación de víscera hueca, coagulopatía severa, rechazo al examen por parte del paciente o de los padres, sangrado digestivo bajo incontrolable, cirugía reciente de víscera hueca y múltiple cirugía abdominal.

1. Médico. Unidad de Gastroenterología, Hospital San Borja-Arriarán.

El paciente y sus padres deben ser cuidadosamente informados sobre la utilidad, riesgos y ventajas del procedimiento, información que junto con ser entregada por el endoscopista es incorporada en nuestra unidad en la hoja de consentimiento informado, que será firmada por los padres.

En algunas unidades de gastroenterología la indicación de colonoscopia se considera privativa del gastroenterólogo, mientras que en otros centros el médico de atención primaria o cirujano puede solicitar directamente el examen. Algunos autores han determinado que el número de colonoscopías no necesarias disminuye cuando la indicación proviene del gastroenterólogo². Otros autores han propuesto programas de educación especiales a cargo de enfermeras calificadas, los que lograrían disminuir el rechazo al procedimiento, disminuir la ansiedad frente a él y mejorar la preparación para un resultado exitoso³.

La preparación del colon va orientada a lograr una cuidadosa limpieza, que permita la adecuada observación de él. Existen diversos esquemas, siendo lo habitual indicar un régimen líquido el día anterior, solución de fosfato de sodio oral o preparación de polietilenglycol. El día del examen puede recibir un fleet enema de fosfosoda y el paciente se presenta al pabellón de endoscopia en ayunas de 4 ó 6 horas, dependiendo de si se trata de un lactante menor o un niño mayor; una vez en pabellón, se instala una vía venosa, la que permitirá administrar los medicamentos necesarios tanto de sedación como antiespasmódicos.

Hay diferentes formas de sedación, la que puede ser consciente, sedación profunda o anestesia general. Comúnmente en nuestro medio las dos primeras las monitoriza el mismo endoscopista, y la tercera, por supuesto, el anestesista. Existe también una alternativa en la que dependiendo de la experiencia del operador y las características del paciente puede realizarse el examen sin sedación⁴⁻⁶. La enfermera registrará los signos vitales del paciente, antes durante y después del procedimiento. El pabellón de endoscopia debe contar con todos los elementos necesarios para reanimación en caso necesario. Una vez iniciada la sedación, al paciente se le coloca en posición

decúbito lateral izquierdo con sus rodillas flexionadas sobre el abdomen, se examina la región anal, perianal y se realiza un tacto rectal. Posteriormente el endoscopio lubricado se introduce cuidadosamente por el orificio anal avanzando a través de las diversas porciones del colon que se reconocerán por características propias.

Los hallazgos variarán dependiendo de la edad del paciente, y es así que en el neonato y lactante menor que fue examinado por sangrado es muy probable que encontremos lesiones erosivas e hiperhémicas, las que una vez biopsiadas y examinadas por el patólogo permitirá observar un infiltrado eosinofílico, traduciendo una alergia alimentaria probablemente a proteína de leche de vaca, la que puede ser diagnosticada tan precozmente como en el primer día de vida⁷. En el lactante mayor y preescolar el hallazgo más frecuente será la presencia de pólipos, así como en el escolar y adolescente serán muy probablemente los de una enfermedad inflamatoria intestinal. Si los hallazgos que hemos enumerado tienen una distribución por edad característica, otras entidades pueden ser encontradas en las diferentes edades pediátricas como por ejemplo malformaciones vasculares, hiperplasia linfoidea.

Toda lesión observada debe ser biopsiada y enviada al servicio de anatomía patológica para estudio de microscopía corriente y/o electrónica, como corresponde por ejemplo en la sospecha diagnóstica de inclusión microvellositaria.

En resumen, el examen de colon por vía endoscópica en manos experimentadas es una realidad segura y efectiva para nuestros pacientes pediátricos desde los primeros días de vida. La información obtenida es de crucial importancia para el diagnóstico clínico como así también la posibilidad de extraer pólipos por esta vía permite una solución efectiva al problema que motivó la consulta.

REFERENCIAS

1. Squires RH Jr, Colletti R: Indications for Pediatric Gastrointestinal Endoscopy. A Medical Statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1988; 23: 107-10.

2. Minoli G, Meucci G, Bortoli A, et al: The ASGE guidelines for the appropriate use of colonoscopy in an open access system. *Gastrointest Endosc* 2000; 52: 39-44.
3. Abuksis G, Mor M, Segal N, et al: A patient education program is cost-effective for preventing failure of endoscopic procedures in a gastroenterology department. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 1786-90.
4. Theodorou T, Hales P, Gillespie P, Robertson B: Total intravenous versus inhalational anaesthesia for colonoscopy: a prospective study of clinical recovery and psychomotor function. *Anaesth Intensive Care* 2001; 29: 124-36.
5. Morrow JB, Zuccaro G Jr, Conwell DL, et al: Sedation for colonoscopy using a single bolus is safe, effective, and efficient: a prospective, randomized, double-blind trial. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 2242-7.
6. Ladas SD: Factors predicting the possibility of conducting colonoscopy without sedation. *Endoscopy* 2000; 32: 688-92.
7. Kumar D, Repucci A, Wyatt-Ashmead J, Chelimsky G: Allergic colitis presenting in the first day of life: report of three cases. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 31: 195-7.