



# **El reto clínico del mes Enero 2020**

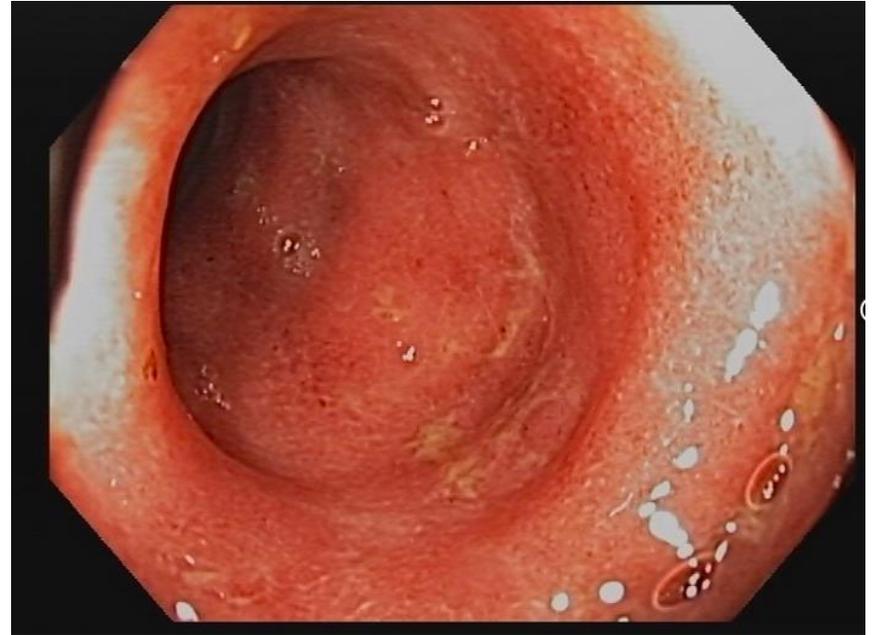
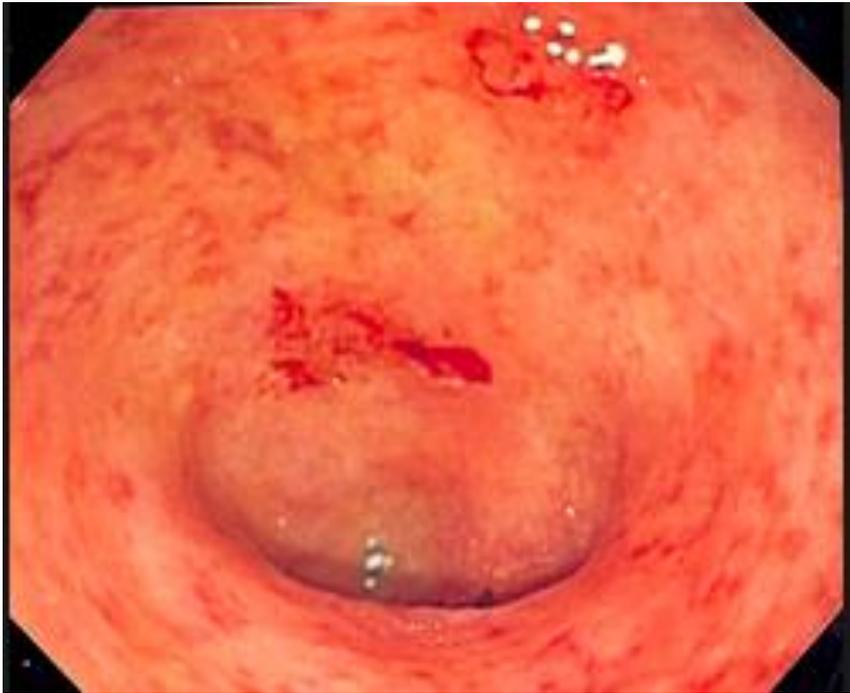
## **Manejo general de colitis ulcerosa**

Dra. Alonso Martín. HURH. Valladolid  
Dr. Maroto Martín. HURH. Valladolid

Varón, 27 años. Cuadro de 3 meses de evolución de deposiciones diarreicas (10 al día), con sangre, asociado a pujo y tenesmo rectal, dolor abdominal leve; poliartralgias asimétricas en grandes articulaciones (codo y rodilla)

A la exploración destaca: TA: 90/60 FC: 106/m, FR: 22/m, T<sup>a</sup>: 37,5. IMC: 19,3. Abdomen con dolor a palpación FII leve y en la analítica: Hb 9. L 14000. PCR 134.

Con ello, es ingresado en la planta de hospitalización y se realiza colonoscopia en la que se identifica la siguiente imagen



## Pregunta 1. ¿Qué manejo plantearía tras el ingreso?

1. Mesalazina oral
2. Mesalazina oral y tópica
3. Mesalazina oral, tópica y corticoterapia
4. Corticoterapia

# ¡Respuesta correcta!

## 3. Mesalazina oral, tópica y corticoterapia

Ante un brote moderado de colitis ulcerosa izquierda o extensa (Índice Truelove Witts 11), se recomienda inicio de tratamiento con salicilatos vía oral (al menos 3 g/día, en una sola toma), asociado a salicilatos tópicos (al menos 1 g/día). Ante una gran amplitud en la escala de brote moderado, ante un brote moderado alto, se recomienda inicio de corticoterapia (1 mg/kg/día) asociado suplementos de calcio

# Respuesta incorrecta

**Inténtelo de nuevo**

Al ingreso se inicia manejo con corticoides 60 mg intravenosos, profilaxis con enoxaparina subcutánea, mesalazina oral y tópica .

