

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas
www.evidenciasenpediatria.es

Artículos Valorados Críticamente

Corticoides sistémicos. ¿Una nueva opción en el tratamiento de las invaginaciones intestinales?

Gámez Belmonte A¹, Aparicio Rodrigo M²

¹Servicio de Pediatría. Hospital de Antequera. Antequera. Málaga. España.

²Pediatra. CS Entrevías. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España.

Correspondencia: Ana Gámez Belmonte: ana_gamez_@hotmail.com

Palabras clave en español: glucocorticoides; invaginación intestinal; lactante; seguimiento.

Palabras clave en inglés: glucocorticoids; intussusception; infant; follow up.

Fecha de recepción: 29 de septiembre de 2025 • **Fecha de aceptación:** 6 de octubre de 2025

Fecha de publicación del artículo: 15 de octubre de 2025

Evid Pediatr. 2025;21:40.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Gámez Belmonte A, Aparicio Rodrigo M. Corticoides sistémicos. ¿Una nueva opción en el tratamiento de las invaginaciones intestinales? Evid Pediatr. 2025;21:40.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en
<http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2025;21:40>.

©2005-25 • ISSN: 1885-7388

Este es un artículo Open Access bajo la licencia

CC BY-NC-ND (Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas): <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Corticoides sistémicos. ¿Una nueva opción en el tratamiento de las invaginaciones intestinales?

Gámez Belmonte A¹, Aparicio Rodrigo M²

¹Servicio de Pediatría. Hospital de Antequera. Antequera. Málaga. España.

²Pediatra. CS Entrevías. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. España.

Correspondencia: Ana Gámez Belmonte: ana_gamez_@hotmail.com

Artículo original: Acer-Demir T, Gültekingil A, Fakioğlu E, Hakan Güney I, Sezer R. Successful Treatment of Early Presenting Intussusception With a Single Dose of Corticosteroid: A Prospective Randomized Controlled Trial. J Pediatr Surg. 2025;60:162-98.

Resumen

Conclusiones de los autores del estudio: una dosis única de corticoides es efectiva para resolver una invaginación ileocólica en las primeras 24 horas de su presentación. El tratamiento con corticoides puede considerarse en los casos de invaginación intestinal que no se resuelven tras observación.

Comentario de los revisores: el tratamiento de la invaginación intestinal con menos de 24 horas de evolución con una dosis de corticoide oral parece eficaz al comparar con la observación durante 4 horas, especialmente en localización ileocecal. Sin embargo, dadas las deficiencias metodológicas de este artículo, serían necesarios más estudios antes de incluir esta práctica de manera sistemática.

Palabras clave: glucocorticoides; invaginación intestinal; lactante; seguimiento.

Systemic steroids. A new option for the treatment of intestinal intussusceptions?

Authors' conclusions: single-dose steroid treatment is effective for ileocolic intussusceptions presenting within 24 h. Steroid treatment may also be considered for unresolved ileoileal intussusception cases after initial four-hour follow-up.

Reviewers' commentary: treatment of intussusception with less than 24 hours of evolution with a dose of intravenous corticosteroids appears to be effective when compared to observation for 4 hours, especially in ileocecal localization. However, given the methodological deficiencies of this paper, more studies would be needed to adopt this practice systematically.

Key words: glucocorticoids; intussusception; infant; follow up.

RESUMEN ESTRUCTURADO

Objetivo: comparar en niños diagnosticados de invaginación intestinal (IVI) en las primeras 24 horas del inicio de los síntomas si el tratamiento con una dosis única de metilprednisolona frente a la observación durante 4 horas aumenta la eficacia en términos de resolución espontánea de la IVI.

Diseño: ensayo clínico aleatorizado sin cegamiento.

Emplazamiento: servicio de urgencias pediátricas de un hospital en Ankara (Turquía).

Población de estudio: 60 niños de entre 0 y 4 años diagnosticados de IVI mediante ecografía en las primeras 24 horas del inicio de síntomas. Los criterios de exclusión fueron: dolor abdominal generalizado con defensa, disminución del flujo intestinal diagnosticado por ultrasonidos, neumoperitoneo u otras indicaciones quirúrgicas urgentes.

