

Conferencia

Pasado, presente y futuro de la gastroenterología pediátrica[#]

Dr. CARLOS A. REZZONICO*

ARCH ARG PEDIATR / 1998 / VOL. 96: 126

“El objetivo fundamental de la Pediatría es guiar a los niños segura y felizmente a través de la infancia de tal manera que lleguen a ser jóvenes adultos sanos, normales y equilibrados para capacitarlos a alcanzar su máximo potencial físico, intelectual, psicológico y social.”

James G. Hughes, M.D.

EL PASADO

Hoy, ante la hermosa realidad que vivimos, al contemplar el desarrollo de la gastroenterología pediátrica en nuestro país, no resulta fácil hacer historia, sobre todo cuando se trata de hechos recientes de los cuales, en cierta medida, se ha participado. La Historia es memoria presente de las cosas del pasado y testigo veraz de los tiempos. En nuestro caso, la objetividad que ella requiere se ve, en algún grado, comprometida por la afectividad. Trataremos, venciendo en lo posible la fragilidad de nuestra memoria y nuestras limitaciones, de recordar *hechos del pasado* y procuraremos *enlazarlos con el presente y el futuro*.

El desarrollo de la medicina en general, los nuevos conocimientos en el terreno de la biología humana, los avances en diagnóstico y terapéutica abrieron horizontes amplios, difíciles de abarcar, lo que indujo a crear especializaciones. Esto ocurrió con la hematología, la cardiología, la neurología, alergia y posteriormente con nuestra especialidad.¹

Las especialidades de la pediatría fueron definiéndose en la segunda mitad de nuestro siglo. En diversas circunstancias éstas han ido naciendo

de tal manera que, como lo expresa Evan Charney, la pediatría en sí tiene una doble entidad: como disciplina de la atención primaria y como especialidad en ciertos campos.

Ello, no obstante, no debe agrietar la unidad de la pediatría, en tanto tiene que permanecer su objetivo esencial de servir integralmente a la infancia, como lo señala la definición de Hughes que hemos puesto en el epígrafe.

La pediatría moderna, que admite por su desarrollo la aparición de nuevos campos o la ampliación de los preexistentes, no debe alterar su misma esencia. Esta unidad, por la que fervientemente abogamos, podría ser simbolizada por la imagen del niño con los brazos abiertos que solicita benevolencia, compasión y caridad, estampada en las famosas terracotas vidriadas de della Robbia (1462), que adornan el frontispicio del Ospedale degl'Innocenti de Florencia construido en 1421 por la Corporación de la Seda.

Para recordar hitos mencionamos que el primer libro que abordó en forma integral la gastroenterología pediátrica fue el titulado *Pediatric Clinical Gastroenterology*, editado por Silverman, Roy y Cozzetto en 1971; previamente se habían publicado dos revisiones importantes: la de Morin y Davidson aparecida en *Gastroenterology* en 1967 y la de Silverberg y Davidson, también en *Gastroenterology* de 1970. Sin embargo, recién en 1992 se la reconoce como una nueva especialidad en EE.UU., mediante certificación del American Board of Pediatrics.²

Los primeros pasos dados en Argentina para desarrollar Nutrición y Gastroenterología Pediá-

[#] Conferencia pronunciada en las II Jornadas Internacionales de Gastroenterología y Hepatología Pediátrica, IV Jornadas Internacionales de Hepatología Pediátrica, Homenaje al 35° Aniversario del Servicio de Nutrición y Gastroenterología del Hospital de Niños. Córdoba, 17-19 de abril de 1997.

