

## CARTAS CIENTÍFICAS

### Duración de la remisión sostenida tras el tratamiento de inducción con nutrición enteral exclusiva y azatioprina en pacientes con enfermedad de Crohn<sup>☆</sup>



### Duration of sustained remission after treatment by induction with exclusive enteral nutrition and azathioprine in patients with Crohn's disease

Sr. Editor:

Numerosos estudios han demostrado la eficacia de la nutrición enteral exclusiva (NEE) en la inducción de la remisión en la enfermedad de Crohn pediátrica (EC-P)<sup>1-4</sup>. Las guías ECCO-ESPGHAN recomiendan su uso junto con el inicio precoz de tratamiento inmunosupresor en las formas leve-moderadas<sup>5</sup>. Sin embargo, no se dispone de datos que demuestren la eficacia a largo plazo de dicha estrategia para evitar o posponer el uso de tratamiento biológico.

Con el fin de conocer el porcentaje de nuestros pacientes con EC-P que precisan iniciar tratamiento con terapia anti-TNF tras haber conseguido la remisión clínica con la estrategia anterior, realizamos el siguiente estudio observacional retrospectivo.

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con EC-P diagnosticados en nuestra Unidad entre 2003 y 2017 que alcanzaron la remisión clínica al debut de su enfermedad con terapia combinada con NEE y tiopurinas (azatioprina, mercaptopurina). Se analizaron datos demográficos, clínicos y de evolución de estos pacientes hasta febrero de 2019 o hasta la transición a la Unidad de adultos.

Se incluyen 91 pacientes (fig. 1) (68,1% varones, edad media al debut de la enfermedad de 12,29 años, mediana de 13 años, rango: ocho meses a 17 años). El tiempo de

seguimiento medio de estos pacientes en nuestra Unidad fue de 60,45 meses (rango: ocho a 165 meses). Durante este tiempo, 66 de los 91 pacientes (72,53%) presentaron recaída de la enfermedad. Como estrategia terapéutica ante la recaída, en 17 pacientes (25,76%) se realizó un segundo ciclo de NEE, siendo efectivo en siete de ellos (41,18%). El tiempo medio transcurrido desde el diagnóstico hasta el segundo ciclo de NEE fue de 13,76 meses (máximo 110 meses). A lo largo del período de seguimiento, un 65,6% de nuestros pacientes precisó escalada terapéutica a tratamiento anti-TNF por fracaso de mantenimiento con tiopurinas, con un tiempo medio transcurrido desde el debut hasta el inicio de dicho tratamiento de 15,29 meses (mediana de nueve meses). El 72,9% de los que precisaron biológico iniciaron tratamiento con adalimumab (ADA). Tras un período en tratamiento combinado (anti-TNF y tiopurinas), el 42,2% de pacientes suspendió el tratamiento inmunosupresor, tras comprobar la remisión mantenida clínica y endoscópica, pasando a monoterapia con tratamiento biológico.

A pesar de las limitaciones del estudio derivadas principalmente de su carácter retrospectivo, los resultados de nuestro estudio con un tamaño muestral amplio (91 pacientes), ponen de manifiesto que pese a que la NEE constituye un tratamiento efectivo para la inducción de la remisión en la EC-P, no disponemos de una estrategia lo suficientemente exitosa en el mantenimiento posterior que exima a un porcentaje importante de pacientes de precisar tratamiento biológico a medio plazo. Dicha estrategia debería pasar por la definición de unos criterios más estrictos de remisión y una evaluación profunda de la misma, con el fin de establecer el tratamiento de mantenimiento más adecuado.

