



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Tratamiento de la invaginación intestinal en niños (Revisión)

Gluckman S, Karpelowsky J, Webster AC, McGee RG

Gluckman S, Karpelowsky J, Webster AC, McGee RG.
Management for intussusception in children
(Tratamiento de la invaginación intestinal en niños).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6. Art. No.: CD006476.
DOI: [10.1002/14651858.CD006476.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006476.pub3).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Tratamiento de la invaginación intestinal en niños

Steven Gluckman¹, Jonathan Karpelowsky², Angela C Webster³, Richard G McGee⁴

¹University of Sydney, Sydney Adventist Hospital, Sydney, Australia. ²Department of Paediatric Surgery, Children's Hospital at Westmead, Sydney, Australia. ³Sydney School of Public Health, The University of Sydney, Sydney, Australia. ⁴Institute of Endocrinology and Diabetes, The Children's Hospital at Westmead, Westmead, Australia

Contacto: Richard G McGee, Institute of Endocrinology and Diabetes, The Children's Hospital at Westmead, Locked Bag 4001, Westmead, NSW, 2145, Australia. dr.richardmcgee@gmail.com.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Cáncer Colorrectal.

Estado y fecha de publicación: Nueva, publicada en el número 6, 2017.

Referencia: Gluckman S, Karpelowsky J, Webster AC, McGee RG. Management for intussusception in children (Tratamiento de la invaginación intestinal en niños). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 6. Art. No.: CD006476. DOI: [10.1002/14651858.CD006476.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006476.pub3).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

La invaginación intestinal es una urgencia abdominal frecuente en los niños y tiene una morbilidad significativa. El diagnóstico y el tratamiento inmediatos reducen los riesgos asociados y la necesidad de intervención quirúrgica. A pesar del acuerdo generalizado sobre el uso del enema con contraste en contraposición con la cirugía para el tratamiento inicial en la mayoría de los casos, persiste el debate sobre el medio de contraste apropiado, la modalidad de imagenología, el coadyuvante farmacológico y el protocolo para aplazar la repetición del enema, así como sobre el mejor enfoque para el tratamiento quirúrgico de la invaginación intestinal en los niños.

Objetivos

Evaluar la seguridad y la efectividad de los enfoques quirúrgicos y no quirúrgicos en el tratamiento de la invaginación intestinal en los niños.

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en las siguientes bases de datos electrónicas: Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials) (CENTRAL; 2016, número 8) en la Cochrane Library; Ovid MEDLINE (1950 hasta septiembre de 2016); Ovid Embase (1974 hasta septiembre de 2016); Science Citation Index Expanded (vía Web of Science) (1900 hasta septiembre de 2016); y BIOSIS Previews (1969 hasta septiembre de 2016).

Se examinaron las listas de referencias de todos los ensayos elegibles para identificar estudios adicionales. Para localizar estudios no publicados, se contactó con expertos en el tema, se buscó en la World Health Organization International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP), en ClinicalTrials.gov (septiembre 2016), y se revisaron actas de los congresos de la British Association of Paediatric Surgeons (BAPS), de la American Society of Pediatric Surgery y del World Congress of Pediatric Surgery.

Criterios de selección

Se incluyeron todos los ensayos controlados aleatorizados que compararon el medio de contraste, las modalidades de imagenología, los coadyuvantes farmacológicos, los protocolos para aplazar la repetición del enema y los enfoques quirúrgicos para el tratamiento de la invaginación intestinal en los niños. No se aplicó ninguna restricción de idioma, fecha de publicación ni estado de la publicación.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión, de forma independiente, realizaron la selección de los estudios, la extracción de los datos y evaluaron el riesgo de sesgo mediante un formulario estandarizado. Cuando fue necesario, los desacuerdos se resolvieron mediante consenso con un tercer autor de la revisión. Los resultados dicotómicos se presentaron como riesgos relativos (RR) con intervalos de confianza (IC) del 95%. Los

datos se analizaron sobre una base de intención de tratar y la calidad general de la evidencia que apoyó los resultados se evaluó mediante el uso de los criterios GRADE.

Resultados principales

Se incluyeron seis ensayos controlados aleatorizados (ECA) con un total de 822 participantes. Dos ensayos compararon la reducción del enema líquido más glucagón versus enema líquido solo. Un ensayo comparó enema líquido más dexametasona versus enema líquido solo. Otro ensayo comparó enema con aire más dexametasona versus enema con aire solo y dos ensayos compararon el uso de enema líquido versus enema con aire.

Se identificaron tres ensayos en curso.

Se consideró que todos los ensayos incluidos tuvieron riesgo de sesgo debido a las omisiones en los métodos informados. Cinco de seis ensayos se consideraron con alto riesgo de sesgo en al menos un dominio. Por lo tanto, la calidad de la evidencia (GRADE) de los resultados fue baja. Las intervenciones y la presentación de los datos variaron enormemente entre los ensayos, por lo que no fue posible realizar un metanálisis para la mayoría de los resultados de la revisión.

Enema más glucagón versus enema solo

No está claro si la administración de glucagón mejora la tasa de reducción exitosa de la invaginación intestinal en comparación con el enema solo (informado en dos ensayos, 218 participantes; RR 1,09, IC del 95%: 0,94 a 1,26; *baja calidad de la evidencia*). Ningún ensayo en esta comparación informó el número de niños con perforación/es intestinal/es ni el número de niños con invaginación intestinal recurrente.

