

Enfermedad Inflamatoria Intestinal en el adulto mayor: Características clínicas y manejo en un hospital de referencia

Inflammatory Bowel Disease in elderly patients: Clinical characteristics and management in a tertiary hospital

Paredes-Méndez, Juan Eloy ^{1,a} ; Junes-Pérez, Sonia Irene ^{1,a} ; Vargas-Marcacuzco, Henry Tomás ^{1,a} ; Villafuerte-Méndez, Edith Melissa ^{1,a}

¹ Servicio de Gastroenterología Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.
^a Médico Asistente.

Recibido: 28/11/2022 - Aprobado: 15/02/2023

RESUMEN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en adultos mayores se caracteriza por su variabilidad clínica, distintos diagnósticos diferenciales y manejo terapéutico. El objetivo de la presente investigación es evaluar las características clínicas y manejo de los pacientes adultos mayores con EII. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de enero del 2011 a diciembre del 2019 en pacientes con EII en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima-Perú. Fueron evaluados 55 pacientes con EC y 107 con CU; 45,6% de pacientes con EII eran adultos mayores. De ellos, 28 tenían EC y 46 CU. Los adultos mayores con EC presentaron fenotipo inflamatorio y localización colónica predominantemente, mientras en CU, la colitis extensa e izquierda fueron las más frecuentes. Asimismo, los ancianos tuvieron menor puntaje CDAI (279,8 vs 323,2) y menor índice de Mayo (7,1 vs 9,2) con relación a los pacientes jóvenes, sin diferencias significativas. Respecto al tratamiento, se observó un menor uso de azatioprina (2 vs 8, $p < 0,03$) y Anti-TNF (9 vs 18, $p < 0,01$) en los adultos mayores con EC. La necesidad de cirugía y la frecuencia de complicaciones post quirúrgicas fueron similares entre ambos grupos. En conclusión, casi la mitad de los pacientes con EII son adultos mayores. La localización colónica fue la más frecuente en EC, y en CU la colitis extensa e izquierda. Observamos un menor uso de azatioprina y terapia biológica en adultos mayores, sin diferencias significativas en el uso de corticoides y aminosalicilatos respecto a los jóvenes.

Palabras clave: *Enfermedades Inflamatorias del Intestino / terapia; Colitis Ulcerosa; Enfermedad de Crohn; Anciano (fuente: DeCS Bireme).*

ABSTRACT

Inflammatory bowel disease (IBD) in elderly patients is characterized by its clinical variability, different differential diagnoses and therapeutic management. The objective of our investigation is to evaluate the clinical characteristics and management of elderly patients with IBD. We developed an observational, descriptive, retrospective study from January 2011 to December 2019 in patients with IBD at the Gastroenterology Service of Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital, Lima-Peru. 55 patients with CD and 107 with UC were evaluated; 45.6% of patients with IBD are older adults. Of these, 28 had CD and 46 UC. Older adults with CD presented predominantly an inflammatory phenotype and colonic location, while extensive and left-sided colitis were the most frequent in UC. Elderly patients had a lower CDAI score (279.8 vs 323.2) and a lower Mayo index (7.1 vs 9.2) in relation to the younger, without significant differences. Regarding treatment, a lower use of azathioprine (2 vs 8, $p < 0.03$) and Anti-TNF (9 vs 18, $p < 0.01$) was observed in the elderly with CD. The need for surgery and the frequency of post-surgical complications were similar between both groups. In conclusion, nearly half of IBD patients are older adults. The colonic location was the most frequent in CD, and in UC extensive and left colitis. We observed a lower use of azathioprine and biological therapy in elderly patients, without significant differences in the use of corticosteroids and aminosalicylates compared to younger people.

