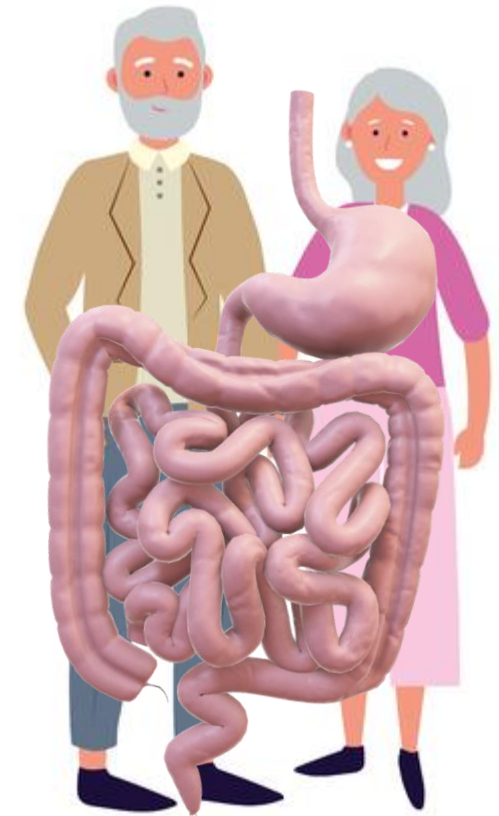


Asociación Colombiana de Gastroenterología Grupo de Estudio de Crohn y Colitis Colombiano

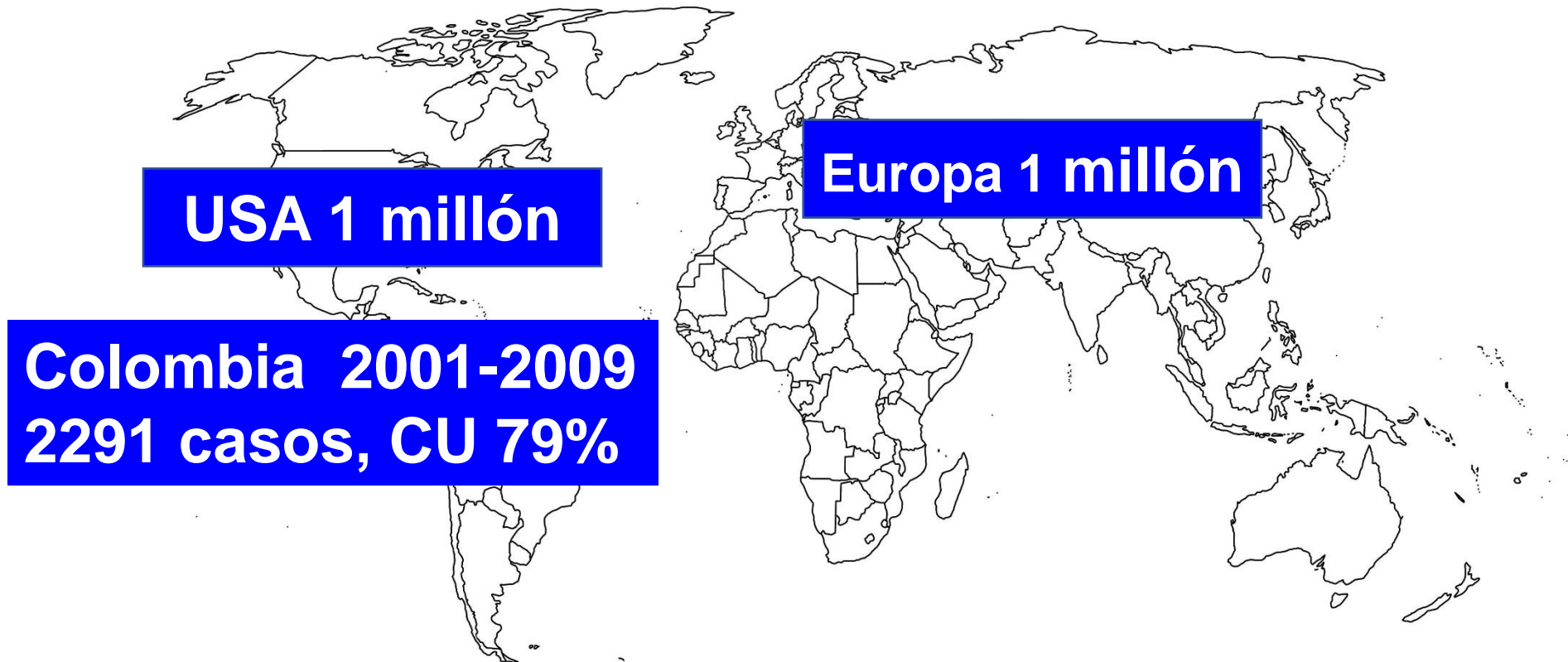
Enfermedad inflamatoria intestinal en el adulto mayor



*William Otero R MD, FAGA, FACP
Profesor Titular de Medicina,
Coordinador de Gastroenterología
Universidad Nacional de Colombia
Hospital Universitario Nacional de Colombia*



Epidemiología

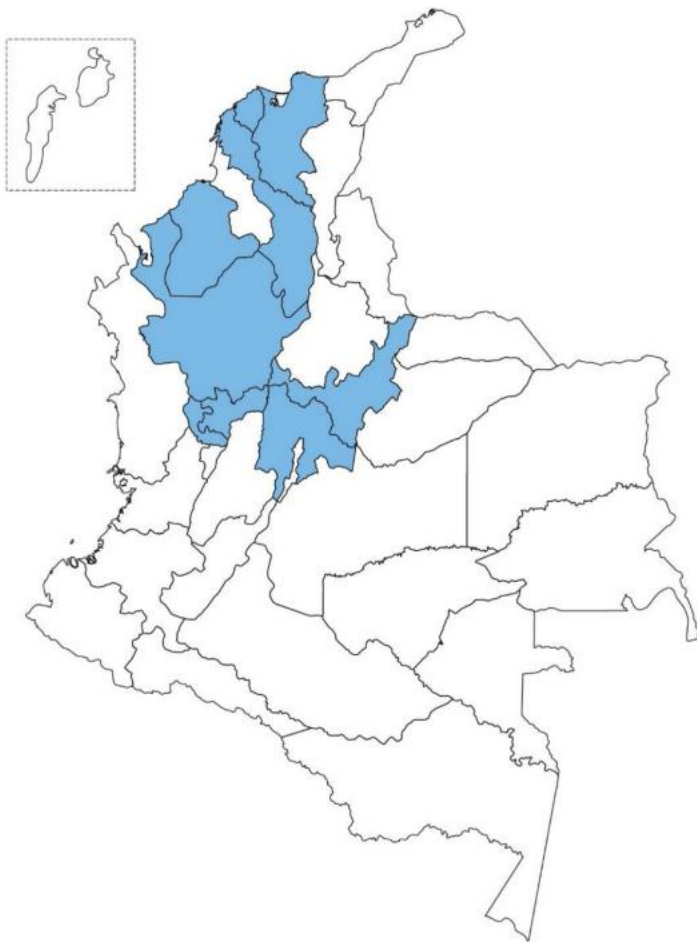


Rubin D, et al. Am J Gastroenterol 2019;114:384–413
Gajendran M, et al. Dis Mon 2019;65:100851
Juliao F, et al. Rev Gastroenterol Mex 2021; 86:153-162

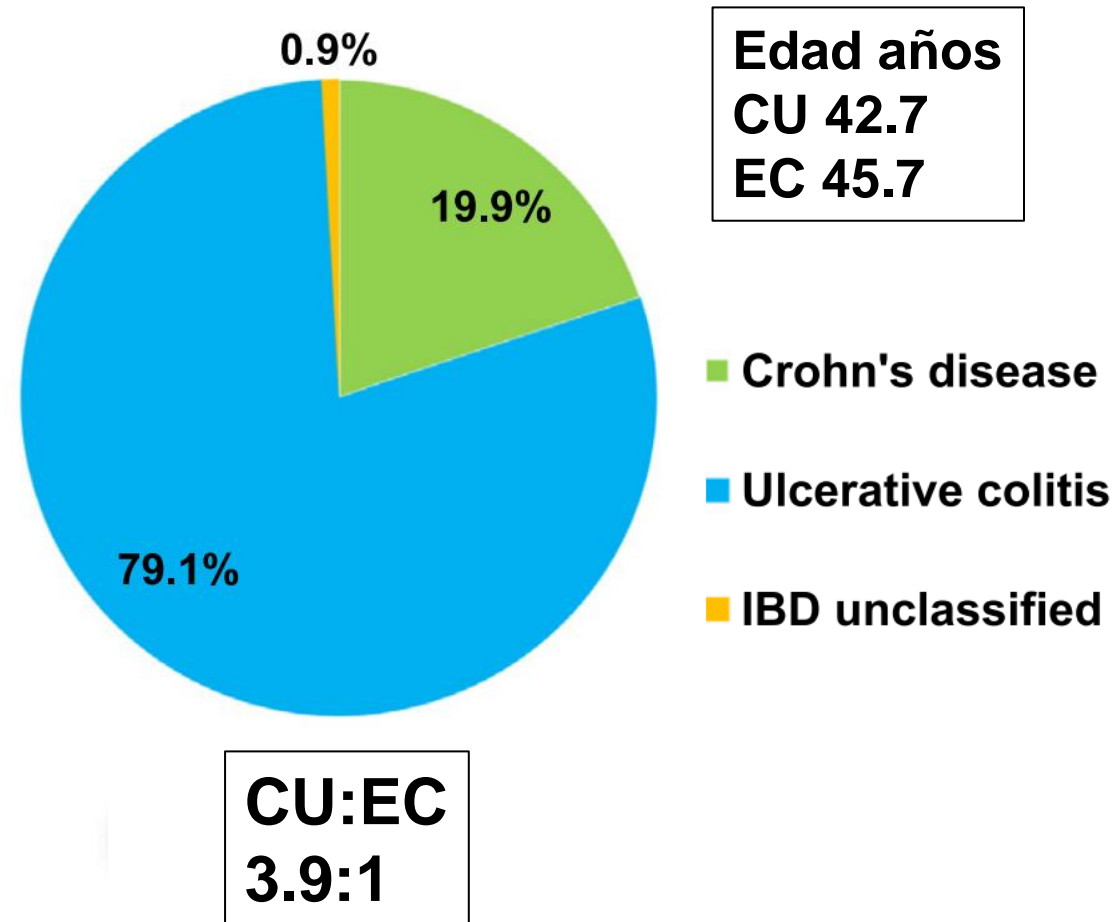
Characterization of inflammatory bowel disease in Colombia: Results of a national register[☆]



F. Juliao-Baños^{a,*}, F. Puentes^b, R. López^c, M.A. Saffon^d, G. Reyes^e,
V. Parra^f, M.T. Galiano^g, M. Barraza^h, J. Molanoⁱ, E. Álvarez^j, R. Corrales^k,
L.E. Vargas^l, F. Gil^e, P. Álvarez^m, L. Limasⁿ, R. Prieto^o, P. Yance^p, F. Díaz^q,
J. Bareño^r, Grupo del Registro Colombiano de Enfermedad Inflamatoria Intestinal