Enema más dexametasona versus enema solo

La administración de un coadyuvante, la dexametasona, puede ser beneficiosa en la reducción de la recurrencia de la invaginación intestinal con enema líquido o con aire (dos ensayos, 299 participantes; RR 0,14, IC del 95%: 0,03 a 0,60; *evidencia de baja calidad*). Esto equivale a un número necesario a tratar para lograr un resultado beneficioso adicional de 13 (IC del 95%: 8 a 37). No se sabe con certeza si el uso del complemento, la dexametasona, mejora la tasa de reducción satisfactoria de la intususcepción en comparación con el enema solo (informado en dos ensayos, 356 participantes; RR 1,01, IC del 95%: 0,92 a 1,10; *baja calidad de la evidencia*).

Enema con aire versus enema líquido

El enema de aire puede tener más éxito que el enema líquido para reducir la intususcepción (dos ensayos, 199 participantes; RR 1,28, IC del 95%: 1,10 a 1,49; *evidencia de baja calidad*). Esto equivale a un número necesario a tratar para lograr un resultado beneficioso adicional de 6 (IC del 95%: 4 a 19). Ningún ensayo en esta comparación informó el número de niños con perforación/es intestinal/es ni el número de niños con invaginación intestinal recurrente o cualquier complicación intraoperatoria como perforación intestinal, u otros efectos adversos. Solamente un ensayo informó las complicaciones postoperatorias pero, debido al método de información utilizado, no fue posible realizar un análisis cuantitativo. No se identificaron estudios que evaluaran exclusivamente las intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de la invaginación intestinal.

Conclusiones de los autores

Esta revisión identificó un pequeño número de ensayos que evaluaron diversas intervenciones. Todos los ensayos incluidos proporcionaron evidencia de calidad baja y surgieron inquietudes graves acerca de la imprecisión, el alto riesgo de sesgo o ambos. El enema de aire puede ser superior al enema líquido para reducir con éxito la intususcepción en los niños; sin embargo, este hallazgo se basa en unos pocos estudios que incluyen un pequeño número de participantes. La dexametasona como coadyuvante puede ser más efectiva para reducir las tasas de recurrencia de invaginación intestinal después del enema con aire o el enema líquido, pero estos resultados también se basan en unos pocos estudios con escasos números de participantes. Esta revisión destaca varios puntos que es necesario analizar en los estudios futuros, que incluyen la reducción del riesgo de sesgo y la inclusión de resultados relevantes. Específicamente, faltan ensayos quirúrgicos y se necesitan estudios de investigación futuros para abordar esta brecha en la evidencia.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Tratamiento de la invaginación intestinal en niños

Pregunta de la revisión

¿Cómo se trata mejor la invaginación intestinal en los niños?

Antecedentes

La invaginación intestinal es una urgencia médica que se presenta en los niños cuando una parte del intestino "se introduce" (se pliega) en otra parte del intestino. Lo anterior provoca dolor, vómitos y obstrucción, lo que impide el paso a través del conducto. Si no se trata, el intestino se puede perforar y provocar el paso de su contenido a la cavidad abdominal, lo que provoca complicaciones adicionales. En

casos poco frecuentes estos eventos pueden causar la muerte. El diagnóstico y el tratamiento inmediatos reducen los riesgos asociados y la necesidad de cirugía.

Una vez que la invaginación intestinal se diagnostica, la mayoría de los médicos están de acuerdo con el uso del enema como tratamiento inicial. Este procedimiento incluye la introducción de una sustancia (aire o líquido) en el intestino a través del recto, con una presión particular que reduce el intestino "plegado" a la posición normal.

Se mantiene el debate sobre ítems específicos con respecto a qué tipo de sustancia se debe utilizar para el enema, cómo se visualiza la sustancia durante el proceso, si se deben administrar fármacos adicionales para mejorar el tratamiento y cómo se debe tratar el fracaso del tratamiento, así como el mejor enfoque para el tratamiento quirúrgico de la invaginación intestinal en los niños.

Características de los estudios

La evidencia está actualizada hasta septiembre de 2016. Se identificaron seis estudios aleatorizados con 822 participantes que exploraron el tratamiento de la invaginación intestinal en los niños y evaluaron tipos diferentes de intervenciones. También se identificaron tres ensayos en curso.

Resultados principales

El resultado principal fue el número de niños con una invaginación intestinal reducida de forma exitosa. Además, los resultados incluyeron el número de niños que regresaron con una invaginación intestinal recurrente y la evaluación de los daños (eventos adversos) debido a las intervenciones.

La evidencia de dos estudios indica que para reducir la invaginación intestinal, el uso de aire para el enema es superior al uso de líquido para el enema. La evidencia de dos estudios también indica que administrar al niño con invaginación intestinal un fármaco esteroide como la dexametasona puede reducir la recurrencia de la invaginación intestinal, independientemente de si se utiliza líquido o aire para el enema. Solamente se identificó información escasa sobre las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias y sobre otros eventos adversos.

Calidad de la evidencia

De los seis ensayos identificados, se consideró que todos estaban potencialmente sesgados debido a la falta de detalles al informar cómo se realizó cada estudio. Se encontró falta de consistencia en cómo se definieron y midieron los resultados. En todos los estudios incluidos, surgieron inquietudes graves con respecto a la imprecisión debido a los pocos eventos, los intervalos de confianza amplios o el alto riesgo de sesgo. En general, se concluye que la calidad de la evidencia proporcionada por estos estudios fue baja y que los efectos reales pueden ser significativamente diferentes de los observados en estos estudios.

Se necesitan estudios de investigación adicionales para ayudar a los médicos a comprender mejor la forma más efectiva de tratar la invaginación intestinal en los niños.