Keywords: *Inflammatory Bowel Diseases / therapy; Crohn Disease; Colitis, Ulcerative; Aged (source: MeSH NLM).*

Citar como: Paredes-Méndez JE, Junes-Pérez SI, Vargas Marcacuzco HT, et al. Enfermedad Inflamatoria Intestinal en el adulto mayor: Características clínicas y manejo en un hospital de referencia. *Rev Gastroenterol Peru.* 2023;43(1):13-9. doi: 10.47892/rgp.2023.431.1444

INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) caracterizada por una inflamación crónica del tracto gastrointestinal, incluye a la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerativa (CU). El inicio de la enfermedad suele presentarse entre la segunda y la quinta década de la vida con un pico menor entre los 50 y los 60 años. En las últimas décadas, la epidemiología de la EII ha cambiado considerablemente^(1,2,3). Se estima entre el 10-15% de los pacientes diagnosticados de EII tienen una edad mayor a 60 años⁽⁴⁾. De estos, el 65% se presenta en la década de los 60, el 25% en la de 70 y el 10% en la de 80^(5,6). Por lo tanto, se espera que el número de pacientes adultos mayores con EII aumente.

En los adultos mayores se han descrito algunas particularidades; en general, presentan síntomas clínicos más sutiles. Los pacientes con EC de inicio reportan menos dolor abdominal, síntomas sistémicos y diarrea; mientras que los pacientes con diagnóstico de CU reportan menos dolor abdominal y sangrado rectal⁽⁷⁾. De la misma manera, el retraso en el diagnóstico es debido a que la EII en este grupo etario puede simular otras afecciones, tales como: colitis relacionada con medicamentos, colitis microscópica, colitis isquémica, colitis asociada a enfermedad diverticular; en consecuencia, es mandatorio descartarlas previamente⁽⁸⁾.

El manejo de la EII en los adultos mayores presenta desafíos específicos, como resultado de las comorbilidades, la polifarmacia, las circunstancias relacionadas con la edad y la inclusión limitada de adultos mayores en los ensayos clínicos^(9,10,11). Es importante además tener en cuenta consideraciones especiales en su tratamiento, como el riesgo de infecciones, neoplasias malignas, efectos adversos o complicaciones relacionadas a la cirugía^(12,13,14).

Debido a que existe una brecha en el conocimiento sobre el comportamiento y manejo en los pacientes adultos mayores con EII, el objetivo de este estudio fue evaluar estos aspectos en nuestros pacientes con EII de un hospital de referencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de enero del 2011 a diciembre del 2019 en el servicio de gastroenterología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima-Perú. Se incluyó a los pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerativa realizado en nuestra unidad, que cumplieran con los criterios de inclusión: edad mayor a 14 años y presentar registros de las variables indispensables en la historia clínica tales como: características epidemiológicas, factores de riesgo, valores de laboratorio, scores (fenotipo, actividad y severidad), tratamiento médico, cirugía y complicaciones de los pacientes incluidos en el estudio. Los criterios de exclusión fueron: Pacientes con diagnóstico de colitis inespecífica, colitis isquémica, infecciosa, microscópica, relacionada a enfermedad diverticular o algún antecedente

de cualquier tipo de neoplasia intestinal con tratamiento de radioterapia o quimioterapia.

Definición de variables

El diagnóstico de EII fue definido por los criterios clásicos de Lennard-Jones y criterios establecidos por guías clínicas de ECCO (European Crohn's and Colitis Organisation). Se definió EII en el adulto mayor a aquellos pacientes con edad ≥ 60 años⁽⁷⁾. El perfil clínico-fenotípico para la EC fue definido por el score de Montreal, basado en la edad, localización y comportamiento. La extensión de la CU se evaluó según la clasificación de Montreal. En EC el grado de actividad y severidad fue definido por el score de CDAI (Crohn Disease Activity Index), mientras que, en CU se utilizó el índice de Mayo.

Análisis estadístico

Se aplicaron medidas de estadística descriptiva. Para las variables categóricas se obtuvieron las frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). La distribución de los datos fue evaluada mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Para las variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central como la media aritmética y de dispersión como la desviación estándar (DE). Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS (Statistical Packages for the Social Sciences) versión 25.0; las tablas y figuras fueron construidas con Microsoft Excel 2016.

