



# Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

## 62 - CITOMEGALOVIRUS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: UTILIDAD DE UN RESULTADO POSITIVO EN LA DECISIÓN DE TRATAMIENTO CON LAS DISTINTAS TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS

I. González Díaz<sup>1,2</sup>, E. Martín Arranz<sup>1,2</sup>, C. Suárez Ferrer<sup>1,2</sup>, L. Guerra Pastrión<sup>3</sup>, M.P. Romero Gómez<sup>4</sup>, J. Poza Cordon<sup>1,2</sup>, J.L. Rueda García<sup>1,2</sup>, M. Sánchez Azofra<sup>1,2</sup>, C. Amiama Roig<sup>1,2</sup>, C. Amor Costa<sup>1,2</sup> y M.D. Martín Arranz<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Paz, Madrid. <sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario LaPaz-IdiPAZ, Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario La Paz, Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Microbiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** El citomegalovirus (CMV) en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) activa puede ser causa de refractariedad al tratamiento. Existen varios métodos para su diagnóstico. Los más aceptados son la inmunohistoquímica (IHQ) y la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). La relevancia clínica de un resultado aislado positivo de PCR no está clara. El objetivo de este estudio es revisar pacientes diagnosticados de CMV por PCR y/o IHQ, la actitud terapéutica adoptada y su repercusión clínica.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo en el que se recogieron las biopsias intestinales para descartar CMV mediante PCR y/o IHQ entre los años 2017-2021. El criterio de exclusión fue la ausencia de EII. Las variables incluidas fueron demográficas, relacionadas con la enfermedad, actividad, tratamiento de base y antiviral y evolución de los pacientes.

**Resultados:** De 452 biopsias, 51 fueron positivas por PCR y 31 por IHQ. Se excluyeron 11. En total 44 pacientes para el análisis. De los 39 con PCR+, solo 13 (36,1%) fueron IHQ+. Sin embargo, la mayoría de los pacientes con IHQ+ tenían PCR+ (95,5%). Cuerpos de inclusión se observaron en 18,4% de las PCR+ y en 52,9% de la IHQ+. 86,4% tenían colitis ulcerosa (CU), 11,3% enfermedad de Crohn (EC) y 2,3% EII no clasificada. La mayoría de los pacientes estaban en brote moderado-grave (70,5%) y tenían un índice de actividad endoscópica alto (71,1% con CU Mayo 3 y 100% EC SES-CD > 8). En total, 19 pacientes eran corticorrefractarios. El 100% de los pacientes corticorrefractarios se trataron independientemente de la técnica para detectar CMV (17 PCR+, 8 PCR e IHQ+ y 2 PCR- e IHQ+). Hubo remisión a corto plazo en 52,6%, 3 requirieron cirugía y el resto precisó cambios de tratamiento para conseguir remisión a largo plazo. De los no corticorrefractarios se trataron aquellos con brote grave (36%) remitiendo el 37,5%. Los no tratados presentaban brotes más leves asumiéndose el CMV como un hallazgo casual y remitieron el 87%. Con PCR e IHQ+ se trató el 84,6%. Solo 2 pacientes no recibieron tratamiento y fueron brotes leves con buena respuesta al tratamiento convencional con monitorización clínica estrecha. Con PCR+ aislada se trató el 52,2%, de los cuales el 87,5% eran corticorrefractarios. En la evolución de los pacientes con PCR+ aislada no se observaron diferencias significativas ni en las tasas de remisión ni en la necesidad de cirugía entre los tratados (remisión: 38,5%, cirugía: 15,4%) con respecto a los no tratados (remisión: 69,2%,

cirugía: 7,7%).

**Conclusiones:** En nuestro estudio alrededor de un tercio de los pacientes con PCR+ tienen IHQ+. En cuanto al tratamiento antiviral recibido la mayoría de los pacientes eran corticorrefractarios o pacientes con PCR+ e IHQ+. En pacientes con PCR+ aislada con brote leve y buena evolución clínica se podría considerar no iniciar tratamiento.