Intervención: los pacientes se asignaron de forma aleatoria, mediante sobres cerrados, a dos grupos. El grupo intervención (60 pacientes) recibió una dosis de metilprednisolona intravenosa a 1 mg/kg. El grupo control (32 pacientes) no recibió ninguna intervención. Ambos grupos se mantuvieron

en observación, sin analgesia, en ayunas y con rehidratación intravenosa durante 4 horas. Cada dos horas se realizó una exploración abdominal. Si a las 4 horas persistía la IVI se realizaba una reducción con aire, y si fracasaba esta, una intervención quirúrgica.

Medición del resultado: se realizó una nueva ecografía al finalizar la observación de 4 horas para diagnosticar la persistencia de la IVI.

Resultados principales: el tratamiento con corticoides mostró resolución de la invaginación en el 81,7% de casos (49/60) mientras que se resolvió sin tratamiento en el 56,3% (18/32) del grupo observación ($p = 0,009$). La IVI ileocólica se resolvió en el grupo intervención en el 77,3% de los casos (17/22) frente al 22,2% (2/9) en el grupo control ($p = 0,005$)*. La resolución de la IVI con corticoides fue mayor en invaginaciones de menor longitud (IVI resueltas: longitud media de 20 mm [13 a 50] y no resueltas de 40 mm [25 a 60]). El estudio se suspendió tras llegar al número de pacientes necesarios en el grupo de tratamiento, al analizar los resultados y observar una diferencia significativa a favor del grupo de tratamiento.

Conclusión: en niños con IVI y una duración desde el inicio de síntomas menor de 24 horas, si la IVI es ileoileal sin complicaciones estaría indicada la observación durante 4 horas. En el caso de IVI ileocólica, principalmente en los casos en los que la IVI es corta, el tratamiento con metilprednisolona IV a 1 mg/kg es efectivo para evitar el tratamiento invasivo y la hospitalización. En los casos de IVI ileoileal que no se resuelve durante la observación estaría indicado el tratamiento con una dosis de corticoides IV.

Conflicto de intereses: no declarados.

Fuente de financiación: no se refieren fuentes de financiación para este estudio.

COMENTARIO CRÍTICO

Justificación: la IVI es la forma de abdomen agudo más frecuente en niños menores de dos años². En pacientes seleccionados, especialmente si presentan afectación de un tramo corto del intestino delgado, puede valorarse una actitud conservadora con vigilancia estrecha sin necesidad de reducción mediante enema o cirugía^{2,3}. En algunos casos, en los que el edema podría ser causante de la aparición de la IVI, se han observado mejores resultados para su reducción mediante el uso de corticoterapia⁴. Ante esta premisa, el estudio plantea la posibilidad de aumentar las probabilidades de resolución de una IVI mediante el uso de corticoterapia sin necesidad

de reducción mecánica o quirúrgica, con las complicaciones y uso de recursos que implican.

Validez o rigor científico: la población del estudio está bien definida, con criterios de inclusión y exclusión claros. Incluye diagrama de flujo y no se declaran pérdidas entre los sujetos del estudio. El tamaño se calculó para una potencia y confianza concretas, pero la finalización del estudio creó diferencias en el tamaño de ambos grupos de forma llamativa. La intervención también está bien definida, al igual que la variable de interés, si bien los criterios para la misma no se esclarecen en el estudio y la fiabilidad de la ecografía para su localización queda en duda. Tampoco se especifica si los controles los realiza el mismo radiólogo o no. Se enumeran las variables secundarias, no se encuentran complicaciones y, aunque se comparan las recurrencias de ambos grupos, no se realizan análisis al respecto.

La aleatorización, realizada mediante selección de sobres, es un método rudimentario. Se presta a la manipulación, lo cual podría ser el caso en este estudio al existir diferencias notorias en el tamaño de los grupos ($n = 60$ en grupo de intervención y $n = 32$ en grupo control).

No se hace referencia en el estudio al enmascaramiento de la intervención, si bien la comprobación de la reducción por ecografía puede ser suficientemente objetiva para compensar este hecho.

