



PROGRESOS EN GASTROENTEROLOGÍA

Tratamiento del brote grave de colitis ulcerosa



Aceituno Montserrat*, Zabana Yamile y Esteve Maria

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Terrassa, España

Recibido el 10 de abril de 2014; aceptado el 16 de mayo de 2014

Disponible en Internet el 8 de julio de 2014

PALABRAS CLAVE

Colitis ulcerosa;
Brote grave;
Tratamiento;
Infliximab;
Ciclosporina

Resumen El tratamiento del brote grave de colitis ulcerosa sigue siendo un reto para el gastroenterólogo clínico. Un porcentaje no despreciable de pacientes presentará a lo largo de su vida un brote grave de colitis ulcerosa que precisará de un ingreso hospitalario. La mortalidad en los brotes graves de colitis ulcerosa sigue siendo elevada por lo que el tratamiento de este debe ser agresivo, evitando demoras en la realización de una terapia de rescate o incluso de la indicación de cirugía.

El objetivo de esta revisión es describir el tratamiento médico del brote grave de colitis ulcerosa destacando los últimos avances terapéuticos.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. y AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Ulcerative colitis;
Severe;
Treatment;
Infliximab;
Cyclosporine

Treatment of severe ulcerative colitis flares

Abstract The treatment of severe ulcerative colitis remains a challenge for gastroenterologists. A not inconsiderable number of patients will experience severe flares throughout their lives and will require hospitalization. Mortality in severe ulcerative colitis is still high and consequently treatment must be aggressive, avoiding delays in rescue therapies or even surgery.

The aim of this review was to describe the medical treatment of severe ulcerative colitis, highlighting recent therapeutic advances.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. and AEEH y AEG. All rights reserved.

Introducción

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) crónica que presenta un curso recurrente y

una gran variabilidad clínica en cuanto a la forma de presentación (distal vs. extensa), a la gravedad del brote (de leve a grave) y a la respuesta a los diferentes tratamientos disponibles. Un 18% de los brotes iniciales son graves y de un 18 a un 25% de los pacientes con CU presentarán un brote grave que precise hospitalización a lo largo del curso de la enfermedad. Los factores que se han asociado a un curso grave de la CU son la extensión de la enfermedad, la edad en el momento del diagnóstico y una respuesta incompleta al

* Autor para correspondencia.
Correos electrónicos: mestevecomas@telefonica.net,
mariaesteve@mutuaterrassa.cat (A. Montserrat).

tratamiento con 5-ASA y esteroides^{1,2}. El brote grave de CU es una condición clínica que amenaza la vida del paciente. La mortalidad en los brotes graves sigue siendo elevada a pesar de los avances en el tratamiento y la mejora en las medidas de soporte³, relacionándose sobre todo con la colectomía⁴. En las primeras descripciones de la enfermedad hasta un 75% de los pacientes fallecía durante el primer año del diagnóstico. Gracias a los avances en el tratamiento médico y quirúrgico este porcentaje se ha reducido drásticamente y en la actualidad puede llegar a ser incluso del 1% en centros especializados⁵. Varias series han mostrado elevadas tasas de mortalidad cuando el manejo de estos pacientes se realiza en centros no especializados. La serie más reciente, que se presentó en el congreso americano de digestivo del año pasado, mostró una tasa de mortalidad del 6,8% en la CU refractaria a tratamiento esteroideo⁶.

Los principales dilemas que nos encontramos en la práctica clínica son cómo identificar en un estadio precoz qué pacientes precisarán cirugía y cuándo empezar una terapia de rescate. Se han publicado al menos 3 índices predictivos de colectomía basados en parámetros clínicos sencillos, que aplicados al tercer día de tratamiento con esteroides, muestran una precisión diagnóstica aceptable⁷⁻⁹. Un estudio reciente ha intentado identificar la variación genética que contribuye a la refractariedad al tratamiento médico de la CU que requiere cirugía. Los autores del estudio realizaron un estudio de asociación del genoma completo (genome-wide association study) en una cohorte de pacientes con CU médicamente refractaria y lo compararon con una cohorte de pacientes no refractarios. Consiguieron realizar un índice de riesgo basado en la combinación de 46 polimorfismos (SNP) que explicaban el 48% de la diferencia para colectomía en esta cohorte¹⁰. Los polimorfismos potencialmente podrían predecir la evolución de la enfermedad en un individuo concreto, pero aún no disponemos de la evidencia suficiente para que sea de utilidad en la toma de decisiones como la realización de una colectomía. De hecho sabemos que la corticorretractariedad puede ser una situación transitoria y por tanto es difícil que determinados polimorfismos que permanecen estables en el tiempo, sean más útiles que la valoración clínica precoz para predecir una mala evolución.

