

experienced a similar pattern and the number of appendectomy, abscess, or cholecystectomy decreased between 38% and 41%. It's possible that antibiotics were used more frequently in the Covid period. Another consequence of this may be an increase in gastrointestinal perforations (Table 2).

Similarly, people suffering from impaction of foreign bodies could also have waited a longer time to ask for medical attention or could have tried different attempts to solve the impaction, such as drinking carbonated beverages. Spending more time at home and having more time to eat could be another reason to explain the reduction of impactions. Probably related to the former reasons the percentage decrease of UGE due to impaction of foreign bodies was higher than the observed for GI bleeding.

On the other hand, decreased demand from hospitalization rooms may be another explanation for the reduction in the number of UGE performed. In fact, during the COVID-19 period, non-urgent surgical activity was lower, therefore the number of post-surgical complications decreased (Table 2).

There is no obvious explanation for the decrease in the treatment of colonic obstruction or volvulus, but it could be related to the probable increase of acute abdomen and peritonitis.

According to our experience, the decrease in UGE was lower on weekdays than on weekends. Perhaps the endoscopy was delayed until the next morning trying to avoid coronavirus infections.

In summary, during the Covid period, an important decrease in the emergency endoscopy and surgery was observed.

Contributions

IG and LB developed the study concept and design and drafted the manuscript. LB, PA, IG, ST, MM, JMN acquired the clinical data, designed and analyzed the database and

interpreted the data. LB and IG carried out the statistical analysis of data and contributed to the interpretation of data. All had the opportunity to revise the manuscript.

Acknowledgements

We thank Arantza Zubizarreta, Javier Basterrechea and Nieves Gonzalez-García for his kind collaboration in this study.

References

1. Duran A, Ocak T, Oztürk H. Emergency upper gastrointestinal endoscopy at the Emergency Department of İzzet Baysal Hospital: analysis of 263 patients. *Med Glas (Zenica)*. 2013;10:144–7.
2. Anderson KL, Dean AJ. Foreign bodies in the gastrointestinal tract and anorectal emergencies. *Emerg Med Clin North Am*. 2011;29:369–400.

Luis Bujanda^{a,*}, Paula Arratibel^{a,b}, Ines Gil^{a,b}, Silvia Torrente^{a,b}, Maider Martos^{a,b}, Jose M. Enriquez-Navascues^b

^a Department of Gastroenterology, Hospital University Donostia, Instituto Biodonostia, Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Universidad del País Vasco (UPV/EHU), San Sebastián, Spain

^b Department of Surgery, Hospital University Donostia, Instituto Biodonostia, Spain

* Corresponding author.

E-mail address: medik@telefonica.net (L. Bujanda).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.07.002>
0210-5705/ © 2020 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U.

El ustekinumab en la profilaxis de la recurrencia posquirúrgica: Nuestra experiencia clínica



Ustekinumab for prevention of postoperative recurrence: Our clinical experience

En la enfermedad de Crohn (EC), la recurrencia posquirúrgica (RPQ) es un acontecimiento frecuente. En ausencia de tratamiento, el 65-90% de los pacientes intervenidos presentan recurrencia endoscópica el primer año poscirugía, y el 80-100% a los tres años¹.

Según las indicaciones actuales de la ECCO, se recomienda el tratamiento profiláctico de RPQ tras una intervención en pacientes con al menos un factor de riesgo. Los fármacos de elección son las tiopurinas, o los antiTNF, siendo los salicilatos y los antibióticos alternativas terapéuticas útiles en casos aislados^{2,3}.

No existe evidencia ni descripción en la literatura del uso de ustekinumab (USTK), como tratamiento preventivo

de la RPQ. A continuación, presentamos nuestra experiencia clínica sobre el uso de USTK, para profilaxis de la RPQ en la EC.

Material y métodos

Describimos una serie de tres pacientes tratados con ustekinumab como profilaxis de la RPQ, todos ellos con EC de larga evolución con patrón estenosante y /o fistulizante, necesidad de una o varias resecciones quirúrgicas y tratamiento previo con dos antiTNF e inmunosupresores como características comunes.