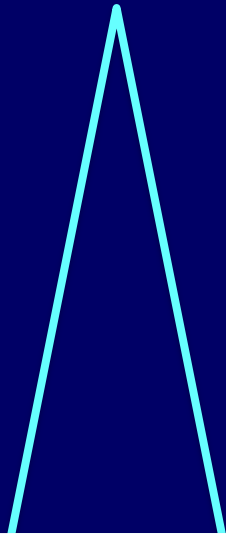
**Pacientes
Evaluados
2.291**



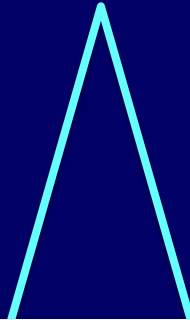
CU, Picos de incidencia

A cualquier edad

30-40 años



60-70 años



Disminuye > 60 años

10-30% \geq 60 años
10% >80 años
El comienzo tardío

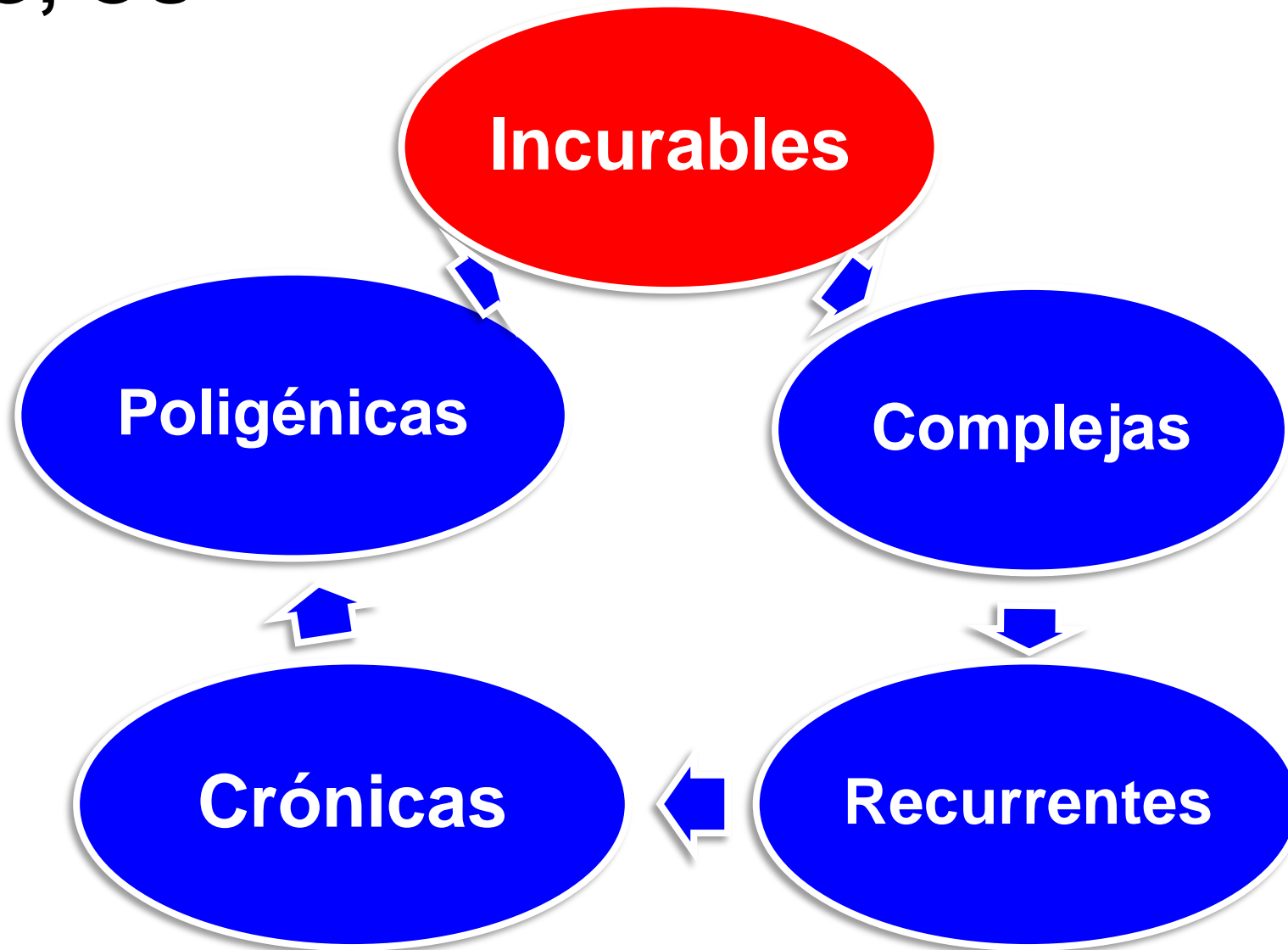
Próximas décadas 30%

Everhov AH Gastroenterology 2108;154:518-28
Butter M, Maturitas 2018;110:71-8

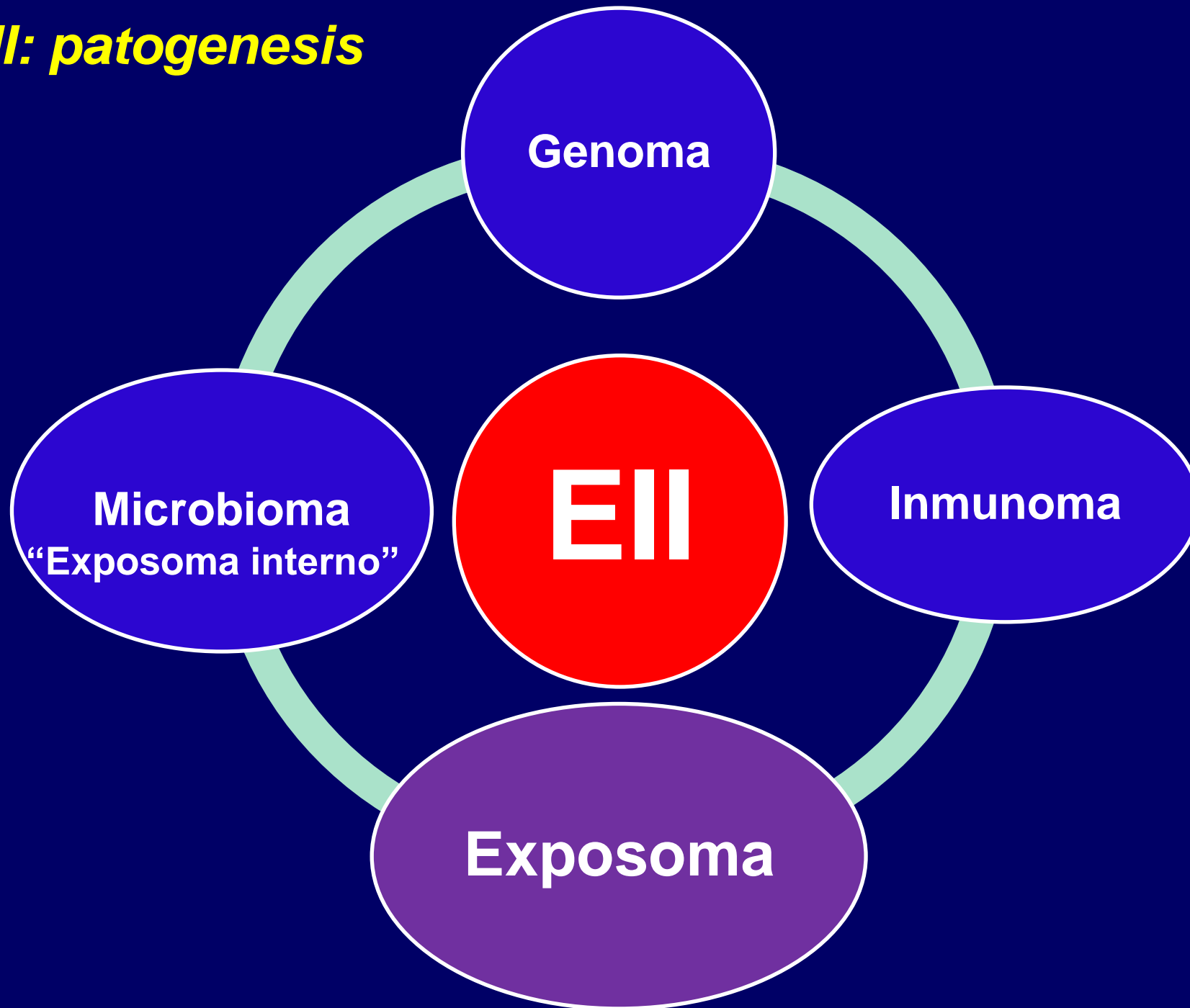
Cosnes J, Gastroenterology 2011;140:1785-94
Gisbert JP, Aliment Pharmacol Ther 2014;39:459-77

