



CARTAS CIENTÍFICAS

Impacto de la pandemia covid-19 en la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: experiencia de un centro terciario en Chile



Impact of the COVID-19 pandemic on treatment adherence in patients with inflammatory bowel disease: Experience of a tertiary hospital in Chile

La actual pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha limitado el acceso a la atención médica, a los fármacos y a los procedimientos endoscópicos, lo que podría afectar la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), con el subsecuente riesgo de recaída, deterioro de la calidad de vida, mayor costo económico en la atención de salud y un mayor riesgo de discapacidad y complicaciones¹. Por otra parte, esta pandemia ha planteado interrogantes sobre el uso de inmunomoduladores, terapia biológica y moléculas pequeñas, tanto en pacientes como en el equipo tratante. Aunque distintas sociedades han recomendado mantener estas terapias durante la pandemia^{2,3}, poco se sabe sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con EII.

Para responder esta pregunta, realizamos un estudio descriptivo, transversal entre el 24 de agosto y el 10 de septiembre de 2020 en pacientes en seguimiento en el Programa de EII de Clínica Las Condes (n = 1.432). Se les envió una encuesta por *e-mail* (REDCap®) para conocer el tratamiento para la EII y su adherencia, causas de suspensión o modificación de tratamiento y el temor a contraer COVID-19. Los datos demográficos y clínicos se obtuvieron del registro de EII y el análisis estadístico fue realizado usando frecuencia, medianas y test de Mann-Whitney ($p < 0,05$). Un total de 458 (32%) pacientes respondieron la encuesta durante el período de estudio; 66% mujeres, 65% colitis ulcerosa (tabla 1). Los fármacos más utilizados al inicio de la pandemia fueron salicilatos orales y/o tópicos (30%) e inmunomodulador y/o biológicos (27%). Un 9% de los pacientes suspendió el tratamiento, principalmente por decisión del propio paciente (70%), y un 22% modificó el tratamiento (62% por indicación médica en contexto de manejo de la EII, ya sea por brote o modificación del tratamiento al alcanzar remisión clínica). En el análisis univariado, los pacientes en tratamiento con inmunomodulador/terapia biológica abandonaron con menor frecuencia el tratamiento ($p = 0,018$). La adherencia al tratamiento no se relacionó a otras variables tales

como edad, género, tipo de EII, comorbilidades y situación laboral. Los pacientes refirieron un 70% de temor a contraer COVID-19 por tener EII. Las mujeres reportaron significativamente mayor temor a desarrollar la infección (mujeres 73 [IQR 50-90] vs. varones 57 [IQR 30-78,7]; $p = 0,0008$). Por otra parte, aunque los pacientes con otras comorbilidades reportaron significativamente mayor temor a desarrollar COVID-19 (comorbilidad 72,5 [IQR 50-90] vs. sin comorbilidad 69 [IQR 40,5-80]), esto no fue reflejado en una mayor suspensión de la terapia. El tratamiento con inmunomodulador/terapia biológica no estuvo relacionado con un mayor temor a desarrollar COVID-19.

El impacto negativo de la pandemia COVID-19 sobre el estrés y la ansiedad puede afectar los resultados clínicos de los pacientes con condiciones crónicas, como es el caso de la EII, donde su desarrollo y evolución están ligados a estos factores. A igual que otros estudios⁴, un porcentaje importante de los pacientes temían desarrollar COVID-19. A pesar de ello y en concordancia con otros estudios^{4,5}, nuestros resultados muestran que un alto porcentaje de pacientes ha mantenido una adherencia a su tratamiento durante este período de pandemia, el cual podría ser atribuido en parte al acceso fluido que los pacientes tenían con su equipo tratante (enfermera especializada en EII o gastroenterólogo tratante) ya sea a través de *e-mail*, vía telefónica o telemedicina. Esto ha permitido entregar recomendaciones no solo sobre la prevención de infección por SARS-CoV-2, sino también sobre la necesidad de mantener el tratamiento, disminuyendo de esta manera la posibilidad de brotes, uso de corticoides u hospitalizaciones^{2,3}.

Son estos mecanismos de comunicación equipo tratante-paciente los que podrían explicar por qué en nuestros resultados, los pacientes en tratamiento con inmunomodulador/terapia biológica, considerados un grupo más grave, presentaron una mayor adherencia a la terapia que los tratados con mesalazina. Además, factores como edad avanzada y la presencia de comorbilidades, como diabetes, hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares, han sido asociadas con una evolución desfavorable en pacientes con EII y COVID-19. Aunque nuestros resultados muestran que los pacientes que tenían una comorbilidad reportaron significativamente mayor temor a desarrollar COVID-19, esto no fue reflejado en una menor adherencia al tratamiento, confirmando que la comunicación equipo tratante-paciente son fundamentales durante este período de pandemia.