Se realizan radiografías de tórax y abdomen simple, las cuales son normales, coprocultivo, toxina A y B para Clostridium y quantiferon. Check-list para inicio de biológicos.

Al tercer día de hospitalización el paciente presenta discreta mejoría, persistiendo 8 deposiciones diarias con escasa disminución del sangrado, y se realiza control de PCR 52 y Albumina 2,6.

Se recibe resultado de quantiferon que es negativo, así como toxina A y B para Clostridium difficile negativas.

## Pregunta 2. ¿Cuál es la actitud menos adecuada a seguir?

1. Calcular el índice de Ho
2. Iniciar tratamiento biológico
3. Realizar interconsulta al servicio de cirugía general para valoración
4. Realizar rectosigmoidoscopia con toma de biopsias CMV

# ¡Respuesta correcta!

## 2. Iniciar tratamiento biológico

Ante la sospecha de refractariedad a tratamiento corticoterápico, se recomienda el cálculo del índice de Ho (respuesta a la corticoterapia), mantener informado al servicio de cirugía general del caso y descartar una sobreinfección por CMV en el contexto clínico. Si no hay contraindicaciones podría iniciarse tratamiento biológico.

# Respuesta incorrecta

**Inténtelo de nuevo**

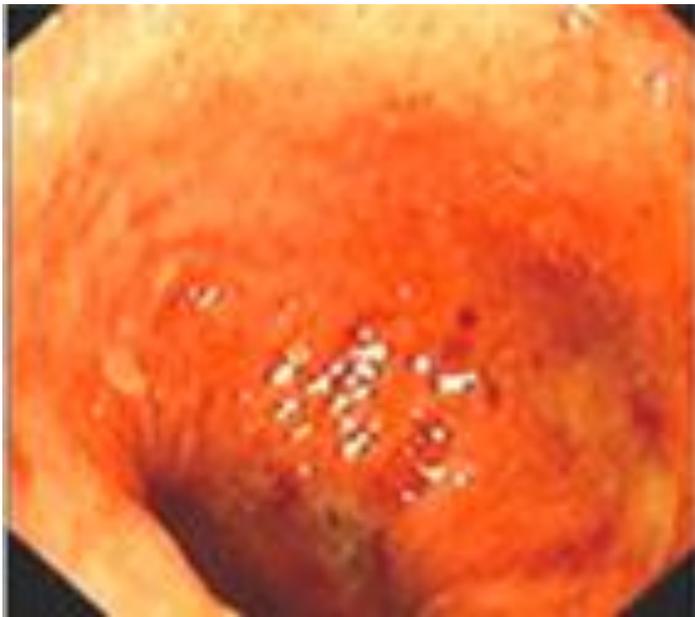
En este caso, y ante un índice de Ho de 3 puntos, se considera un alto riesgo de fallo de tratamiento corticoideo por lo que se inicia tratamiento biológico, con muy buena respuesta clínica y analítica manteniéndose a dosis habituales (5mg/kg/iv) durante 14 meses.

**Tabla 12** Probabilidad de respuesta a los corticoides (índice de Ho)

| Variable (día 3)                              | Puntuación |
|---|------------|
| <i>Frecuencia media de las deposiciones</i>   |            |
| < 4   | 0          |
| 4- < 6  | 1          |
| 6- < 9  | 2          |
| > 9   | 4          |
| <i>Dilatación del colon</i>                   | 4          |
| <i>Hipoalbuminemia (albúmina &lt; 30 g/l)</i> | 1          |

*Valoración del índice (probabilidad estimada de fallo con el tratamiento médico):*  
Puntuación índice. Probabilidad de no respuesta al tratamiento médico:  
0-1 = 11%.  
2-3 = 43%.  
≥ 4 = 85%.  
Fuente: Ho et al.<sup>63</sup>.

Revisamos en consulta 1 año y medio después. Refiere que en los últimos 2 meses cada vez se encuentra más asténico con alguna rectorragia aislada ocasional; pero adelanta la consulta porque se encuentra “muy parecido a cuando empezó todo”. Se repite la endoscopia:



En la colonoscopia se constatan signos de actividad inflamatoria por lo que se solicita de nuevo radiografía de tórax, abdominal, ecografía abdominal y nueva analítica de sangre, en la que se incluyen niveles y anticuerpos de infliximab:

- Niveles: 12 mG/ml
- AC no se detectan

**Pregunta 3.** En vista a los resultados obtenidos, ¿Qué manejo le parece más adecuado?

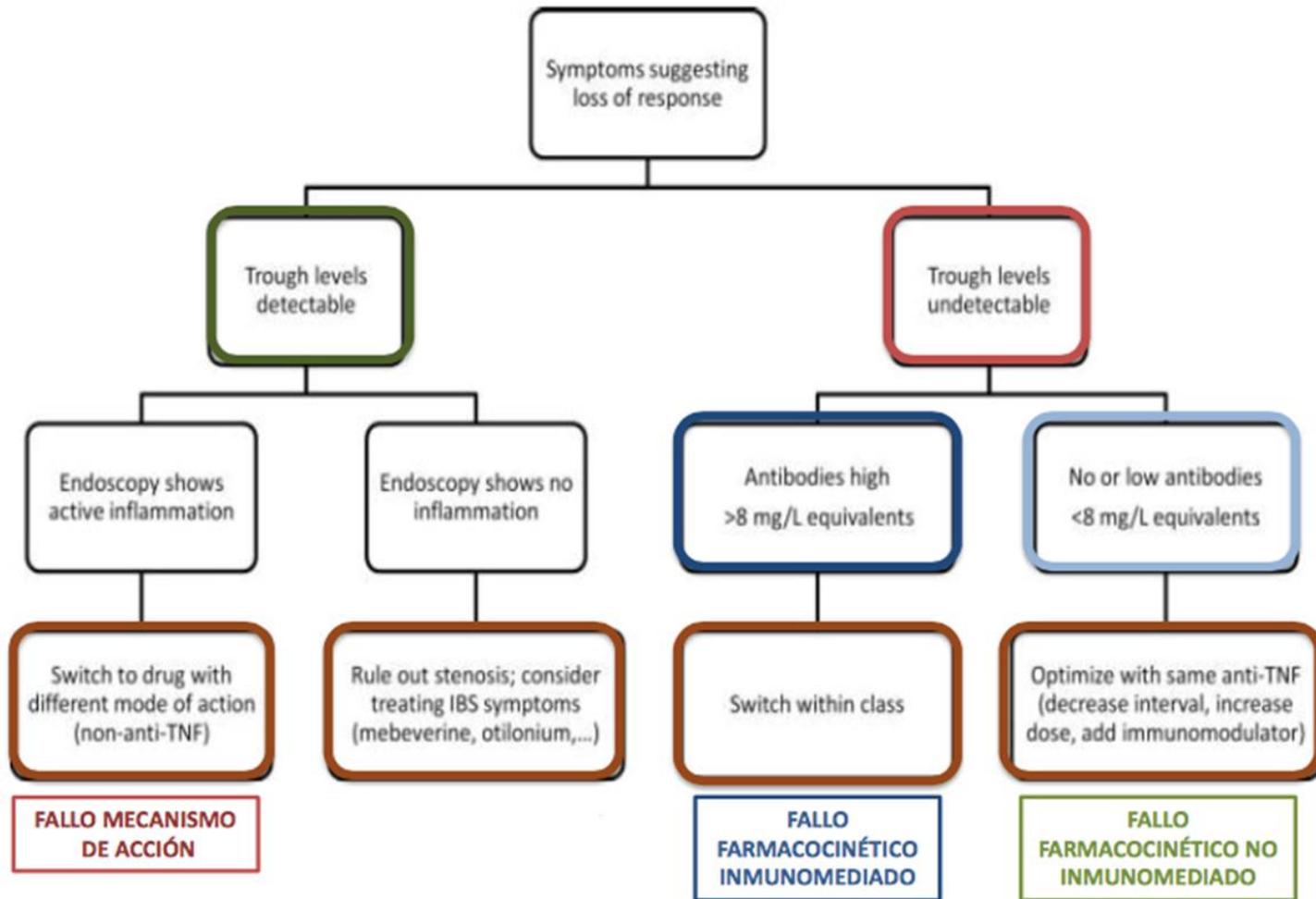
1. Cambiar biológico por otro de distinta familia
2. Mantener infliximab
3. Cambiar biológico por otro de misma familia
4. Intensificar infliximab

# ¡Respuesta correcta!

## 1. Cambiar biológico por otro de distinta familia

Ante una sospecha de falta de respuesta a tratamiento biológico, es necesaria la monitorización tanto de los niveles como de los autoanticuerpos del mismo, ya que hasta un 40% de los casos puede presentar una pérdida de respuesta. Además existe una relación entre niveles adecuados de fármaco y remisión clínica.

Según los niveles tanto de fármaco como de autoanticuerpo se recomienda una actitud según el algoritmo adjuntado.



# Respuesta incorrecta

**Inténtelo de nuevo**

## Para saber más...

- Therapeutic guidelines on ulcerative colitis: A GRADE methodology based effort of GETECCU. Gomollón et al. 2014
- AGA Clinical Practice guidelines on the management of Mild – to – moderate Ulcerative Colitis 2019
- Feuerstein et al, Gastroenterology 2017
- Ben-Horin S. Aliment Pharmacol Ther 2011
- Vermeire, Frontline Gastroenterology 2013



# Ha finalizado el caso clínico

## Manejo general de colitis ulcerosa

Dra. Alonso Martín. HURH. Valladolid  
Dr. Maroto Martín. HURH. Valladolid