Enfermedad inflamatoria intestinal, 2021

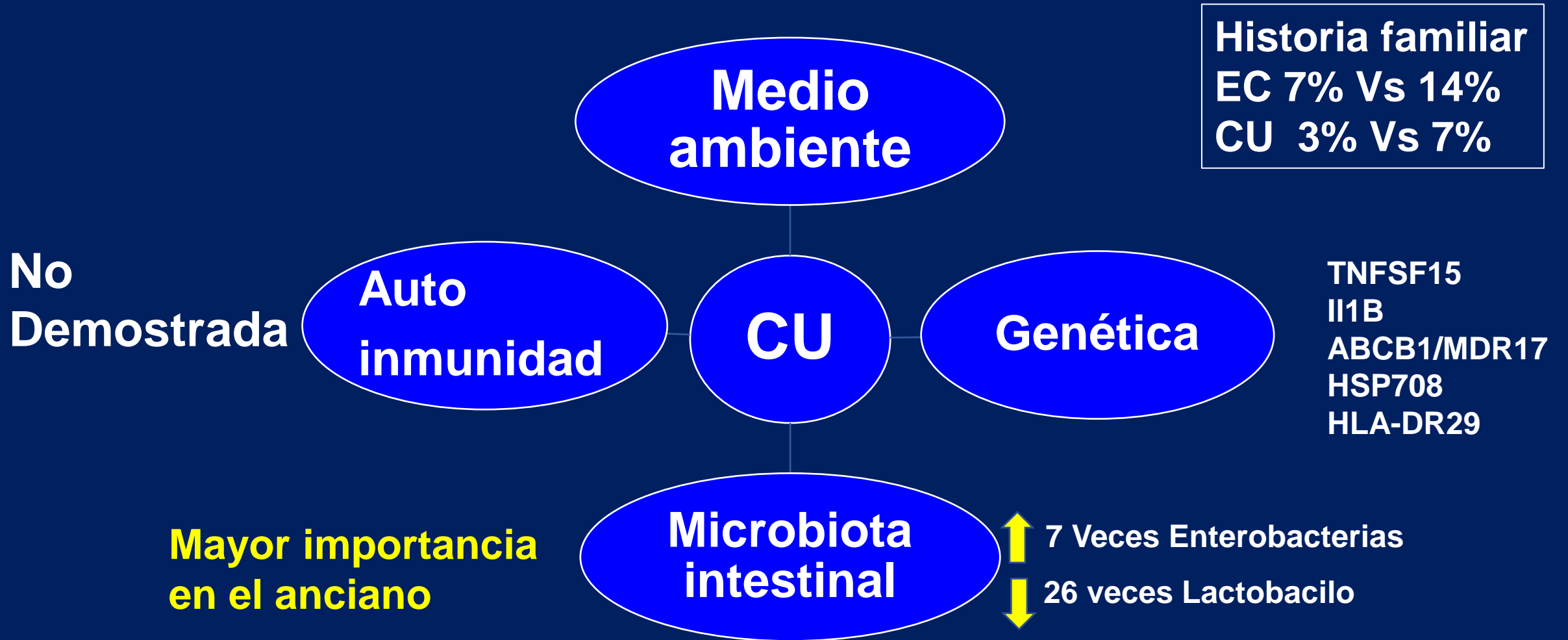
EC, CU



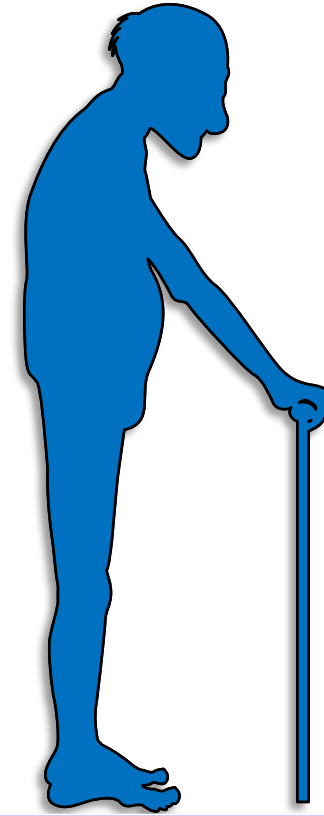
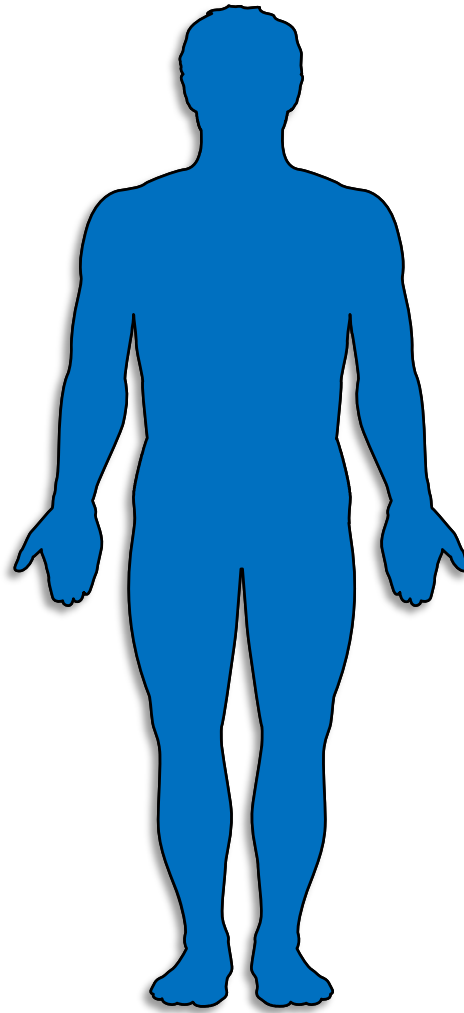
Ell: patogenesis



Fisiopatología EII Anciano



Gajendran M, et al. Dis Mon 2019;65:100851
Taleban S, et al. J Crohn's Colitis 2015;9:507-15
Carpentier C, Gut 2014;63:423-32



Nueva biología
Geriatría

Colombia	60 años
En general	≥65 años
Japón	>75 años

REVIEW

Management of elderly ulcerative colitis in Japan

Masaaki Higashiyama¹ · Akira Sugita² · Kazutaka Koganei² · Kenji Wanatabe³ · Yoko Yokoyama³ · Motoi Uchino⁴ · Masakazu Nagahori⁵ · Makoto Naganuma⁶ · Shigeaki Bamba⁷ · Shingo Kato⁸ · Ken Takeuchi⁹ · Teppei Omori¹⁰ · Tomohisa Takagi¹¹ · Satohiro Matsumoto¹² · Mitsuo Nagasaka¹³ · Shintaro Sagami¹⁴ · Kazuya Kitamura¹⁵ · Takehiko Katsurada¹⁶ · Ken Sugimoto¹⁷ · Noritaka Takatsu¹⁸ · Masayuki Saruta¹⁹ · Toshiyuki Sakurai¹⁹ · Kazuhiro Watanabe²⁰ · Shiro Nakamura³ · Yasuo Suzuki²¹ · Ryota Hokari¹

Ther Adv Gastroenterol
2021, Vol. 14: 1–15
DOI: 10.1177/
17562848211023399
© The Author(s), 2021.
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-
permissions

The elderly IBD patient in the modern era: changing paradigms in risk stratification and therapeutic management

Simon J. Hong¹ and Seymour Katz

Inflammatory Bowel Disease in the Older Adult

Shirley Cohen-Mekelburg, MD, MS^{a,b,c,*}, Akbar K. Waljee, MD, MSc^{a,b,c,d}

Gastroenterology 2021;160:445–451

AGA Clinical Practice Update on Management of Inflammatory Bowel Disease in Elderly Patients: Expert Review

Ashwin N. Ananthakrishnan,¹ Geoffrey C. Nguyen,² and Charles N. Bernstein³



Digestion

Review

Digestion
DOI: 10.1159/000503099

Received: April 16, 2019
Accepted: September 2, 2019
Published online: January 14, 2020

Management of the Elderly Inflammatory Bowel Disease Patient

Petr Hruz^a · Pascal Juillerat^b · Gerd-Achim Kullak-Ublick^c · Alain M. Schoepfer^d · Gerassimos J. Mantzaris^e · Gerhard Rogler^f on behalf of the Swiss IBDnet, an official working group of the Swiss Society of Gastroenterology

Current Gastroenterology Reports (2019) 21:60
https://doi.org/10.1007/s11894-019-0720-7

GASTROENTEROLOGY IN GERIATRIC PATIENTS (S CHOKHAVATIA, SECTION EDITOR)

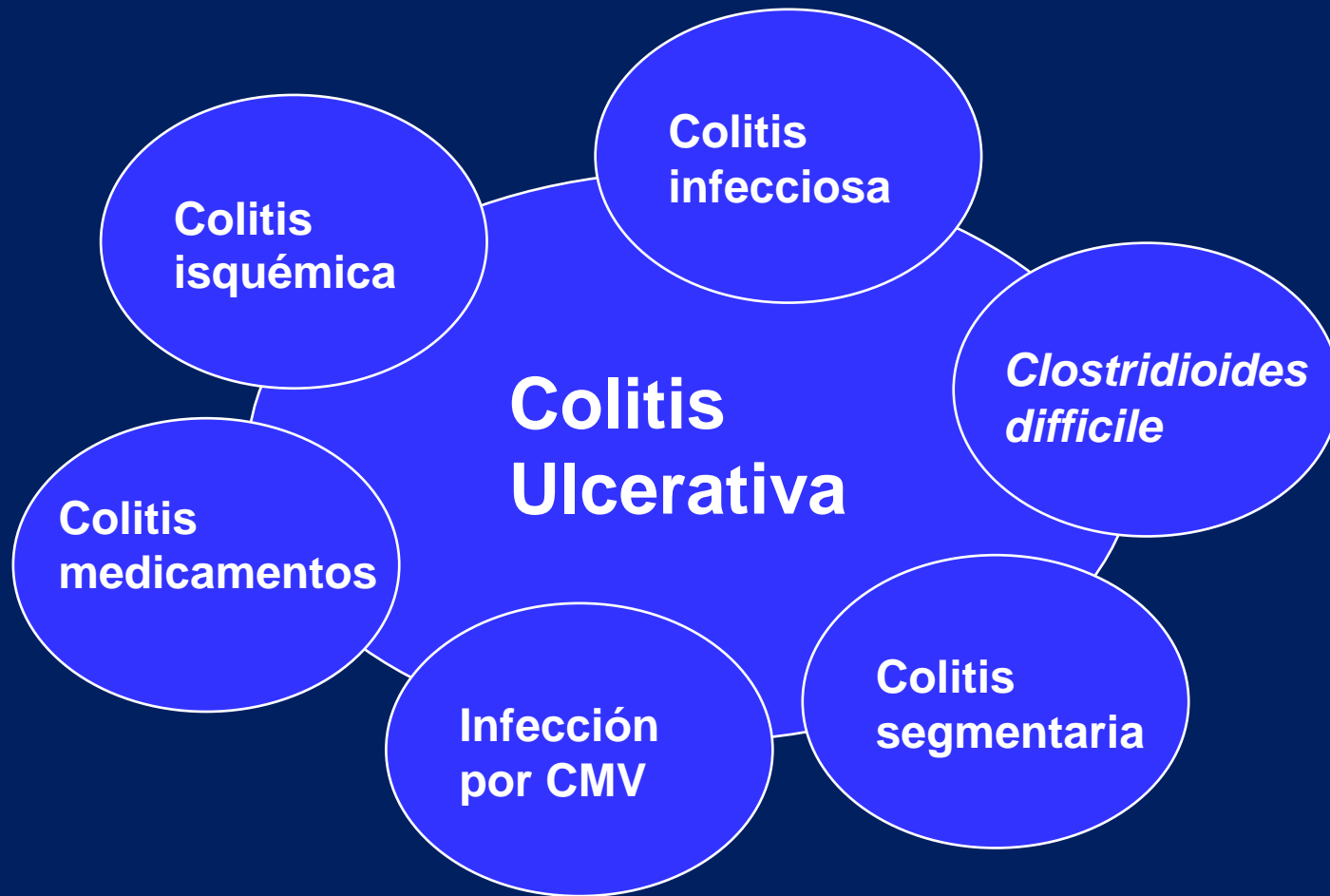
IBD in the Elderly: Management Challenges and Therapeutic Considerations