En este estudio no se incluyó dentro de las variables si el paciente presentó un brote de su EII durante la pandemia, lo cual es una limitación al no poder buscar asociación con la falta de adherencia al tratamiento.

Tabla 1 Características demográficas y clínicas de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en relación con la suspensión de tratamiento durante la pandemia COVID-19

	Total n = 458 (%)	Suspendió tratamiento n = 39 (%)	No suspendió tratamiento n = 419 (%)	Valor de p
<i>Edad (mediana;rango)</i>	38 (18-90)			
< 60 años	426	37 (95)	389 (93)	0,634
≥ 60 años	32	2 (5)	30 (7)	
<i>Sexo</i>				
Femenino	302 (66)	29 (74)	273 (65)	0,246
Masculino	156 (34)	10 (26)	146 (35)	
<i>Situación laboral</i>				
Sin actividad laboral	168 (37)	14 (36)	156 (37)	0,692
Trabajando en forma presencial	78 (17)	5 (13)	73 (17)	
Teletrabajo	210 (46)	20 (51)	190 (45)	
<i>Diagnóstico</i>				
Colitis ulcerosa	298 (65)	27 (69)	271 (65)	0,736
Enfermedad de Crohn	138 (30)	11 (28)	127 (30)	
EII no clasificable	22 (5)	1 (3)	21 (5)	
<i>Hábito tabáquico</i>	56 (12)	5 (13)	51 (12)	0,905
<i>Tratamiento al inicio de la pandemia</i>				—
5-ASA oral	224 (49)	21 (54)	203 (48)	
5-ASA local	114 (25)	13 (33)	101 (24)	
Terapia biológica	113 (25)	4 (10)	109 (26)	
Azatioprina/mercaptopurina	107 (23)	6 (15)	101 (24)	
Metotrexato	11 (2)	1 (3)	10 (2)	
Prednisona	20 (4)	2 (5)	18 (4)	
Budesonida	15 (3)	3 (8)	12 (3)	
Sin tratamiento	47 (10)	0 (0)	47 (11)	
<i>Tratamiento inmunosupresor</i>				
Con inmunomodulador/TB	199 (43)	10 (26)	189 (45)	0,018
Sin inmunomodulador/TB	249 (57)	29 (74)	230 (55)	
<i>Causa suspensión de tratamiento</i>	—		—	—
Decisión del paciente		27 (70)		
Indicación médica		4 (10)		
Falta de stock		4 (10)		
Problemas económicos		4 (10)		
<i>Modificación de tratamiento durante pandemia</i>	102 (22)	—	—	—
Decisión del paciente	28 (27)			
Indicación médica	63 (62)			
Falta de stock	8 (8)			
Problemas económicos	3 (3)			
<i>Temor a contraer COVID-19 por padecer enfermedad inflamatoria intestinal (mediana;RIC)</i>	70 (43-84)	75 (50-90,5)	70 (47,25-84)	0,190
(escala de 0 a 100, donde 0 es «nada de temor» y 100 es «muchísimo temor»)				

EII: enfermedad inflamatoria intestinal; RIC: rango intercuartílico; TB: terapia biológica; 5-ASA: 5-aminosalicilatos.

En conclusión, los resultados de esta encuesta permiten estimar de manera adecuada el impacto global de COVID-19 sobre la adherencia al tratamiento de los pacientes con EII. Sin duda, la educación sobre la relación entre EII, fármacos y COVID-19 es clave para disipar el temor y mantener una adecuada adherencia al tratamiento. Deben establecerse estrategias educativas claras para disminuir la posibilidad de morbimortalidad innecesarias por falta de adherencia al tratamiento.

Bibliografía

- Perry J, Chen A, Kariyawasam V, Collins G, Choong C, The WL, et al. Medication nonadherence in inflammatory bowel diseases is associated with disability. *Intes Res.* 2018;16:571–8, <http://dx.doi.org/10.5217/ir.2018.00033>.
- Rubin DT, Feuerstein JD, Wang AY, Cohen RD. AGA clinical practice update on management of inflammatory bowel disease during COVID-19 pandemic: Expert commentary. *Gas-*

- troenterology. 2020;159:350–7, <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2020.04.012>.
3. Hanzel J, Ma C, Marshall JK, Feagan BF, Jairath V. Managing inflammatory bowel disease during COVID-19: Summary of recommendations from gastrointestinal Societies. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020;18:2143–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2020.04.033>.
 4. D'Amico F, Rahier JF, Leone S, Peyrin-Biroulet L, Danese S. Views of patients with inflammatory bowel disease on the COVID-19 pandemic: A global survey. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020;5:631–2, [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30151](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30151).
 5. Chen J, Peng X, Zhang M, Zhi M. Impact of medication discontinuation on patients with inflammatory bowel disease during the COVID-19 outbreak. *Gastroenterology*. 2020;S0016–5085, <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2020.05.087>.