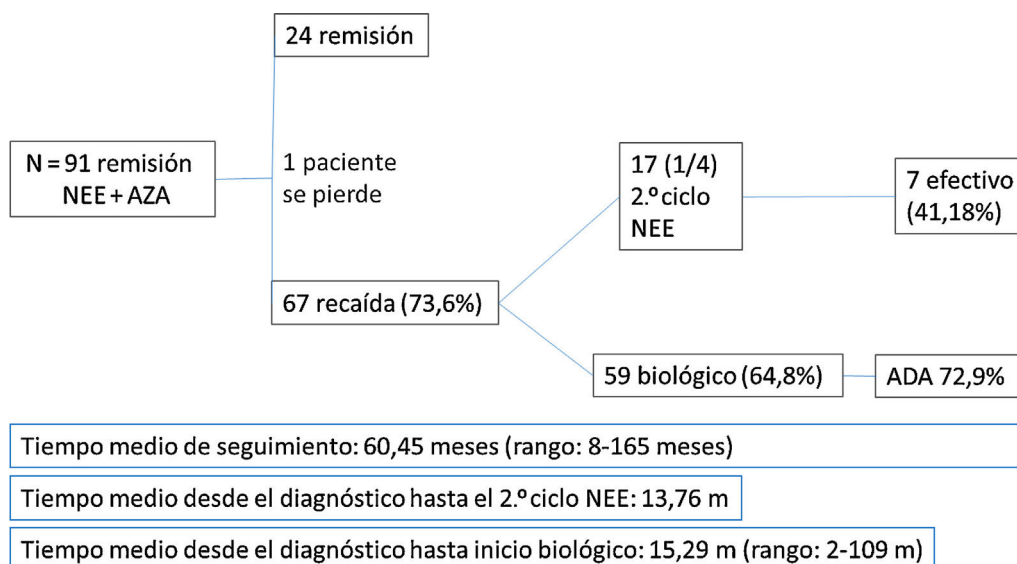
### Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

<sup>☆</sup> Presentación previa en congresos: XXVI Congreso de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, celebrado en Santander los días 16, 17 y 18 de mayo de 2019. Recibió el premio a la mejor Comunicación Oral Breve de Gastroenterología/Nutrición.



Abreviaturas: NEE: nutrición enteral exclusiva; AZA: azatioprina; ADA: adalimumab.

Figura 1 Resultados

## Bibliografía

- Navas-López VM, Blasco-Alonso J, Lacasa S, Girón F, Serrano MJ, Vicioso MI, et al. Exclusive enteral nutrition continues to be first line therapy for pediatric Crohn's disease in the era of biologics. *An Pediatr.* 2015;83:47–54.
- Grover Z, Muir R, Lewindon P. Exclusive enteral nutrition induces early clinical, mucosal and transmural remission in paediatric Crohn's disease. *J Gastroenterol.* 2014;49:638–45.
- Swaminath A, Feathers A, Ananthakrishnan A, Falzon L, Li Ferry S. Systematic Review with Meta-Analysis: Enteral Nutrition Therapy for the Induction of Remission in Pediatric Crohn's Disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2017;46:645–56.
- Miele E, Shamir R, Aloï M, Assa A, Braegger C, Bronsky J; et al. Nutrition in Paediatric Inflammatory Bowel Disease: A Position Paper on Behalf of the Porto IBD Group of ESPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* doi: 10.1097/MPG.0000000000001896.
- Ruemmele F, Veres G, Kolho K, Griffiths A, Levine A, Escher J, et al. Consensus guidelines of ECCO/ESPGHAN on the medical management of pediatric Crohn's disease. *J Crohn's Colitis.* 2014;8:1179–207.

Alicia Isabel Pascual Pérez\*, Gemma Pujol Muncunill, Patricia Domínguez Sánchez, Sara Feo Ortega y Javier Martín de Carpi

*Unidad para el Cuidado Integral de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal Pediátrica (UCIIEI-P), Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [aliciapascual13@gmail.com](mailto:aliciapascual13@gmail.com) (A.I. Pascual Pérez).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.03.017>  
1695-4033/ © 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Disopiramida como tratamiento coadyuvante en miocardiopatía hipertrófica obstructiva

### Disopyramide as coadjuvant treatment in obstructive hypertrophic cardiomyopathy

Sr. Editor:

El rol de la obstrucción al tracto de salida del ventrículo izquierdo (OTSVI) en la miocardiopatía hipertrófica obstructiva (MCHO) debe concretarse aún en pediatría, pero



se considera al menos un factor menor o modificador de riesgo de muerte súbita, siendo su control y el de la sintomatología asociada uno de los objetivos principales del tratamiento de estos pacientes<sup>1</sup>. Se recomienda tratar la OTSVI en todos los pacientes sintomáticos, y aquellos asintomáticos cuyo gradiente de presión pico (GP) del tracto de salida del ventrículo izquierdo es superior a 25 mmHg en reposo, con el objetivo de mantenerlo inferior a 50 mmHg<sup>1</sup>. Entre las medidas terapéuticas se encuentran la miectomía septal quirúrgica y la ablación septal alcohólica percutánea, sin embargo, la experiencia con estas intervenciones en pediatría es limitada, siendo el tratamiento farmacológico el primer escalón terapéutico<sup>2</sup>. El fármaco de elección es un