Vivy Tran¹ · Berkeley N. Limketkai^{1,2,3} · Jenny S. Sauk^{1,2,3}

Adulto mayor

**Diagnóstico de
Colitis ulcerativa**

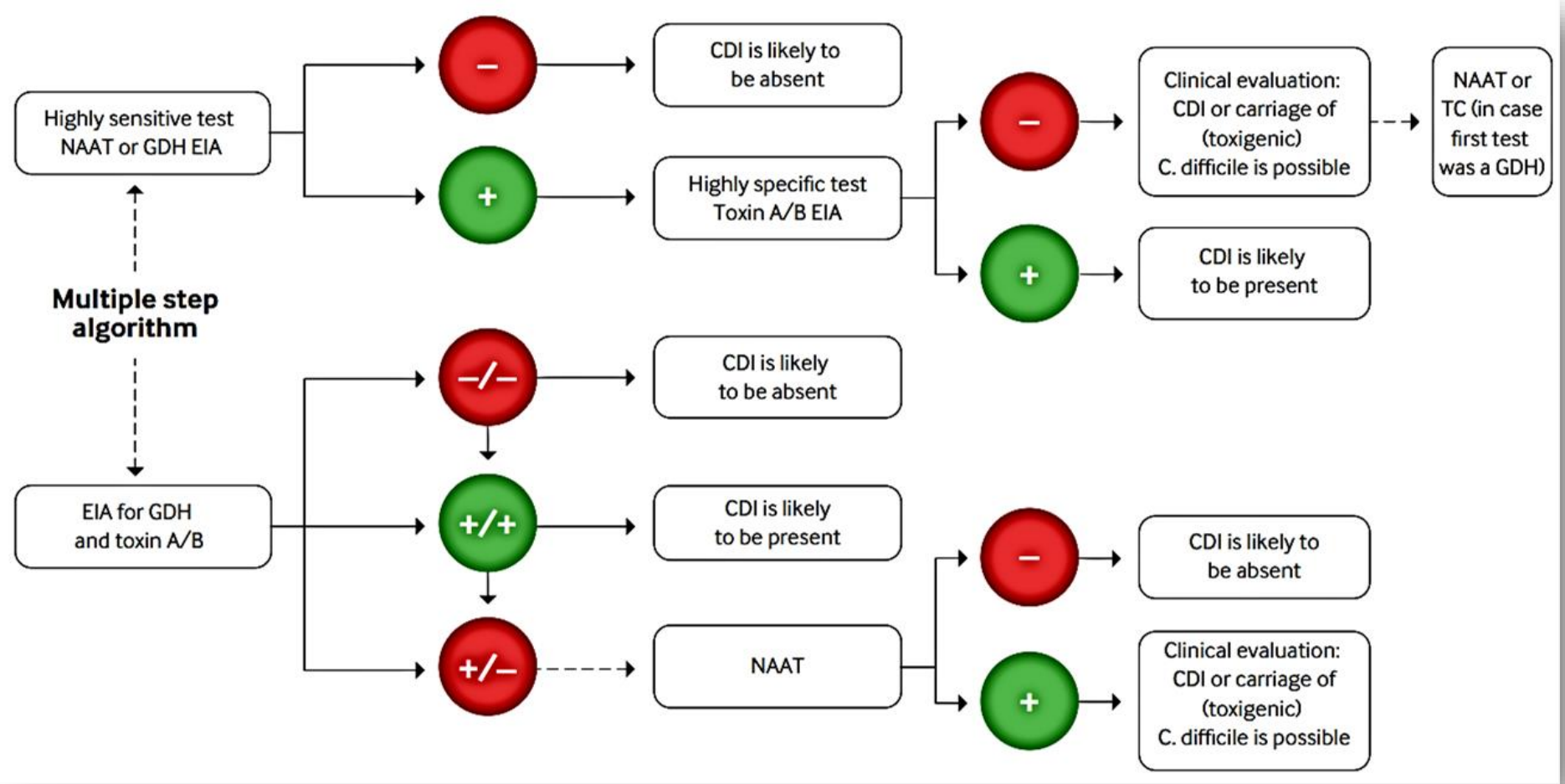
Anciano diagnósticos diferenciales



60% diagnóstico erróneo
Demora diagnóstico
6 Versus 2 años

Tran V, et al. Curr Gastroenterol Rep 2019; 21: 60 -70
Otero W, et al. Rev Colomb Gastroenterol. 2009;24:272-8
Katz S, Am J Gastroenterol 2019;105:501-23

Cd diagnóstico

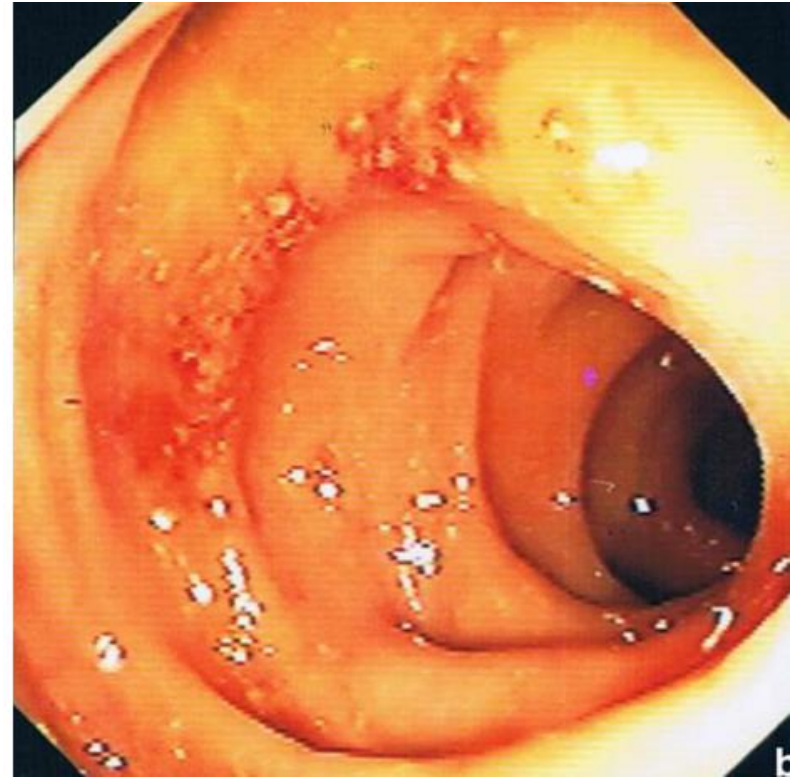
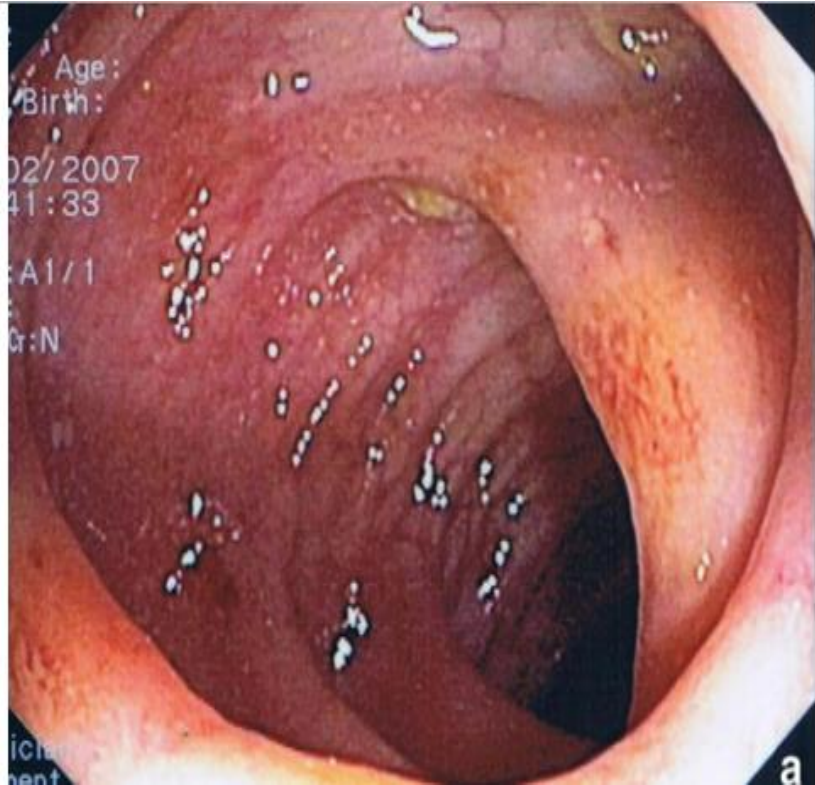


Guery B, BMJ. 2019; Epub ahead Agosto 20

Colitis en el anciano

Condición	Síntomas frecuentes	Características distintivas
Colitis Infecciosa	<i>Diarrea, sangrado rectal, pérdida de peso</i>	Viajes recientes, uso reciente de antibiótico, Siempre sospechar <i>Clostridiodes difficile</i>
Colitis isquémica	<i>Diarrea sanguinolenta, inicio súbito</i> <i>Dolor abdominal postprandial</i>	Enfermedad cardiovascular, Enfermedad arterial periférica, Diabetes, Dislipidemia, Hipertensión, arritmias tabaquismo
Colitis microscópica	<i>Diarrea</i>	Sin hallazgos macroscópicos Antecedente de uso de ISRS, AINES.
Colitis por radioterapia	<i>Diarrea sanguinolenta</i>	Antecedente de radiación, puede ocurrir meses o años después
Úlcera rectal solitaria	<i>Sangrado rectal, tenesmo</i>	Historia de estreñimiento crónico
Cáncer colorrectal	<i>Cambio en el hábito intestinal, sangrado rectal, pérdida de peso</i>	Síntomas sistémicos, pérdida de peso
Insuficiencia pancreática	<i>Diarrea, pérdida de peso,</i>	Esteatorrea, pancreatitis previa.
Colitis por AINES	<i>Diarrea sanguinolenta, anemia, ferropenia, obstrucción, perforación</i>	Antecedente uso de AINES
Enfermedad diverticular	<i>Dolor en abdomen izquierdo, diarrea sanguinolenta</i>	Evidencia endoscópica, radiográfica. Colitis segmentaria asociada a divertículos Recto indemne

Colitis Segmentaria (asociada a divertículos)



The endoscopic spectrum of segmental colitis associated with diverticulosis

Colorectal Dis 2010;12:464-70

A. Tursi*, **W. Elisei†**, **G. Brandimarte†**, **G. M. Giorgetti‡**, **P. G. Lecca†**, **L. Di Cesare†**,
C. D. Inchingolo§ and **F. Aiello¶**

*Digestive Endoscopy Unit, 'Lorenzo Bonomo' Hospital, Andria (BA), Italy, †Department in Internal Medicine, Division of Gastroenterology, 'Cristo Re' Hospital, Rome, Italy, ‡Department of Internal Medicine, Clinical Nutrition Unit, 'S. Eugenio' Hospital, Rome, Italy, §Department of Pathology, 'Lorenzo Bonomo' Hospital, Andria (BA), Italy and ¶Department of Statistics and Mathematic Sciences, University of Palermo, Palermo, Italy