Rodrigo Quera^{a,*}, Daniela Simian^{a,b}, Lilian Flores^a, Patricio Ibáñez^a y Carolina Figueroa^a

^a Programa Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Clínica Las Condes, Santiago, Chile

^b Subdirección de Investigación, Dirección Académica, Clínica Las Condes, Santiago, Chile

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rquera@clc.cl (R. Quera).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.10.014>
0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Causa rara de abdomen agudo: metástasis intestinales de cáncer de pulmón



Rare cause of acute abdomen: Small bowel metastasis from lung cancer

Las metástasis intestinales de cáncer de pulmón (MICP) son infrecuentes¹. Su diagnóstico es difícil, al ser la mayoría asintomáticas, aunque en ocasiones pueden causar síntomas relacionados con complicaciones. Ante la presencia de síntomas abdominales en pacientes con cáncer de pulmón, deberemos sospechar una MICP^{2,3}.

Describimos 2 casos de pacientes con abdomen agudo secundario a MICP.

Caso 1

Varón de 58 años, fumador, que ingresa en Urgencias por una crisis convulsiva. En la tomografía computarizada (TC) cerebral se objetivaron masas supratentoriales bilaterales, compatibles con metástasis cerebrales. La TC toracoabdominopélvica demostró un nódulo pulmonar en lóbulo superior izquierdo que infiltraba la pleura, con adenopatías mediastínicas e intraabdominales. Al 7.º día, por dolor abdominal, se realizó TC, en la que se evidenció neumoperitoneo, distensión de asas de intestino delgado y líquido libre (fig. 1A). Se practicó intervención quirúrgica urgente, en la que se observó una tumoración yeyunal perforada y peritonitis generalizada. Se realizó resección segmentaria y anastomosis. Posteriormente, la histología de la punción torácica guiada por TC demostró un adenocarcinoma de pulmón. El paciente fue dado de alta a los 8 días sin complicaciones (Clavien 0, CCI: 0). El estudio histológico de intestino delgado mostró un adenocarcinoma pobremente diferenciado compatible con origen pulmonar (fig. 1B y C). Por progresión tumoral, el paciente falleció a los 2 meses de la cirugía (Clavien V, CCI: 100).

Caso 2

Se trata de una mujer de 46 años, en tratamiento inmunoterápico con nivolumab por un carcinoma indiferenciado

de origen desconocido, en estadio IV, estable durante un año. Ingresó por malestar general y vómitos. La TC abdominal objetivó obstrucción intestinal secundaria a invaginación yeyunal (fig. 1 E-G). La intervención quirúrgica confirmó la invaginación, con lesión palpable e indurada en su interior, sin otros hallazgos; se hizo resección segmentaria y anastomosis. El resultado histológico fue de infiltración por adenocarcinoma pulmonar (fig. 1H e I). La paciente presentó trombosis venosa profunda e insuficiencia respiratoria aguda secundaria a derrame pleural (Clavien IIIb, CCI: 33,5). Al mes, precisó reingreso por derrame pleural, por lo que se decidió manejo paliativo, con fallecimiento (Clavien V, CCI: 100).

Aproximadamente el 50% de los pacientes con cáncer de pulmón tienen metástasis al diagnóstico² y la incidencia de recidiva locorregional o a distancia tras el tratamiento es del 50% a los 2 años⁴. El cáncer de pulmón puede diseminarse por vía linfática o hematogena; son el hígado, cerebro, glándula suprarrenal y hueso las localizaciones más frecuentes²⁻⁵, si bien los patrones de diseminación varían según el tipo histológico⁵.

La afectación metastásica en otras localizaciones es rara (menos del 5%), siendo más frecuente en varones y suele presentarse con lesiones múltiples^{2,3}. Su aparición suele ocurrir en el contexto de un paciente terminal con enfermedad diseminada en varias localizaciones²⁻⁴. Dentro de estas lesiones, las gastrointestinales tienen una incidencia del 0,3-1,7%¹, y se localizan, por orden de frecuencia, en esófago, intestino delgado, estómago y colon^{1,3}. En el caso del intestino delgado, afectan predominantemente a yeyunoíleon, como en nuestros pacientes, y, en menor medida, al duodeno^{1,3}.

Las manifestaciones clínicas de las MICP suelen ser escasas o confundidas con efectos gastrointestinales de la quimioterapia. De hecho, en estudios *post mortem*, su incidencia aumenta al 4,6-14%¹. En raras ocasiones la primera manifestación clínica del cáncer de pulmón se debe a la afectación metastásica gastrointestinal^{1,2}. Se han descrito casos de metástasis intestinales sintomáticas por complicaciones como hemorragia digestiva alta, perforación u obstrucción^{1,3}. Por ello, en pacientes con abdomen agudo y cáncer pulmonar, debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales^{1,3}.