* Profesor de Pediatría. Facultad de Medicina, Universidad Católica de Córdoba, Argentina.

trica como especialidad se dan en la década del 60. Así se crean los servicios del Hospital A. Posadas en Haedo, con Horacio Toccalino, Jorge Ortiz y José Luis Cervetto. Simultáneamente, en 1961 se crea en el Hospital de Niños de Córdoba el Servicio de Nutrición, luego ampliado como de Nutrición y Gastroenterología, donde inicialmente se agrupan Carlos Rezzónico, con la colaboración de los Dres. Cira Piano, Mario Passera y César Rezzónico. A estas fuentes originales se agregarán servicios en Rosario, con Ziomara Reeves, Hugo Cantador y colaboradores; en La Plata, con Eduardo Cueto Rúa y Jorge Donatone al comienzo y, en Mendoza, con E. Chahla. También se organiza otro servicio en el Hospital Pedro de Elizalde, con la conducción de Roque Emiliani.

En el campo de hepatología infantil se destacó nítidamente la figura de la Dra. Fernanda García de Aramburu, médica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de Buenos Aires, que dedicó grandes esfuerzos al desarrollo y conocimiento de las afecciones hepatobiliares de la infancia. Ya desde un temprano 1949 se interesó por el diagnóstico de las ictericias en el lactante. Su visión de futuro, su capacidad de trabajo y su tesón puestos al servicio de los niños, impulsada por una fuerte personalidad, la convirtieron en una referencia obligada y en una verdadera pionera de la pediatría de Argentina.

EL PRESENTE

Esta breve anotación histórica nos conduce a la realidad de hoy plasmada en una gastroenterología pediátrica nacional con perfiles propios, que ha obtenido su reconocimiento con la creación del Comité Nacional de Gastroenterología en el seno de la Sociedad Argentina de Pediatría y de los Comités propios dentro de las Filiales.

Este crecimiento de las entidades nacionales hizo posible la fundación de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología Pediátrica y Nutrición surgida el 10 de octubre de 1975, con la presidencia del Dr. Horacio Toccalino y actuando como Secretario General el Dr. José Vicente Martins Campos.

En los años recientes se han extendido extraordinariamente nuestros conocimientos sobre fisiología gastrointestinal y, en particular, del crecimiento y maduración del tracto digestivo en el niño. Comprendemos mejor la fisiopatología de muchos procesos y nos hemos beneficiado con importantes contribuciones tecnológicas aplicables para el diagnóstico y para el tratamiento, entre las cuales sobresale la endoscopia con fibra óptica (*Tabla 1*).

No menos importantes han sido los avances farmacológicos con el desarrollo de drogas tales como los bloqueadores de receptores H₂ para la terapia de la enfermedad ulcerosa y los fármacos empleados en las enfermedades inflamatorias del intestino y el uso de inmunosupresores en estas enfermedades, así como en afecciones hepáticas autoinmunes o trasplantes. Así de importantes son los nuevos conocimientos efectuados en la nutrición para las afecciones que alteran la capacidad digestiva del tracto gastrointestinal. Sobresale también la iniciación de la alimentación parenteral hoy aplicada en el mismo ámbito domiciliario y el desarrollo de productos especiales para distintas patologías de la digestoabsorción. Otro ejemplo está constituido por los notables avances para el conocimiento de la enfermedad fibroquística con la descripción de las mutaciones génicas y de las alteraciones en el transporte del canal celular del cloro.

Si nos adentramos brevemente en la mención de los avances de hepatología, sin duda el más

TABLA 1
Hechos salientes de la
gastroenterología actual

- *Fisiología gastrointestinal*: crecimiento y desarrollo del tracto digestivo en el niño. Hormona digestiva. Mejores conocimientos fisiopatológicos de muchas afecciones digestivas.
- *Avances farmacológicos*: 1) drogas bloqueantes de receptores H₂; 2) fármacos para el tratamiento de la enfermedad inflamatoria del intestino; 3) drogas inmunosupresoras.
- Individualización del gen en FQ y descripción de sus mutaciones.
- Trasplante hepático en la enfermedad hepática terminal.
- Trasplante de intestino delgado.
- Desarrollo de la inmunología e inmunopatología aplicadas al tracto digestivo.
- Contribución de la bioquímica para el conocimiento de las enzimas digestivas y de factores que intervienen en la digestoabsorción.
- Nuevos conocimientos de nutrición aplicados al tratamiento de enfermedades digestivas.
- La nutrición parenteral.
- Contribuciones de la bacteriología: descripción de nuevas cepas de *E. coli*, *Helicobacter pylori*.
- *Nuevos recursos tecnológicos*:
 - endoscopia por fibra óptica
 - cápsulas de biopsia intestinal
 - agujas de punción biopsia
 - nuevos métodos de diagnóstico por imágenes
 - manometría digestiva
 - microscopía electrónica