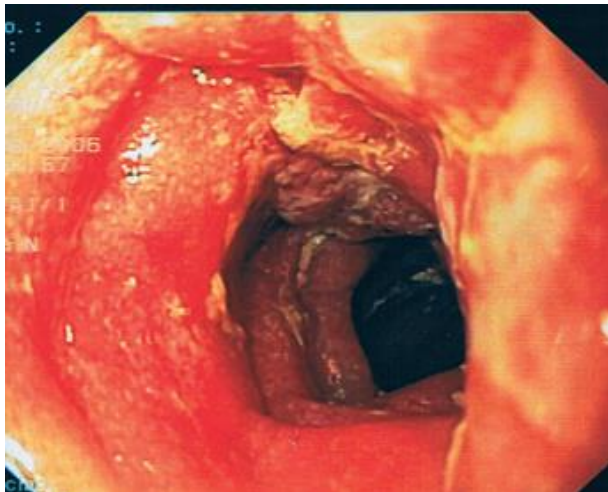
A. pliegues



B. Colitis like



C. Crohn like



D. Ulcerativa severa "like"

Tratamiento

A y C: Mesalazina 2.4 gr/4 semanas—1.6 gr: 50-80%

B y D: Beclometasona 10 mg/4 semanas + VSL #3

Tursi A, Int J Colorectal Dis 2012;27:179-85

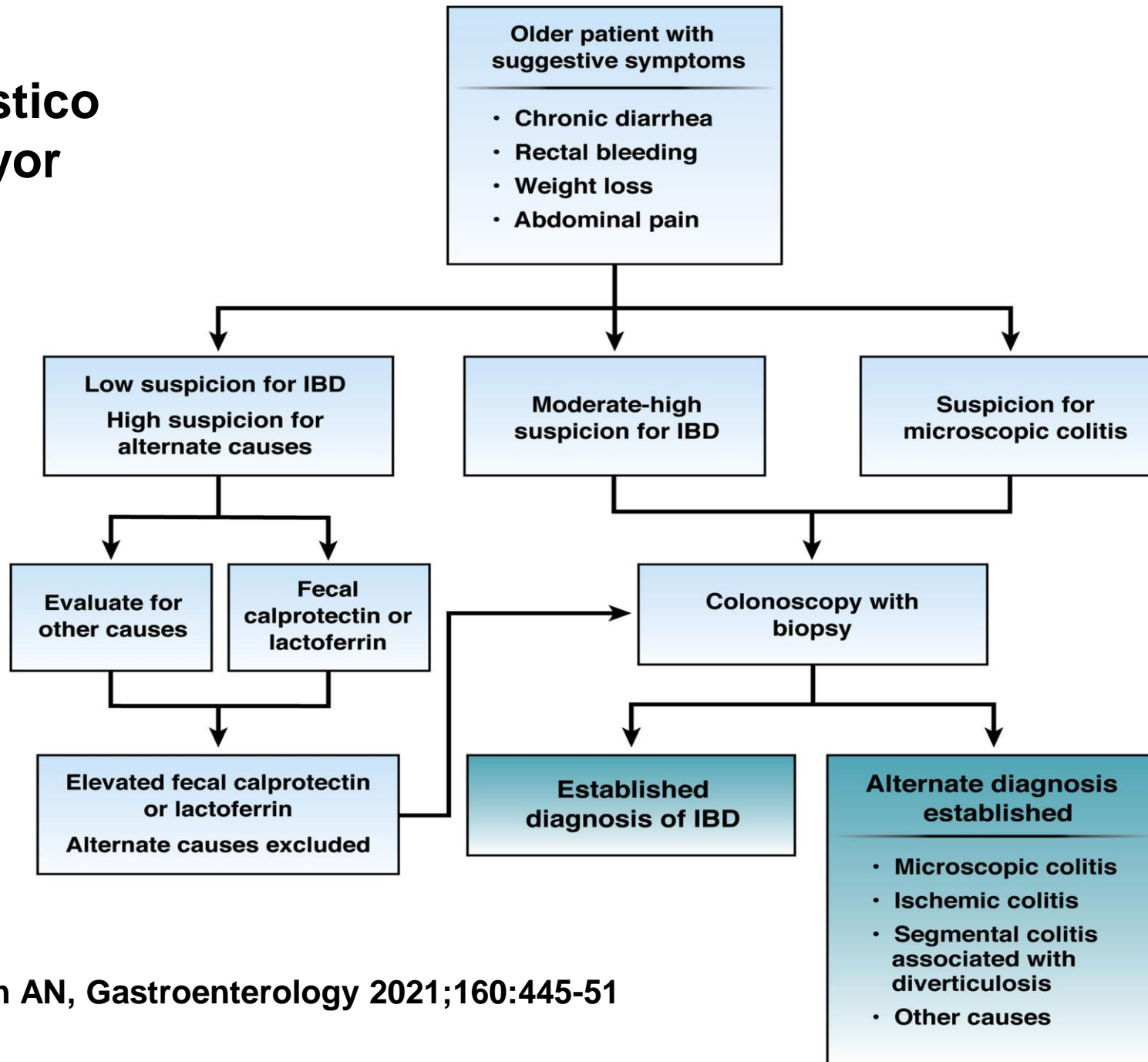
Causas de colitis en el anciano

n: 49 pacientes

Etiología	Proporción
Isquémica	29%
Infecciosa	21%
Colitis ulcerativa	18%
Radioterapia	18%
Enfermedad de Crohn	2%
Otros	12%

EI Diagnóstico

Adulto mayor



CU en el anciano

Menos colitis extensa	14% vs 22%
Mayor riesgo de colectomía	12% vs 8%
Mayor hospitalización y mortalidad	3,5% vs 1%
Mortalidad cualquier causa	12% vs 2%
Menos manifestaciones extraintestinales	3% Vs 27-60%
Comorbilidades, polifarmacia y efectos adversos	

Everhov A, et al. Gastroenterology. 2018;154:518-528.e15
Charpentier C, et al. Gut. 2014;63:423-32
Conrad K, et al. Autoimmun Rev. 2014;13:463-6

Table 2 Crohn's disease in older individuals (compared with younger)

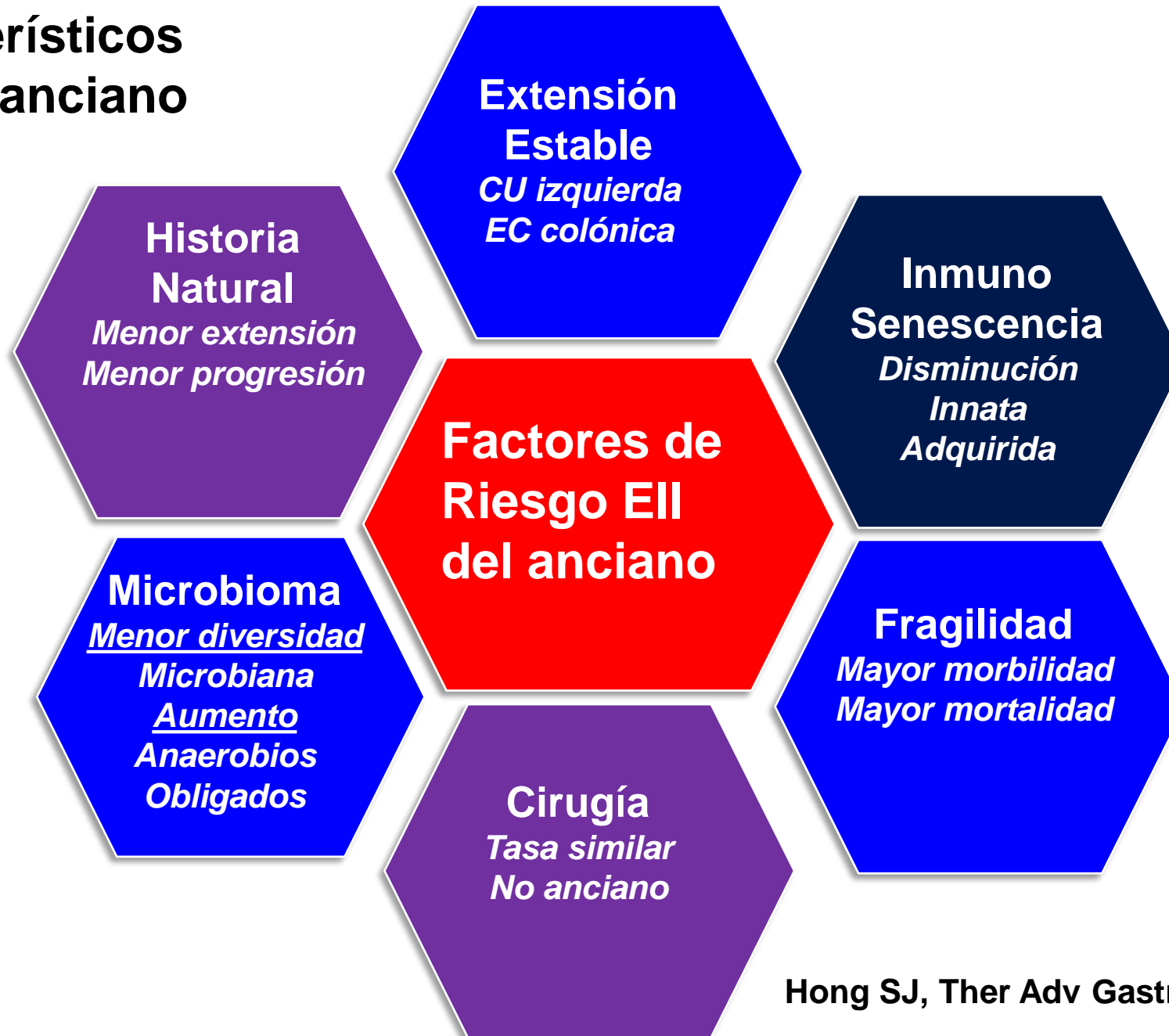
Location	Colonic disease more common than ileocolonic
Bleeding	Less than younger patients
Penetration	Less penetration and less stricturing
Extraintestinal manifestations	Less common
Cancer risk	More common

Segal JP, Frontl Gastroenterol 2019;11:468-77

Table 3 Ulcerative colitis in older individuals (compared with younger)

Location	More likely left-sided or extensive than proctitis, less disease extension
Symptoms	Less diarrhoea
Flares	Less flares
Extraintestinal manifestations	Less common
Cancer	More common

