



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3508 - COLITIS FARMACOLÓGICA POR QUIMIOTERAPIA

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

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Este. Navarra. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Valtierra. Tudela. Navarra. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascante. Tudela. Navarra. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Tudela Este. Navarra. ^eMédico 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

Palabras clave: Colitis farmacológica. Ipilimumab.