

Manejo de la colitis ulcerosa aguda grave en Chile: Experiencia de un equipo multidisciplinario



Management of acute severe ulcerative colitis in Chile: Experience of a multidisciplinary team

Aproximadamente el 25% de los pacientes con colitis ulcerosa (CU) desarrollarán, ya sea al debut o durante su evolución, un episodio de CU grave¹. El manejo multidisciplinario y protocolizado con una evaluación temprana (días tres a cinco) de la respuesta a esteroides y el uso de terapias de rescate (infliximab [IFX] y anticalcineurínicos como ciclosporina y tacrolimus), han permitido mejorar el pronóstico de estos pacientes y evitar la colectomía precoz¹. A continuación, describimos los resultados a corto plazo del manejo multidisciplinario, a través de un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los brotes de CU grave, según criterios de Truelove-Witts de pacientes dados de alta entre enero de 2014 y junio de 2019. Con fines de análisis, los brotes fueron divididos en tres grupos, de acuerdo con el antecedente de tratamiento previo con esteroides intravenosos (i.v.) e IFX: Grupo 1: vírgenes a esteroides i.v. e IFX; Grupo 2: exposición anterior a esteroides i.v./vírgenes a IFX; y Grupo 3: exposición anterior a esteroides i.v. e IFX en mantenimiento (fig. 1). Se definió fracaso a terapia esteroideal (corticorefractariedad), según criterios de Oxford¹, entre el tercer y el quinto días. Se realizó análisis estadístico descriptivo y de asociación (χ^2 ; $p < 0,05$).

Se incluyeron 50 episodios de CU grave en 41 pacientes, 21 fueron en mujeres (42%) y la mediana de edad fue 27 años (rango 14-64). Seis pacientes tuvieron más de un brote. En 22% de los episodios, los pacientes tuvieron exposición pre-

via a tiopurínicos y 14% a anti-TNF (IFX: cinco, adalimumab: dos). La infección por *Clostridioides difficile* se evaluó en 48 brotes (96%), siendo seis positivos (12,5%). La colonoscopia se realizó en 98% de los episodios: 27 y 73% correspondieron a un índice de Mayo endoscópico dos y tres, respectivamente. Estudio para citomegalovirus en biopsias se realizó en 58% de los brotes, encontrándose infección de alto grado en dos. Todos los pacientes fueron evaluados por un gastroenterólogo perteneciente al programa de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) desde el ingreso, y un 70% tuvo una evaluación por un coloproctólogo especializado en EII (mediana 1,5 días; rango 1-7) desde el ingreso. Además, la valoración nutricional y psicológica ocurrió en 70 y 14% de las crisis, respectivamente.

Un 88% de los brotes fueron tratados con esteroides i.v. como terapia de primera línea (mediana: tres días; rango: 1-7), con corticorefractariedad en 41% de ellos. El grupo virgen a esteroides i.v. (Grupo 1) presentó una mayor respuesta a esteroides que aquel con antecedentes de uso previo (Grupo 2) (100 vs. 19%, $p < 0,001$). Se realizó terapia de rescate con IFX en 89% de los brotes corticorefractarios, con respuesta en 94%. Un 56% recibió esquema de inducción optimizado (intensificado, acelerado o intensificado/acelerado), con una tasa de respuesta de 89%. La mediana de estadía hospitalaria fue de siete días y la tasa de colectomía precoz fue de 14%. No se reportó mortalidad a tres meses.

La normalización de la determinación de la infección por *Clostridioides difficile*, realización de endoscopia, evaluación de la corticorefractariedad al tercer y quinto días y la evaluación precoz por el coloproctólogo confirman que un enfoque multidisciplinario y protocolizado son esenciales para el manejo de la CU grave¹. Si bien en nuestro estudio la evaluación de la infección por citomegalovirus es mayor que lo publicado en la literatura², ésta fue sólo 58%, y debería ser mejorada.