Factores característicos EII de comienzo anciano



Tratamiento

Estrategia de manejo en EII

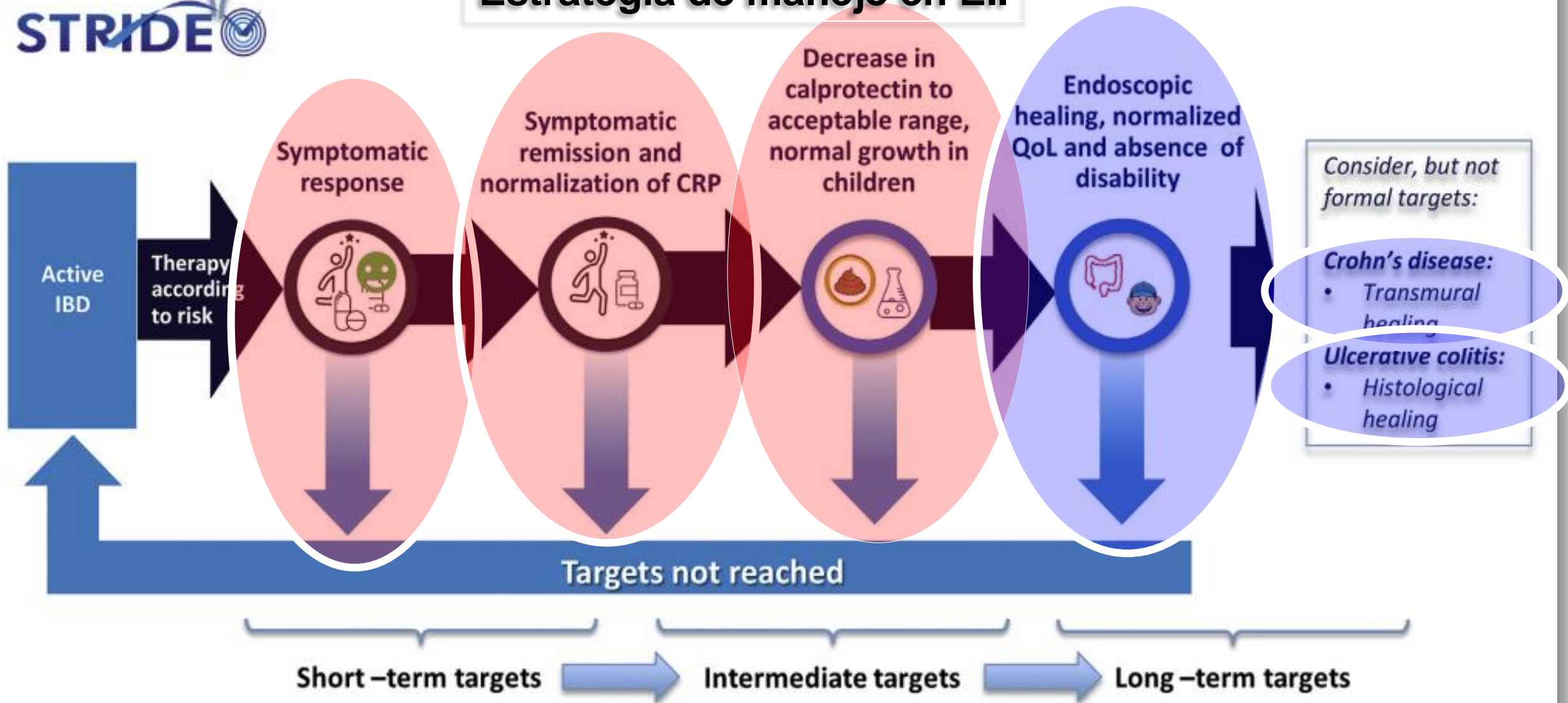
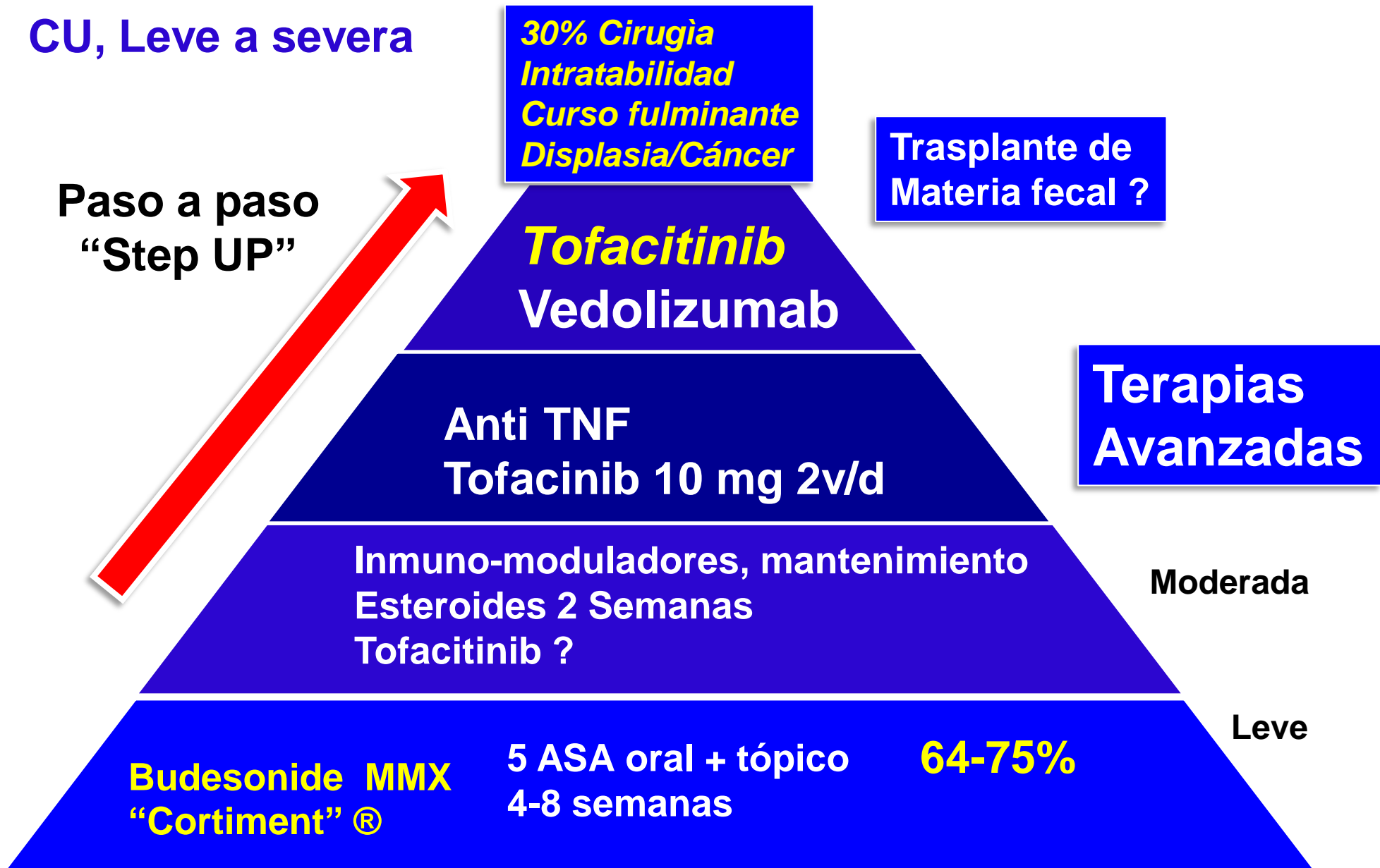


Figure 2. Treatment targets in CD and UC.

CU, Leve a severa

Paso a paso
"Step UP"



El adulto mayor

Tratamiento

**Insuficientemente
Estudiado**

**Se extrapolan principios
De personas no ancianas**

**Aumento
Grasa corporal**

**Disminución
Masa muscular**

**Disminución
Agua total**



**Cambios en la
Función hepática**

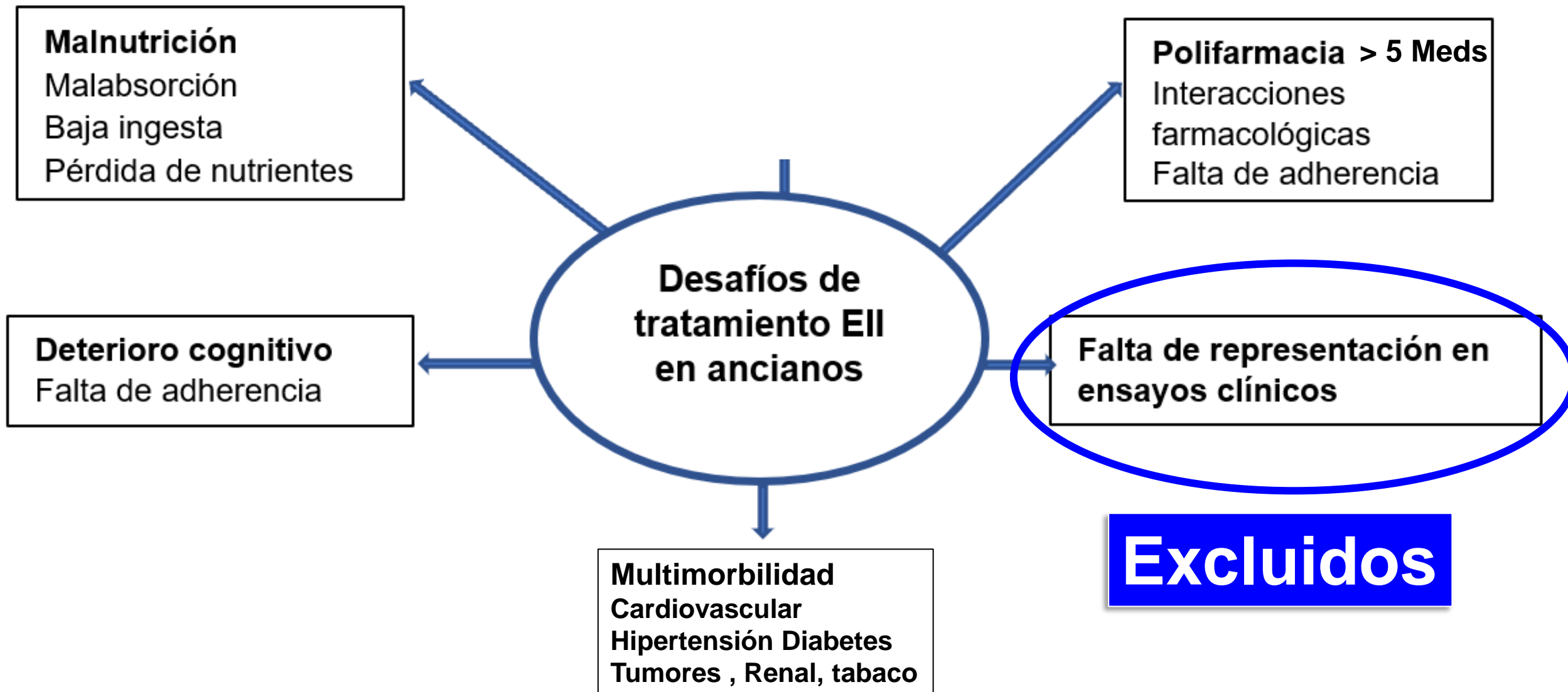
**Menor filtración
Glomerular**

Hipoproteïnemia

**Alteración Farmacocinética
Metabolismo medicamentos**

Hruz P, Digestion. 2020;101(Suppl 1):105-119
Hong S, Ther Adv Gastroenterol 2021;14:1-15

Adulto mayor y Tratamiento de EII



ElI en el anciano

Fragilidad

**Estado vulnerabilidad aumentada
Declinación funcionalidad**



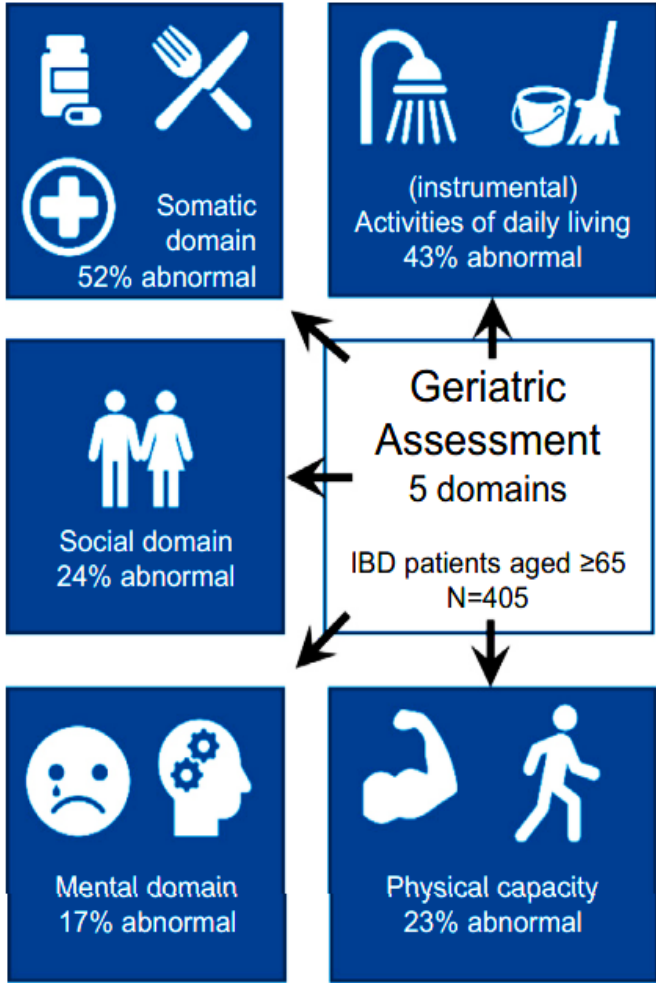
**Métrica emergente
Predictor del desenlace**

**Rutinariamente
Descuidada**

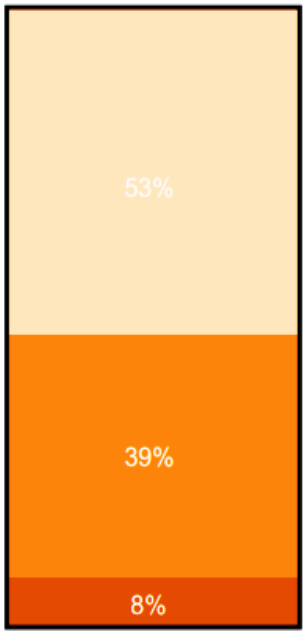
Deficits in Geriatric Assessment Associate With Disease Activity and Burden in Older Patients With Inflammatory Bowel Disease

