



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3508 - COLITIS FARMACOLÓGICA POR QUIMIOTERAPIA

M. Ochoa Fernández<sup>a</sup>, J. Ballesteros Pérez<sup>b</sup>, J. Castiñeiras Moracho<sup>c</sup>, O. Guta<sup>d</sup>, F. Juárez Barillas<sup>b</sup> y R. Carral Cancela<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Este. Navarra. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Valtierra. Tudela. Navarra. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascante. Tudela. Navarra. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Tudela Este. Navarra. <sup>e</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Oeste. Navarra.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 43 años con antecedentes de melanoma maligno estadio IV. En el año 2016 es visto en Atención Primaria por dolor abdominal cólico, realizándose analítica que fue normal y pautándose Paracetamol. Unos días después acude a urgencias por aumento del número de deposiciones con disminución de consistencia, rectorragia autolimitada, fiebre y dolor cólico abdominal, estando en tratamiento con ipilimumab por su melanoma. Fue ingresado en Medicina Interna por este motivo. El episodio se resolvió de forma efectiva con corticoterapia y se interpretó como probable efecto adverso de ipilimumab. Al mes siguiente, vuelve a ingresar por cuadro similar con mayor afectación, llegando a tener que ser valorado por Cirugía General por hemorragia digestiva baja importante, sin llegar a intervenir quirúrgicamente y requiriendo corticoterapia a dosis altas, infliximab y ganciclovir. No nuevos eventos mayores, aunque sí alguna rectorragia escasa autolimitada. Tras el tercer ciclo de ipilimumab se sustituyó por dabrafenib-trametinib.

**Exploración y pruebas complementarias:** Ingreso en marzo-2016: analíticas sanguíneas sin alteraciones importantes (alguna elevación de transaminasas y reactantes de fase aguda); coprocultivos normales. Ingreso en abril-2016: analíticas sanguíneas con reactantes de fase aguda elevados, leucocitosis con desviación izquierda; coprocultivos normales; colonoscopia con toma de biopsias que constató colitis grado IV; inmunohistoquímica para citomegalovirus negativa; tomografía axial computarizada abdomino-pélvica que constató sangrado activo en colon transverso. Colonoscopia de control en mayo de 2016 informaba de “colitis por ipilimumab en resolución prácticamente completa”.

**Juicio clínico:** Colitis grado IV por ipilimumab.

**Diagnóstico diferencial:** Gastroenteritis bacteriana, enfermedad inflamatoria intestinal.

**Comentario final:** Los efectos adversos gastrointestinales tipo diarreas son descritos como habituales en el tratamiento con ipilimumab, recomendándose suspender temporalmente el tratamiento hasta resolución de cuadro leve con corticoterapia y reanudando posteriormente el tratamiento o suspensión definitiva del tratamiento si se constata colitis de grado III/IV (como fue el caso de este paciente). En varios estudios se han llegado a obtener cifras de diarrea en 30-40% de pacientes y colitis grave en hasta un 10-15% de pacientes tratados con ipilimumab. El manejo con corticoides e infliximab es el más recomendado según las últimas guías.

## Bibliografía

1. Postow M, Wolchok J. Toxicities associated with checkpoint inhibitor immunotherapy. Uptodate, 2017. Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/toxicities-associated-with-checkpoint-inhibitor-immunotherapy?source=search\\_result&search=ipilimumab%20diarrea&selectedTitle=1~150](https://www.uptodate.com/contents/toxicities-associated-with-checkpoint-inhibitor-immunotherapy?source=search_result&search=ipilimumab%20diarrea&selectedTitle=1~150)

**Palabras clave:** Colitis farmacológica. Ipilimumab.