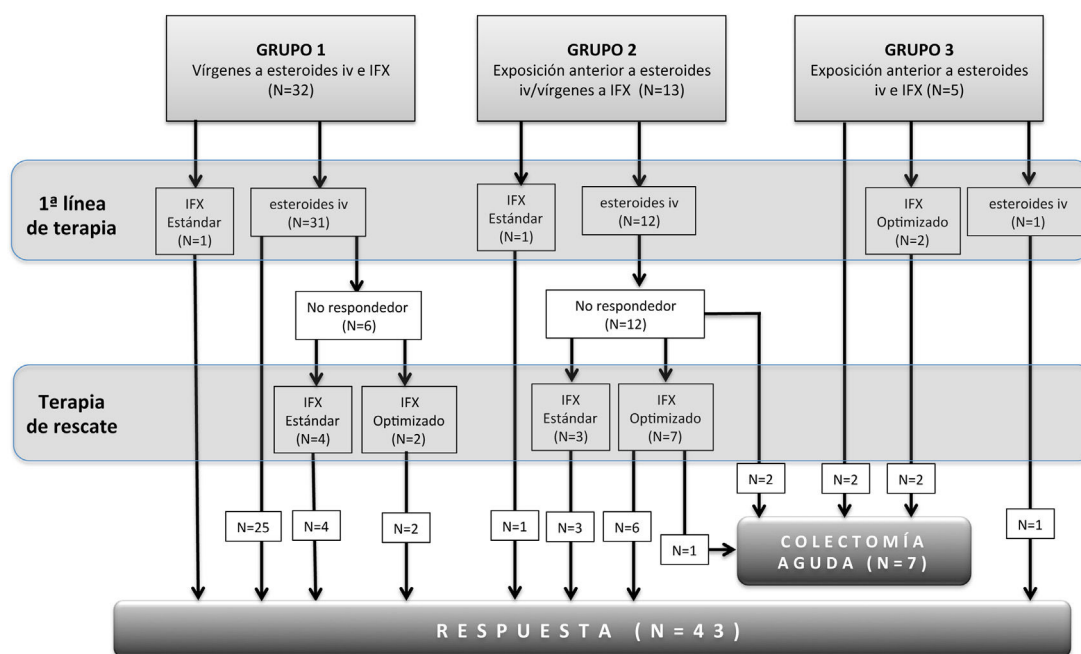


Figura 1 Esquema de tratamiento en 50 brotes de colitis ulcerosa aguda grave.

IFX: infliximab; IFX estándar: 5 mg/kg semanas 0-2-6; IFX optimizado: cualquier modificación de dosis (10 mg/kg) y/o intervalos.

La tasa de respuesta a esteroides i.v. fue de 59%, similar a lo reportado en la era prebiológicos¹. Sin embargo, al desglosar nuestros resultados, ésta fue significativamente menor en pacientes con exposición previa a esteroides i.v., pero no a IFX, lo que sugiere que, en este grupo, el inicio del tratamiento del brote grave debería ser directamente IFX. Por otra parte, en pacientes con exposición previa a esteroides i.v. y en fase de mantenimiento con IFX, la tasa de colectomía fue elevada (4/5), planteando que en este escenario se podrían evaluar otras opciones terapéuticas como anticalci-neurínicos, seguido de un biológico con distinto mecanismo de acción (vedolizumab), o el uso de moléculas pequeñas¹. Futuros estudios podrían definir mejor la estrategia en este grupo de pacientes.

El 56% de los brotes recibió un esquema de inducción con IFX optimizado, con una tasa de colectomía de sólo 11% a 30 días. Estos resultados apoyan la necesidad de intensificar y/o acelerar las dosis de inducción, dado el mayor *clearance* de IFX descrito en CU grave³. Aunque algunos no han logrado confirmar diferencias entre una inducción optimizada vs. estándar⁴, una publicación reciente demostró que tanto la inducción intensificada como acelerada son estrategias utilizadas con frecuencia en CU grave⁵. Estudios prospectivos randomizados permitirán personalizar el tratamiento en este escenario.