Vera E. R. Asscher,^{*} Sanne N. Waars,^{*} Andrea E. van der Meulen-de Jong,^{*} Rogier J. L. Stuyt,[‡] A. Martine C. Baven-Pronk,[§] Sander van der Marel,^{||} Rutger J. Jacobs,[¶] Geoffrey J. L. Haans,[#] Lennart J. Meijer,^{*} Jacqueline D. Klijnsma-Slagboom,^{*} Marijn H. Duin,^{*} Milou E. R. Peters,^{*} Felicia V. Y. L. Lee-Kong,^{*} Nanda E. Provoost,^{*} Femke Tijdeman,^{*} Kenan T. van Dijk,^{*} Monse W. M. Wieland,[#] Mirre G. M. Verstegen,^{*} Melissa E. van der Meijs,^{*} Annemijn D. I. Maan,^{*} Floor J. van Deudekom,^{**} Simon P. Mooijaart,^{**,‡‡} and P. W. Jeroen Maljaars^{*}

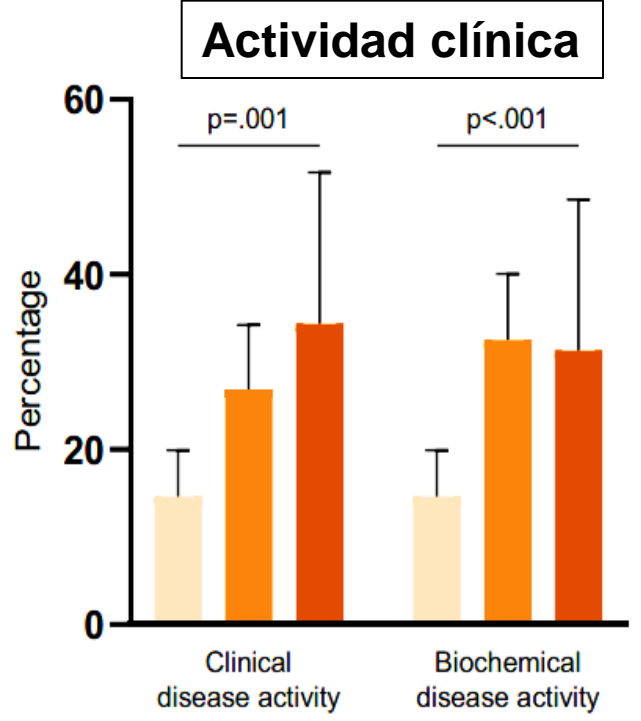
**1er estudio prospectivo 5 dominios funcionales
Polifarmacia (≥ 5), Malnutrición (Mini Nutritional assessment),
Actividades vida diaria (ADL), Índice Independencia Katz,
Índice Comorbilidad Charlson**



Prevalence of deficits in geriatric assessment



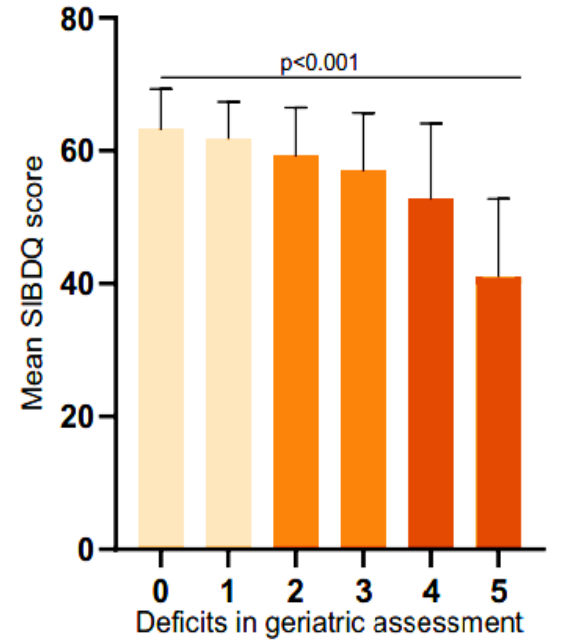
no deficits
0-1 impaired domains



moderate deficits
2-3 impaired domains

severe deficits
4-5 impaired domains

Calidad de vida



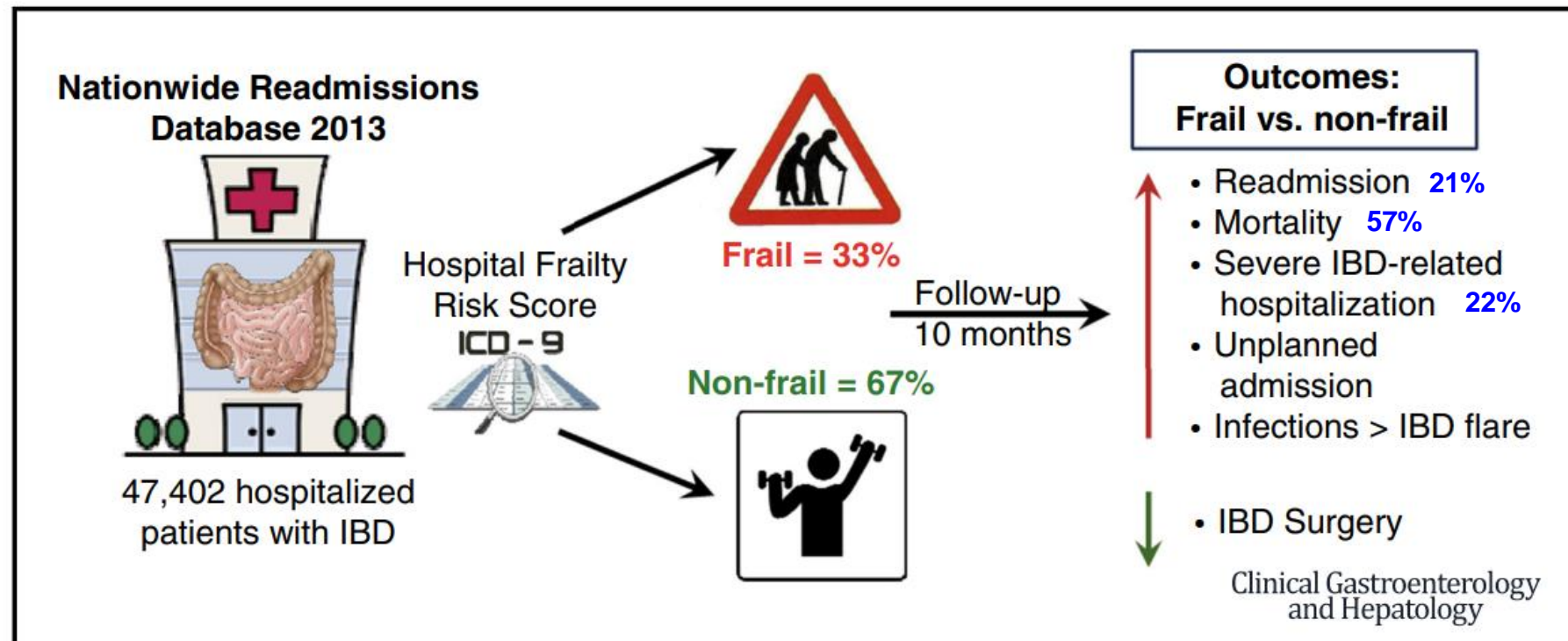
Clinical Gastroenterology
and Hepatology

Frailty Is Independently Associated with Mortality and Readmission in Hospitalized Patients with Inflammatory Bowel Diseases



Alexander S. Qian,^{*,a} Nghia H. Nguyen,^{*,a} Jessica Elia,[‡] Lucila Ohno-Machado,[§]
William J. Sandborn,^{*} and Siddharth Singh^{*,§}

^{*}Division of Gastroenterology, Department of Medicine, University of California San Diego; [‡]Expert Rehabilitation Services and [§]Division of Biomedical Informatics, Department of Medicine, University of California San Diego, La Jolla, California



Tratamiento CU en el anciano

No hay estudios específicos en ancianos

Ancianos subrepresentados en ECA

Recomendaciones inferidas de no ancianos

Tratamiento individualizado

Polifarmacia: Interacciones medicamentosas

Comorbilidades: Índice de comorbilidad Charlson

Conceptos claves en el manejo del adulto mayor

Privilegiar remisión síntomas sobre remisión profunda

Evitar combos IM + biológicos Infecciones

Empezar dosis bajas ir lentamente

Desafiante transferir resultados ECC población menor

Consultas presenciales familiar escuche recomendaciones

Vacunación actualizada Herpes Zoster (Riesgo 1.5-2 veces)

Con Inmunosupresión No vacunas vivas (HZ recombinante)

Vacunas adulto mayor EI

	Vaccine	Recommendation	Special concerns in IBD population
All adults	Influenza	Annually	Do not use intranasal
	<i>MenB</i>	2–3 doses (depending on the vaccine and indication)	Anatomic or functional asplenia, pregnancy
	<i>TDP</i>	1 dose, then TD booster every 10 years	
	<i>Hib</i>	1 or 3 doses (depending on the indication)	
	<i>HPV</i>	2–3 doses recommended through age 26 for women and age 21 for men	Recommended through age 26 if immunosuppressed (3 doses) or age 45 based on shared decision
	<i>HepA</i>	2–3 doses depending on the vaccine	
	<i>HepB</i>	2–3 doses depending on the vaccine	
	<i>MenACWY</i>	1–2 doses (depending on indication), then booster every 5 years if risk remains	Anatomic or functional asplenia, college, military, or travel
	MMR	1 dose for most adults born after 1957; 2 doses recommended in certain populations	Avoid in immunosuppressed
	Varicella	2 doses (if born later than 1980)	Avoid in immunosuppressed
Age > 50	Zoster	2 doses recombinant (preferred) or one dose live	Avoid live vaccine if immunosuppressed
Age > 65	<i>PCV13</i>	1 dose (if not previously satisfied)	Age 19–64 if immunosuppressed
	<i>PPSV23</i>	1 dose	Age 19–64 if immunosuppressed

Medicamentos en el adulto mayor con EI

5 ASA Piedra angular

*Filtración glomerular
Tópicos Incontinencia
Interacción tiopurinas*

Anti TNF

*Infección
Falla cardíaca
Menor eliminación
Vacunas vivas*

Tiopurinas

*Toxicidad hematológica
Linfoma no Hodgkin RR15
Cáncer piel no melanoma
Warfarina
AINES
IECA*



Esteroides

*Osteoporosis
Fractura cadera
Siquiatria
Glaucoma
Cataratas
Infecciones*

Tofacitinib, datos limitados Reumatología

*Mayor riesgo Herpes Zoster 100 p/año
10 mg 5,5, 5mg 3.1 placebo 0. Leve >90%
Mayor riesgo trombosis venosa y TEP
10 mg 2v/d u otros factores riesgo
HA, Diabetes, Tabaco, Coronaria*

Ustekinumab, (P40 IL12/L23) Datos limitados

*Favorable
Menor riesgo infecciones*

Vedolizumab; Datos limitados?