Se ha valorado la RPQ mediante: endoscopia, entero-RM y biomarcadores (calprotectina fecal, proteína c reactiva, VSG y leucocitos).

Caso 1

Paciente de 50 años, fumadora, con EC A2L1B2 de 12 años de evolución. Precisó la primera resección quirúrgica a los

dos años del diagnóstico. Seis años después de la cirugía presenta RPQ endoscópica y clínica recibiendo tratamiento con azatioprina, infliximab, y posteriormente con adalimumab, pero con pérdida de respuesta posterior. A los ocho años del diagnóstico presenta estenosis fibrótica larga sintomática y se realiza una nueva resección quirúrgica, tras la cual se decide tratamiento profiláctico con ustekinumab 260 mg iv de inducción con 90 mg sc cada ocho semanas como dosis de mantenimiento.

Caso 2

Paciente con 60 años y enfermedad de Crohn f A2B3L1, con dos resecciones ileales. Recibe tratamiento con metotrexate, azatioprina e infliximab anterior a la primera resección, y adalimumab intensificado previo a la segunda. Dada la historia previa del paciente, se decide iniciar tratamiento con USTK como prevención de RPQ con dosis de inducción de 260 mg iv y 290 mg sc de mantenimiento.

Caso 3

Paciente de 64 años con enfermedad de Crohn A2B3L1, intervenido en tres ocasiones por enfermedad fistulizante y colecciones intraabdominales, habiendo recibido tratamiento previo con azatioprina, infliximab y adalimumab. Tras la última resección, se decide iniciar tratamiento profiláctico con ustekinumab 260 mg iv y 90 mg sc cada ocho semanas, con buena respuesta hasta el momento actual.

Resultados

En nuestra serie, el 100% de los pacientes (3/3) presenta buena respuesta clínica, analítica y endoscópica en el primer año de tratamiento con ustekinumab como profilaxis de la RPQ. No se han registrado efectos adversos relacionados con dicho tratamiento ni retiradas por mala tolerancia.

Discusión

En el 2016, la EMA aprueba el uso de ustekinumab en la EC. Se trata de un anticuerpo monoclonal que inhibe la actividad de las citocinas humanas IL-12 e IL-23, frenando la cascada inflamatoria responsable de la enfermedad.

Hasta el momento actual no hay ensayos clínicos ni series de casos que evalúen el uso de ustekinumab en los pacientes

sometidos a resecciones quirúrgicas como tratamiento preventivo de la RPQ, pero parece razonable el uso de nuevas dianas terapéuticas en pacientes con factores de riesgo en los que la experiencia clínica ha demostrado el fracaso de los antiTNF y las tiopurinas. En nuestra serie de casos, los pacientes reciben tratamiento con ustekinumab como profilaxis de la RPQ, presentando todos ellos parámetros bioquímicos normales y remisión clínica y endoscópica al año de tratamiento.

Si bien se carece de evidencia científica sólida para promover su uso de forma generalizada, es una opción terapéutica prometedora, sobre todo en los pacientes con EC y alto riesgo de RPQ.

Financiación

Los autores declaran no tener fuente de financiación

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Rutgeerts P, Geboes K, Vantrappen G, Beyls J, Kerremans R, Hiele M. Predictability of the postoperative course of Crohn's disease. *Gastroenterology*. 1990;99:956–63. DOI: S0016508590003596.
2. Van Assche G, Dignass A, Reinisch W, Van der Woude CJ, Sturm A, De Vos M, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Special situations. *J Crohns Colitis*. 2010;4:63–101, <http://dx.doi.org/10.1016/j.crohns.2009.09.009>.
3. Domènech E, López-Sanromán. Recommendations of the Spanish Working Group on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU) on the monitoring, prevention and treatment of post-operative recurrence in Crohn's disease. *Gastroenterol Hepatol*. 2017;40:472–83, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2017.05.005>. Epub 2017 Jun 9.

Samia Hallouch Toutouh*, Marta Lázaro Sáez
y Álvaro Hernández Martínez

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: samia_hlch@hotmail.com
(S. Hallouch Toutouh).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.06.021>
0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.