En conclusión, el manejo de la CU grave requiere un enfoque multidisciplinario y protocolizado. Nuestros resultados respaldan el uso de guías clínicas para dirigir la toma de decisiones en el momento apropiado.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Sedano R, Quera R, Simian D, Yarur AJ. An approach to acute severe ulcerative colitis. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2019;13:943–55, <http://dx.doi.org/10.1080/17474124.2019.1681974>.
- Lee NS, Pola S, Groessl EJ, Rivera-Nieves J, Ho SB. Opportunities for Improvement in the care of patients hospitalized for Inflammatory Bowel Disease-related colitis. *Dig Dis Sci*. 2016;61:1003–12, <http://dx.doi.org/10.1007/s10620-016-4046-0>.

- Ordás I, Mould DR, Feagan BG, Sandborn WJ. Anti-TNF monoclonal antibodies in inflammatory bowel disease: pharmacokinetics-based dosing paradigms. *Clin Pharmacol Ther*. 2012;91:635–46, <http://dx.doi.org/10.1038/clpt.2011.328>.
- Choy MC, Seah D, Faleck DM, Shah SC, Chao CY, An YK, et al. Systematic Review and Meta-analysis: Optimal Salvage Therapy in Acute Severe Ulcerative Colitis. *Inflamm Bowel Dis*. 2019;25:1169–86, <http://dx.doi.org/10.1093/ibd/izy383>.
- Rodríguez-Lago I, Ferreiro-Iglesias R, Nos P, Gisbert JP, on behalf of the Spanish working group on Crohn's disease and ulcerative colitis. Management of acute severe ulcerative colitis in Spain: A nationwide clinical practice survey. *Gastroenterol Hepatol*. 2019;42:90–101, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.09.002>.

Edith Pérez de Arce^a, Rodrigo Quera^{b,c}, Paulina Núñez^d, Daniela Simian^{b,e}, Patricio Ibáñez^{b,c}, Jaime Lubascher^{b,c}, Carolina Figueroa^{b,c}, Gonzalo Pizarro^{b,c}, Lilian Flores^{b,c}, Gonzalo Carrasco-Avino^f, María José Escaffi^g, Andrés O'Brien^h, María José Leiva^g y Udo Kronberg^{b,i,*}

^a Departamento de Medicina Interna, Servicio de Gastroenterología, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile

^b Programa Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Clínica Las Condes, Santiago de Chile, Chile

^c Departamento de Gastroenterología, Clínica Las Condes, Santiago de Chile, Chile

^d Departamento Gastroenterología, Hospital San Juan de Dios, Santiago de Chile, Chile

^e Dirección Académica, Clínica Las Condes, Santiago de Chile, Chile

^f Departamento de Anatomía Patológica, Clínica Las Condes, Santiago de Chile, Chile

^g Centro de Nutrición y Enfermedades Metabólicas, Clínica Las Condes, Santiago de Chile, Chile

^h Departamento de Imagenología, Clínica Las Condes, Santiago de Chile, Chile

ⁱ Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía, Clínica Las Condes, Santiago de Chile, Chile

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ukronberg@clinicalascondes.cl (U. Kronberg).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.10.005>
0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

LOE pancreática ¿otro caso de adenocarcinoma pancreático?



Pancreatic space occupying lesion (SOL): Another case of pancreatic adenocarcinoma?

La tuberculosis continúa siendo la enfermedad infecciosa con mayor mortalidad a nivel mundial, con más de 1,5 millones de fallecimientos al año¹. Hasta el 12,5% de los casos

son extrapulmonares² y, aunque el páncreas es una localización poco frecuente, su diagnóstico está aumentando debido al incremento de pacientes inmunodeprimidos, así como la mejoría de las herramientas diagnósticas como la punción aspiración con aguja fina (PAAF) mediante ecoendoscopia. No existen hallazgos clínicos ni de imagen patognomónicos, por lo que el índice de sospecha debe ser alto para poder diagnosticarla.

Presentamos el caso de una mujer de 59 años, natural de Venezuela, residente en España desde hace 10 años,