notable ha sido el obtenido en la década pasada, con la contribución del trasplante de hígado para el tratamiento de la enfermedad hepática terminal. Hasta 1980 disponíamos nada más que de medios de soporte para esa condición; hoy en día, el reemplazo hepático ha permitido un cambio sustancial, quedando la terapia de soporte reservada para mantener al paciente en condiciones adecuadas para efectuar la sustitución del órgano. El mejoramiento de las técnicas, los cuidados posoperatorios, el uso de adecuados inmunosupresores y el control o prevención de la infección permiten que un mayor número de niños se beneficien con este extraordinario recurso. En esta dirección avanzan asimismo los trasplantes de intestino delgado.

Igualmente significativos fueron los recursos como las cápsulas para tomas de biopsia intestinal o las agujas para punción hepática.

Sería incompleta esta enumeración si no nos refiriéramos también a la contribución de la inmunología e inmunopatología al conocimiento y terapéutica gastroenterológica.

La microscopía electrónica permitió adentrarnos en el conocimiento más acabado del enterocito y la descripción de alteraciones no conocidas como la atrofia microvellositaria.

La bioquímica, en particular con los avances de la enzimología, sirvió para conocer mejor el desarrollo del tracto gastrointestinal y las deficiencias de factores que intervienen en la digesto-absorción. Un verdadero nuevo capítulo lo constituye el de las hormonas digestivas.

Por último, para cerrar esta enumeración, la bacteriología permitió describir nuevos agentes patógenos o conocer más acabadamente cepas bacterianas con características propias como ocurrió con las cepas de *E. coli* y el *Helicobacter pylori*.

En suma, como sucede en todo arte y ciencia, su avance y desarrollo se logra a expensas de los nuevos conocimientos en distintos campos de las ciencias básicas y de logros tecnológicos en muy diversas especialidades. No se puede olvidar el ejemplo más relevante de investigación básica aplicada en la clínica, que fue el demostrar el transporte intestinal acoplado de sodio y glucosa, que sirvió para elaborar las mezclas salinas de la rehidratación oral utilizadas en la enfermedad diarreica.

EL FUTURO

Con este florecimiento y empuje surge la pregunta: ¿cuáles son los desafíos del futuro?

Enumerar las tareas que nos aguardan en esta especialidad resulta difícil, como en toda predic-

ción. Mencionaremos, a modo de ejemplo, algunas de ellas (*Tabla 2*).

Debemos tener en cuenta que, aun con su sustancial contribución, los trasplantes hepáticos permanecen, como dice Lewis Thomas, como una tecnología de mitad de camino (*a half way technology*). Nos quedan por resolver muchos aspectos de las afecciones que causan daño hepático y que conducen al trasplante, entre ellas la atresia de vías biliares. La creciente demanda de este recurso seguirá planteando problemas por la disponibilidad de donantes y de recursos económicos por su alto costo.

Como lo señala el Dr. W. Balistreri, en patología hepática se vislumbran nuevas estrategias para el tratamiento médico de las enfermedades metabólicas que ocasionan daño hepático, entre las cuales menciona: a) la terapia de reemplazo