*Favorable
Menor riesgo infecciones*

Efficacy of Vedolizumab in a Nationwide Cohort of Elderly Inflammatory Bowel Disease Patients

Nabeel Khan, MD,^{*,†,‡,§,¶} Tyler Pernes, BA,^{*,||} Alexandra Weiss, MD,[‡] Chinmay Trivedi, MBBS,^{*} Manthankumar Patel, MS,^{*} Elina Medvedeva, MS,^{*} Dawei Xie, PhD,[§] and Yu-Xiao Yang, MD^{*,†,¶}

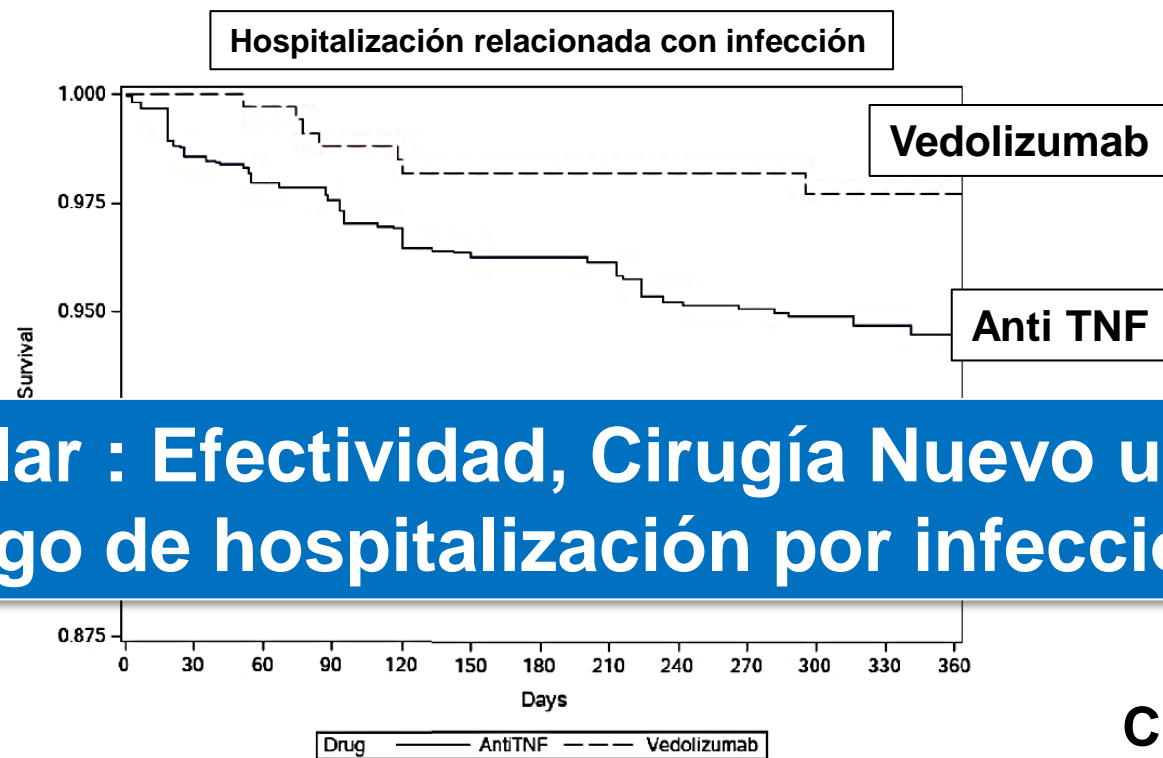
**Cohorte retrospectivo
N=568, EC 56.7% CU 43.3%**

	Jóvenes	Viejos	p
Libre de esteroides 6-12 meses inicio VDZ	46.8%	40.1%	0.23
Hospitalización relacionada con EII 1 año VDZ	11.2	11.3	0.37
Tasas de cirugía dentro de 1 año de VDZ	3.9%	3.9%	0.51

Vedolizumab Is Associated With a Lower Risk of Serious Infections Than Anti-TNF Agents in Older Adults

Bharati Kochar,^{*,‡,§} Virginia Pate,^{||} Michael D. Kappelman,^{¶,#} Millie D. Long,^{#,**}
Ashwin N. Ananthakrishnan,^{*,‡,§} Andrew T. Chan,^{*,‡,§} and Robert S. Sandler^{#,**}

Cohortes retrospectivas 65 años Edad promedio 71 años, inicio Anti TNF, VDZ
Índice de Chalsón ≥ 2



Similar : Efectividad, Cirugía Nuevo uso esteroides
Riesgo de hospitalización por infección VDZ 0.47 (IC95% 0.25-0.85)

INCIDENCE OF INFECTIONS AND MALIGNANCY AMONG ELDERLY IBD PATIENTS EXPOSED TO VEDOLIZUMAB, PREDNISONE, AND MESALAMINE

Alexandra Weiss, Chinmay Trivedi, Tyler Pernes, Manthankumar Patel, Nabeel H. Khan

Table 1. Primary outcomes and incidence rates by exposure group

Outcome	VDZ group			5ASA group			Steroid group		
	Number	PYs	Per 1,000 PYs	Number	PYs	Per 1,000 PYs	Number	PYs	Per 1,000 PYs
Mild Infection	34	365	93.1	61	533	114.4	35	226	155.1
Severe Infection	15	390	38.5	19	621	30.6	19	282	67.4
Malignancy (exc. NMSC)	7	399	17.6	10	641	15.6	12	281	42.6
C piel no melanoma	14	386	36.3	3	651	4.6	11	282	39.0

Anciano EII Intestinal

Inducción

Budesónida sobre prednisolona
Anti TNF: pacientes seleccionados, Severos,
Vedolizumab: puede ser favorable < infecciones y complicaciones
Ustekinumab: puede ser favorable < infecciones y complicaciones
Menos riesgo infecciones y complicaciones
Tofacitinib Mayor riesgo trombosis
10 mg 2v/d otros factores riesgo

Mantenimiento

Anti TNF: Evaluar indicación adherencia, > infecciones mortalidad
Vedolizumab: Puede ser favorable < infecciones y complicaciones
Ustekinumab: puede ser favorable < infecciones y complicaciones
Tofacitinib Mayor riesgo trombosis
10 mg 2v/d otros factores riesgo

Safety and Efficacy of Tumor Necrosis Factor Antagonists in Older Patients With Ulcerative Colitis: Patient-Level Pooled Analysis of Data From Randomized Trials

N=2257

Análisis combinado de ECCA CU moderada-severa

David Cheng,^{*,‡,a} Kelly C. Cushing,^{‡,§,||,a} Tianxi Cai,^{*,‡} and Ashwin N. Ananthakrishnan^{‡,§}

35

Eficacia similar ancianos y no anciano

Inducción OR 1.05 (IC95% 0.33 - 3.39)

Mantenimiento OR 0.49 (IC95% 0.18 - 1.33)

Ancianos mayor riesgo de efectos adversos severos y no se aumenta con Anti TNF

Controvierte concepto clásico de > riesgos con Anti TNF viejos!

Efectos adversos

Muerte

Evento que an

Hospitalización

Significativa i

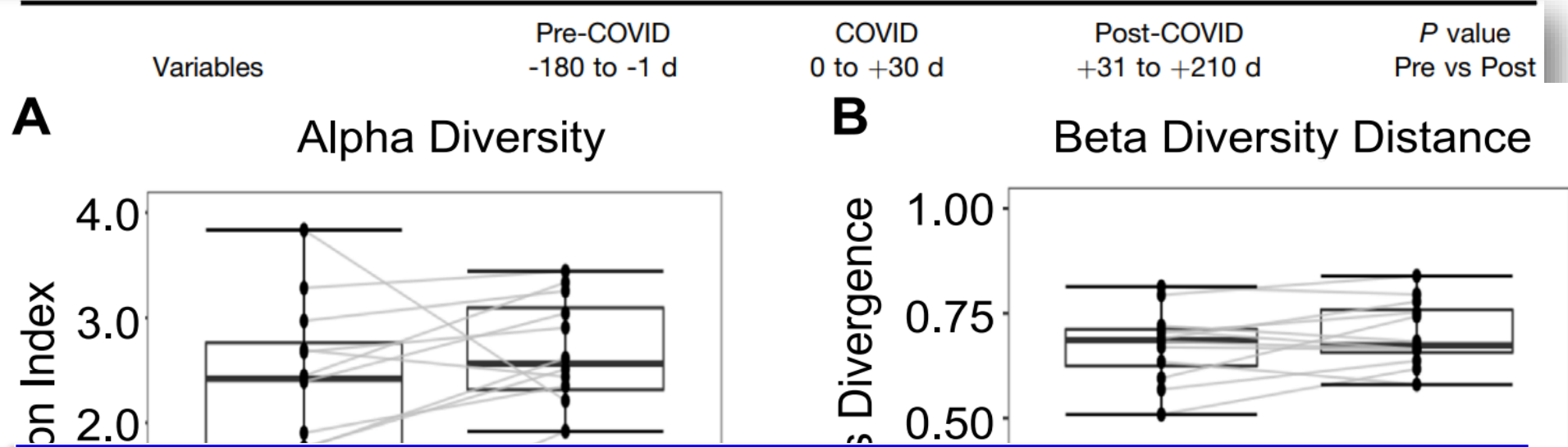
1.3 0 0.1 0

Neoplasias

No Durable Impact of COVID-19 on Intestinal Disease Activity in Subjects With IBD

Dana J. Lukin,^{*,‡,§} Gabriela Funez-dePagnier,^{*,‡,§} Svetlana Lima,^{§,||} Daniel Lai,^{*,‡,§} Lucia Duenas-Bianchi,^{*,‡,§} Waseem Ahmed,^{*,‡,§} Vinita Jacob,^{*,‡,§} Robert Battat,^{*,‡,§} Ellen Scherl,^{*,‡,§} and Randy S. Longman^{*,‡,§,||}

Más frecuentemente síntomas GI pos infección



Después de 6 meses No hay impacto duradero del COVID-19 Sobre actividad clínica o composición microbioma

Variables	Pre-COVID -180 to -1 d	COVID 0 to +30 d	Post-COVID +31 to +210 d	P value Pre vs Post
COVID-19 GI symptoms	20 (61)	8 (39)	20 (71)	
Need for surgery, n (%)	3 (2.8)	0 (0)	2 (1.8)	.68
Need for IBD hospitalization, n (%)	6 (5.6)	2 (1.7)	7 (6.2)	> .99
Medication change, n (%)	53 (50)	33 (28)	45 (40)	.14
Newly started	42 (40)	14 (12)	36 (32)	
Steroid	17 (16)	4 (3.4)	15 (13)	
Delayed	2 (1.9)	10 (8.5)	5 (4.4)	
Discontinued	20 (19)	8 (6.8)	15 (13)	

Mensajes para la casa

Adulto mayor tiene otra biología

No están incluidos en los ensayos clínicos

Índices fragilidad impactan evolución y tratamiento

Se necesita acompañamiento Geriátrica

Ancianos con CU más colectomía y mortalidad

Mayor impacto de las comorbilidades y polifarmacia

Preferir terapias sin impacto sistémico

5 ASA, Budesónida, Vedolizumab

**Familia
Simpson y
El en ancianos**

**Tendremos
Geriatras!!**

**Geriatras!
Geriatras!
Geriatras!!**



**Geriatras!
Geriatras!
Geriatras!!**

**Geriatras!
Geriatras!
Geriatras!!**

Muchas gracias
Muy amables!