No se establece claramente si el análisis es por intención de tratar, si bien no se realiza mención a cambios de pacientes entre el grupo control y el grupo de intervención. Se realiza un análisis intermedio, tras el cual se consigue significación estadística a favor de la intervención, pero afecta a la homogeneidad de los grupos, tanto en el tamaño como en la localización de la invaginación. Esta variable puede influir en los resultados, *a priori* en contra de la intervención. Por otro lado, también se menciona la posibilidad de una localización errónea mediante ecografía, poniendo en entredicho la veracidad de su distribución.

Importancia clínica: el resultado principal es el porcentaje de reducciones con éxito, que se encuentra en un 81,7% para el grupo de intervención y en un 56,3% para el grupo control. No se aportan medidas de impacto. Con los datos del estudio, se obtiene mediante una herramienta de cálculo epidemiológico una reducción absoluta de riesgo (RAR) de 25,42% a favor de la intervención con un intervalo de confianza del 95% (IC 95): 5,63 a 45,20. Obtenemos también un número necesario a tratar (NNT) de 5 con un IC 95: 3 a 19. Si bien los resultados absolutos son llamativos también son poco precisos, posiblemente por la reducción del tamaño de la muestra. Se trata de una variable que podríamos considerar de interés, dada la posibilidad de evitar técnicas más invasivas con el uso de una pauta segura de corticoterapia.

* Dato calculado por los autores de la revisión utilizando Calcupedev¹.

El interés de esta medida radica en la posibilidad de tratar de manera menos invasiva una IVI, con la posibilidad de conseguir su reducción sin necesidad de recurrir al tratamiento con enema o quirúrgico, que presenta más efectos adversos (incluyendo perforación, infección y exposición a radiación en la reducción mecánica), y supondría un método más cómodo para los pacientes.

No se dispone de muchos antecedentes en la literatura sobre la intervención de este estudio y los que existen son relativamente antiguos. Encontramos una pequeña serie de casos de pacientes con púrpura de Schönlein-Henoch con invaginación intestinal en la que en un 42% de los casos (3 de 7 pacientes) se consiguió una reducción de la invaginación con corticoterapia y tratamiento conservador⁴. En una revisión más reciente se halla evidencia de calidad baja a favor del uso de corticoterapia de manera concomitante a la reducción con enemas como método de prevención de recurrencia de una invaginación⁵. A nivel coste-beneficio, la observación y la administración de corticoides son menos costosas y requieren menos infraestructura y recursos que las reducciones mecánicas y quirúrgicas.

Aplicabilidad en la práctica clínica: la administración de corticoides como tratamiento en las invaginaciones intestinales con menos de 24 horas de evolución sin indicación directa de reducción mediante enema o cirugía podría presentarse como una alternativa menos invasiva y con menos efectos secundarios que la reducción no quirúrgica. Sin embargo, dadas las deficiencias metodológicas de este estudio es necesario realizar nuevos estudios para confirmar estos resultados

y aplicarlos a la práctica habitual. Además, el tiempo de observación puede ser insuficiente y el estudio de efectos adversos debería ser algo más profundo.

Conflicto de intereses de los autores del comentario: no existe.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calcupedev. Herramienta de cálculo epidemiológico en pediatría. E. Ortega Páez. Comité de Pediatría Basada en la Evidencia de la AEP. 2019 [en línea] [consultado el 06/10/2025]. Disponible en www.aepap.org/calculadora-estudios-pbe/##/
2. Salazar JH, Vo N. Intussusception in children. En: UpToDate. Connor RF (ed.); 2024 [en línea] [consultado el 06/10/2025]. Disponible en www.uptodate.com/contents/intussusception-in-children
3. Kornecki A, Daneman A, Navarro O, Connolly B, Manson D, Alton DJ. Spontaneous reduction of intussusception: clinical spectrum, management and outcome. *Pediatr Radiol*. 2000;30:58-63.
4. Sönmez K, Turkyilmaz Z, Demirogullari B, Karabulut R, Aral YZ, Konus Ö, et al. Conservative Treatment for Small Intestinal Intussusception Associated with Henoch-Schönlein's Purpura. *Surg Today*. 2002;32:1031-34.
5. Gluckman S, Karpelowsky J, Webster AC, McGee RG. Management for intussusception in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;6(6):CD006476.