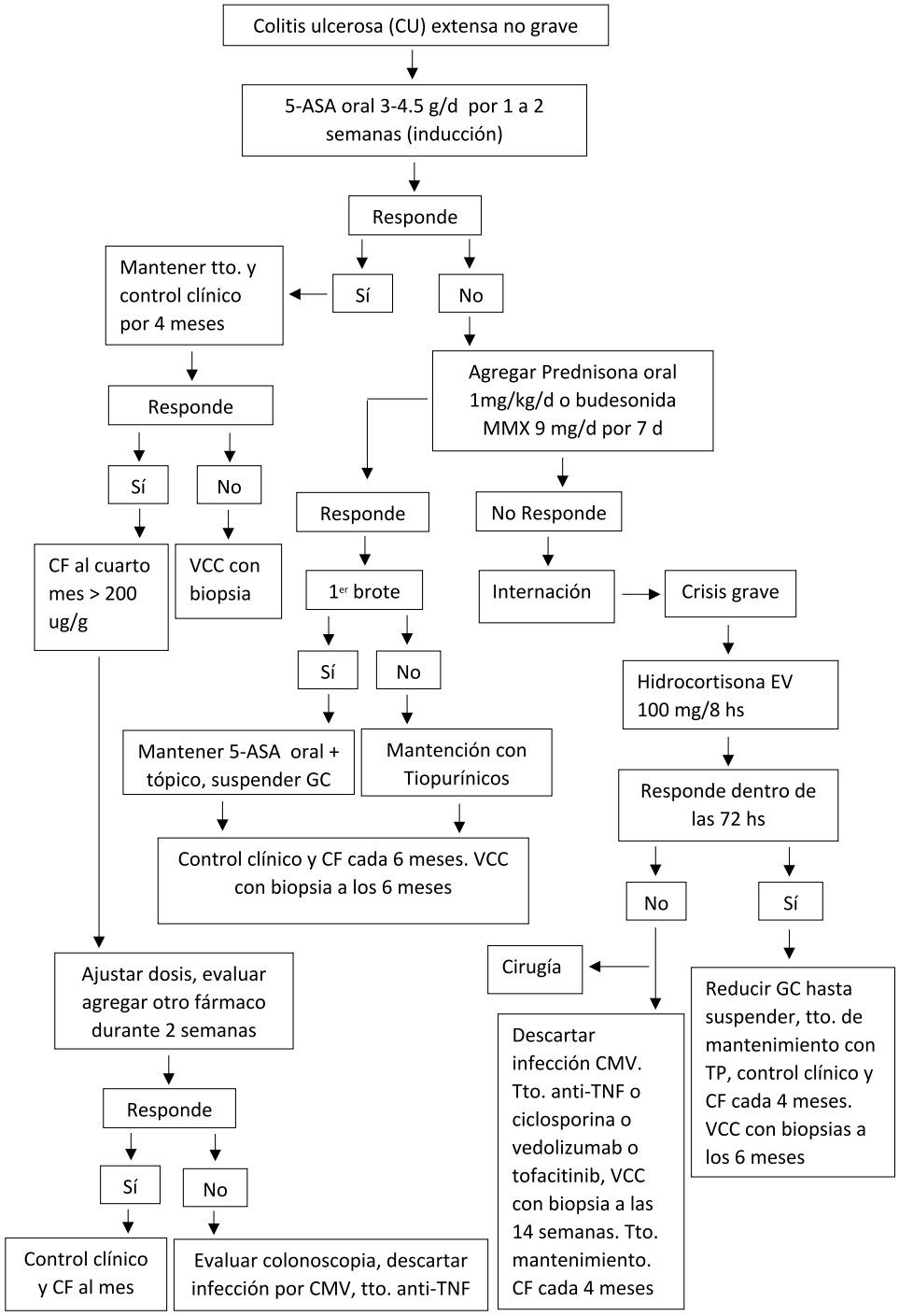
ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

FICHA Nº 1

Dra. Silvia I. Falasco

ALGORITMO TERAPÉUTICO DE LA COLITIS ULCEROSA EXTENSA NO GRAVE Y GRAVE



5-ASA: 5-aminosalicilato; **CF:** calprotectina fecal; **CMV:** citomegalovirus; **d:** día; **EV:** endovenoso; **GC:** glucocorticoide; **TNF:** factor de necrosis tumoral; **TP:** tiopurínicos; **Tto**; tratamiento; **VCC:** videocolonoscopia

ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

FICHA Nº 1

Dra. Silvia I. Falasco

ALGORITMO TERAPÉUTICO DE LA COLITIS ULCEROSA EXTENSA NO GRAVE Y GRAVE

Budesonida MMX tiene menos efectos adversos ya que tiene un metabolismo elevado de primer paso hepático. Con respuesta favorable luego de la administración de corticoides sistémicos en pacientes con más de un brote siendo el último mayor a 12 meses se puede realizar mantenimiento con 5-ASA. En CU grave es un predictor de riesgo de colectomía evaluar la respuesta dentro de las 72 hs de inicio de los esteroides sistémicos.

Los anti-TNF infliximab, adalimumab y golimumab son utilizados en el tratamiento de la CU con buena respuesta clínica, endoscópica, reducción de internaciones y de colectomía. Se indican como inducción en brotes moderados-graves de CU corticorresistente y en corticodependencia (imposibilidad de reducir la dosis de prednisona por debajo de 10 mg/d luego de 3 meses de iniciada dicha terapia por presencia de nuevo brote o por necesidad de reiniciar GC dentro de los 3 meses de suspendido) en inducción y en mantenimiento. Un 20% de los pacientes desarrolla anticuerpos contra infliximab. Aproximadamente un 30 a 40% no responde inicialmente a los anti-TNF; algunos pacientes desarrollan efectos adversos o disminución de la respuesta con el tiempo, lo que obliga a reemplazar dicha terapia. Vedolizumab, ustekinumab y tofacitinib son opciones terapéuticas.

En el brote grave el paciente debe ser evaluado desde el ingreso hospitalario por el Servicio de Cirugía, realizando control seriado con Rx. de abdomen. Descartar megacolon tóxico e infección por clostridium difficile. La infección colónica por CMV debe descartarse con histología, inmunohistoquímica y/o reacción en cadena de la polimerasa en el material de biopsia iniciando terapia con ganciclovir EV de documentarse ésta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Figueroa C, Lubascherd J, Ibañez P, Quera R, Kronberg U, Simian D, Flores L. Algoritmos de tratamiento de la colitis ulcerosa desde una experiencia local. REV. MED. CLIN. CONDES - 2018; 29(5) 570-579
2. Calafat M, Lobatón T, Mañosa M, Larraín M, Caballero N, Cabré E, Domenech E. Requerimientos terapéuticos en el tratamiento de mantenimiento de la proctitis ulcerosa. Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día 2016; Volume 15, Issue 3, September–December: 87-92
3. Navarro Pardo, Millastre Bocos J, Reyes Abad Sazatornil M. Proctitis ulcerosa refractaria: Tratamiento alternativo con enema de tacrólimus. Revista Atalaya Medica 2019; 39-43
4. Beltrána B, Sáez-González E, Mateos B, Moret I. Enfermedad inflamatoria del tracto intestinal. Colitis ulcerosa. Medicine. 2020;13(11):591-602