TABLA 2

Tareas y desafíos para el futuro

- *Enfermedad inflamatoria del intestino:*
 - Mejor conocimiento de su etiopatogenia.
 - Criterios de diagnóstico definitivos para diferenciar tempranamente CU y Crohn.
- *Enfermedad celíaca:*
 - Criterios más definitorios y menos invasivos para el diagnóstico.
- *Alergia digestiva a alimentos:*
 - Mejor conocimiento de los mecanismos de su patogenia.
 - Métodos de diagnóstico de laboratorio con aplicación clínica.
 - Desarrollo de mejores productos de sustitución. Ejemplo: hidrolizados con menor poder sensibilizante y mejor gusto.
 - Mejor conocimiento de los factores que contribuyen a la expresión de un terreno alérgico para una más efectiva prevención.
- *Hepatología:*
 - Mejor conocimiento de afecciones responsables de daño hepático terminal: ejemplo: atresia de vías biliares.
 - Nuevas estrategias para el tratamiento de enfermedades metabólicas que causan daño hepático: 1) terapia de reemplazo para la enfermedad hepática debida a errores congénitos de la biosíntesis de ácido biliares; 2) bloqueo enzimático para el tratamiento de la tirosinemia y de otras metabolopatías; 3) terapia quelante/antioxidante para la hemocromatosis neonatal.
- *Farmacología:*
 - Desarrollo de drogas más seguras para obtener inmunosupresión en enfermedades con patogenia inmunoalérgica.
 - Productos para el reemplazo o sustitución de déficit enzimáticos.

para los niños con enfermedad hepática debido a errores congénitos de la biosíntesis de ácidos biliares; b) el bloqueo enzimático para el tratamiento de la tirosinemia y de otras metabolopatías; c) la terapia quelante/antioxidante para la hemocromatosis neonatal.³

Son también importantes los problemas que aguardan solución en el capítulo de las enfermedades inflamatorias del intestino. Queda por aclarar su etiopatogenia y los criterios definitivos para diferenciar, en algunos casos ya tempranamente, la enfermedad de Crohn de la colitis ulcerosa. Esto mismo es aplicable a la enfermedad celíaca, donde esperamos tener recursos diagnósticos más definitorios y menos invasivos.

Tendrán también aplicaciones en afecciones del intestino los fármacos de reemplazo o la sustitución de déficit enzimáticos, lo que permitirá una vida más confortable para muchas personas.

Se espera el desarrollo de drogas más seguras y efectivas para obtener inmunosupresión en las afecciones de patogenia inmunoalérgica. En particular en alergia alimentaria, quedan por demostrar los mecanismos íntimos de su patogenia y la puesta a punto de métodos de laboratorio con aplicación clínica para el diagnóstico.

Se desarrollarán nuevos productos alimentarios para ser utilizados en afecciones digestivas de naturaleza inmunoalérgica. En este terreno, particularmente la industria alimentaria y las instituciones de investigación, deberán trabajar para desarrollar mejores métodos para identificar los componentes de fórmulas de hidrolizados proteicos que todavía mantienen poder sensibilizante y, a la vez, obtener mejores fórmulas con péptidos de cadena más corta y de mejor gusto. Necesitamos también un mejor conocimiento de los factores que afectan la expresión de un fondo alérgico, de tal manera que podamos instituir medidas preventivas más eficaces.

Para finalizar, recordamos que una patología con problemas pendientes sigue siendo la enfermedad fibroquística. Se trabajará seguramente para obtener drogas que influyan sobre los mecanismos de transporte de membrana, de tal manera que se mejore el pasaje del cloro y con ello se modifiquen las alteraciones provenientes por las secreciones espesas y obstruivas. Más ambicioso resulta lograr con la terapia génica la curación básica de la enfermedad, con el reemplazo del gen anormal en las células epiteliales, sobre todo del tracto respiratorio.⁴

El capítulo de la terapia génica puede incluir otras afecciones del tracto digestivo como el sín-

drome de Crigler Najjar.

Como reflexión final cabe preguntarse ¿cuál será el futuro de nuestra especialidad? No será válido todo lo anterior si no lo enmarcamos dentro de una referencia general a la pediatría, a la que aludimos al comienzo.