El manejo del brote grave de CU ha estado ampliamente revisado en las guías de práctica clínica de GETECCU y en el Consenso europeo de ECCO^{1,11}. En esta revisión repasaremos los aspectos más importantes del tratamiento del brote grave descrito en estas guías y las nuevas opciones terapéuticas de que dispondremos en un corto plazo de tiempo.

Definición del brote grave de colitis ulcerosa

Los pacientes que presentan un brote grave de CU precisan ingreso hospitalario. El índice de actividad más utilizado para la definición de brote grave de CU sigue siendo el índice de Truelove and Witts (tabla 1)¹². Para definir un brote grave de CU es necesaria la presencia de ≥ 6 deposiciones con sangre al día más un criterio adicional. También podemos definir el brote grave con base en la clasificación de Montreal de la actividad que de hecho se basa en el índice citado anteriormente (tabla 2)¹³.

Tabla 1 Clasificación de la gravedad del brote de colitis ulcerosa (Truelove and Witts)

	Leve	Grave
Deposiciones con sangre/día	< 4	> 6 y uno de los siguientes
Pulso	< 90 lpm	> 90 lpm
Temperatura	< 37,5 °C	> 37,5 °C
Hemoglobina	> 11,5 g/dl	< 10,5 g/dl
VSG	< 20 mm/h	> 30 mm/h
PCR	Normal	> 30 mg/L

Tabla 2 Grado de actividad clínica según la clasificación de Montreal

S0 = Inactividad
S1 = Brote leve definido por un máximo de 4 deposiciones/día, sin sangre ni signos de afectación sistémica
S2 = Brote moderado, definido por la existencia de más de 4 deposiciones/d, con o sin sangre pero con signos de afectación sistémica
S3 = Brote grave, definido por > 6 deposiciones/d, con sangre y con algún signo de afectación sistémica (Hb < 10,5 g/dl, VSG > 30 mm/h, frecuencia cardíaca > 90 lpm, temperatura > 37 °C)

El megacolon tóxico es una entidad especialmente grave con una prevalencia de hasta el 5% en el contexto de un brote grave de CU. Se define como la dilatación aguda del colon transversal con un diámetro superior a 5,5 cm junto con pérdida de haustración y afectación sistémica. Los pacientes presentan generalmente fiebre, taquicardia, hipotensión, distensión abdominal y ruidos intestinales disminuidos. Los factores que lo pueden precipitar son las alteraciones electrolíticas (hipopotasemia e hipomagnesemia), la utilización de inhibidores de la motilidad intestinal y procedimientos como la colonoscopia y la preparación del colon. El manejo es igual al del brote grave de CU, aunque extremando más la vigilancia. En general si no se produce una mejoría en 48-72 horas precisará de cirugía².

Tratamiento médico del brote grave de colitis

Todo paciente con CU grave debería ingresar en un centro hospitalario de tercer nivel que disponga de un equipo multidisciplinar de gastroenterólogos y cirujanos especializados en el tratamiento de esta patología. Al ingreso se confirmará la actividad de la enfermedad mediante la realización de una sigmoidoscopia de baja insuflación, que además de corroborar la actividad y evaluar la gravedad de las lesiones, nos permitirá la toma de muestras para descartar una infección por citomegalovirus concomitante que ha sido asociada a un curso corticorretractario¹⁴. La colonoscopia está contraindicada porque puede desencadenar un megacolon tóxico y no aporta información relevante para el manejo de la enfermedad. Se realizará un estudio microbiológico de heces para descartar la presencia de enteropatógenos, parásitos e infección por *Clostridium difficile* (*C. difficile*). Esta última

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287883>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287883>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)