Por eso es bueno recordar lo que es permanente y universal en la atención de los niños. Una especialidad pediátrica que se encerrara en sus estrechos límites, se quedaría con una visión reduccionista de la problemática de la infancia. El especialista debe considerar la totalidad del niño en una atención integrada, vinculándola a su contexto social y familiar. Para alcanzar este objetivo es imprescindible que trabaje en estrecha colaboración y armonía con el pediatra general y de familia.⁵

Esta interrelación se verá beneficiada por normas precisas que establezcan los campos respectivos. En Europa se ha constituido el International Gastro Primary Care Group (IGPCG), con el objetivo de elaborar normas de atención en gastroenterología, en las que se delimitan claramente los pacientes que pueden ser seguidos por médicos de atención primaria y los que desde el comienzo deben ser evaluados por el gastroenterólogo. Así se consigue una fluida comunicación que beneficia al paciente y disminuye los costos (*Tabla 3*).

El perfeccionamiento y la simplificación de métodos de diagnóstico y procedimientos terapéuticos harán que sean atendidas por el pediatra general ciertas enfermedades que ahora están en la esfera del gastroenterólogo, pero también aparecerán nuevas patologías y avances en métodos de diagnóstico y tratamiento que enriquecerán el campo de los

TABLA 3
Hechos que aconsejan interconsulta en gastroenterología pediátrica

- Diarrea crónica con compromiso del estado general o retardo del crecimiento, en especial si se sospecha enteropatía por el gluten o enfermedad inflamatoria del intestino.
- Retardo del crecimiento sin otra causa aparente, aun sin diarrea.
- Hemorragia digestiva.
- Hepatitis prolongada.
- Síndrome de colestasis, especialmente en el periodo neonatal.
- Síndrome de malabsorción con enfermedad pulmonar asociada.
- Dolor abdominal recurrente.

gastroenterólogos. Los nuevos conocimientos, la explosiva información y la complejidad de ciertos procesos ofrecerán siempre un gran horizonte para el especialista.⁶⁻⁸

La consigna entonces es sumar esfuerzos y no dividir para alcanzar nuestro gran objetivo: la salud integral del niño, con un enfoque abarcador de toda su personalidad.⁹

Al convencernos de que cuando se quiebra la salud, todo el niño está enfermo y que no se pueden fragmentar los cuidados, tanto especialistas como pediatras generales ensamblaremos y

potenciaremos nuestras respectivas tareas.

La unidad de la Pediatría se juega en esta postura inteligente. No hay dos pediatrías distintas: la de alta complejidad y la pediatría general de atención primaria. Ambas son partes de una misma rama de la medicina, con vertientes propias que no se contraponen ni entran en competencia. Ambas se confunden en un solo objetivo superior: servir a la infancia. Esa es la motivación de hoy y de siempre para aquéllos a quienes les cabe el reconocimiento de la frase evangélica: "El que recibe a uno de estos pequeños en mi Nombre, me recibe a mí mismo" (Mt. 18:5). ■

BIBLIOGRAFIA

1. Behrman RE. Overview of Pediatrics. En: Nelson Textbook Of Pediatrics. Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. Editors 15th Ed WB. Saunders Co 1996, p. 1-5.
2. Silverman A, Roy CC, Cozzetto FJ. Pediatric Clinical Gastroenterology. Preface 1st. Ed The CV Mosby Company, Saint Louis, 1971.
3. Balistreri WP. Progress in pediatric gastroenterology. Contemporary Pediatric 1994; 11: 15-16.
4. Mönckeberg F. Avances en terapia génica. Arch Arg Pediatr 1996; 94: 183-197.
5. Rezzónico CA. El pediatra de hoy y la familia. Revista Hosp de Niños Buenos Aires, 1988; 30: 265-268.
6. Generalista versus especialista. Editorial. Forum 1997, N° 26: 3.
7. Hamburger RN. The future of Allergy. Commentary. Allergy Proc 1989; 10/1: 75-76.
8. Rezzónico CA. La pediatría y sus especialidades: interrelación del pediatra y del especialista. Salud Infantil 1993; N° 3: 76-80.
9. Rezzónico CA. Hacia una pediatría humanista. Salud Infantil 1991; 1: 8-11.

"No hay medicina que cure mejor que la felicidad"

GABRIEL GARCÍA MÁRQUEZ