RESULTADOS

Se evaluaron 55 pacientes con EC y 107 pacientes con CU; 74 (45,6%) pacientes con EII eran adultos mayores. De ellos, 28 tenían EC y 46 CU. Según el sexo, los pacientes con EC ≥ 60 años, 12 (42,8%) eran varones y 16 (57,1%) mujeres, mientras que en CU ≥ 60 años, fueron 18 (39,1%) varones y 28 (60,8%) mujeres, respectivamente. La media del tiempo de enfermedad al diagnóstico en meses según la edad fue 18,2 frente a 20,1 ($p < 0,44$) para EC, y 13,1 frente 12,2 ($p < 0,48$) para CU (Tabla 1).

En los pacientes con EC ≥ 60 años predominó el fenotipo L2 (colon) y B1 (inflamatorio); en comparación, los pacientes menores a 60 años presentaron fenotipo L1 (íleon terminal) y B1 (inflamatorio). Ambos grupos de pacientes con CU, según la distribución de enfermedad, presentaron colitis extensa (E3) y colitis izquierda (E2) como las más frecuentes.

Al debut de la enfermedad, según el score de actividad CDAI, la media del puntaje en pacientes mayores de 60 años fue 279,8 frente a 323,2 ($p < 0,05$) de los adultos jóvenes. Por otro lado, según el índice de Mayo, la media del puntaje en pacientes mayores de 60 años fue 7,1 frente a 9,2 ($p < 0,49$) de los adultos jóvenes (Tabla 2).

Respecto al tratamiento médico, se utilizó según la necesidad e indicación médica: corticoides, aminosalicilatos, Anti-TNF e inmunosupresores entre ambos grupos etarios.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con EC y CU según grupo etáreo.

Características basales	EC		P	CU		P
	Grupo 1 (G1) EII ≥ 60 años	Grupo 2 (G2) EII < 60 años		Grupo 1 (G1) EII ≥ 60 años	Grupo 2 (G2) EII < 60 años	
N	28	27		46	61	
Género						
Femenino n (%)	12 (42,8%)	8 (29,6%)	0,30	18 (39,1%)	29 (47,5%)	0,38
Masculino n (%)	16 (57,1%)	19 (70,3%)		28 (60,8%)	32 (52,4%)	
Edad al diagnóstico \bar{x} (DE)	67,9 (8,2)	41,5 (7,3)	0,04	63,2 (7,8)	45,3 (6,5)	0,03
Tiempo de enfermedad al diagnóstico (meses) \bar{x} (DE)	18,2 (6,1)	20,1 (7,2)	0,57	13,1 (5,1)	12,2 (5,3)	0,48
Hábito tabáquico						
Si n (%)	2 (7,1%)	2 (7,4%)	0,96	5 (10,8%)	9 (14,7%)	0,55
No n (%)	26 (92,8%)	25 (92,5%)		41 (89,1%)	52 (85,2%)	
HB \bar{x} (DE)	10,9 (1,3)	11,5 (2,1)	0,46	12,2 (1,7)	9,74 (1,2)	0,35
PCR \bar{x} (DE)	40,7 (2,5)	41,8 (2,3)	0,98	18,9 (3,5)	37,7 (3,8)	0,43

\bar{x} : media, DE: desviación estándar.

No obstante, el uso de azatioprina (2 frente 8, $p < 0,03$) y Anti-TNF (9 frente 18, $p < 0,01$) fue menos frecuente en el grupo de adultos mayores con EC, no replicándose

esta diferencia significativa en el grupo de CU. El uso de corticoides y aminosalicilatos fue similar entre ambos grupos etarios tanto en EC como en CU (Tabla 3).

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes con EII según grupo etáreo.

	Grupo 1 (G1) EII ≥ 60 años	Grupo 2 (G2) EII < 60 años	p
Enfermedad de Crohn	28	27	
Localización al diagnóstico			
L1: Íleon terminal n (%)	8 (28,5%)	12 (44,4%)	0,26
L2: Colon n (%)	12 (42,8%)	6 (22,2%)	0,08
L3: Ileocolónica n (%)	7 (25%)	10 (37%)	0,38
L4: Gastrointestinal superior n (%)	2 (7,1%)	1 (3,7%)	0,55
Fenotipo de la enfermedad			
B1: Inflamatorio n (%)	13 (46,4%)	15 (55,5%)	0,49
B2: Estenosante n (%)	9 (32,1%)	5 (18,5%)	0,24
B3: Fistulizante n (%)	6 (21,4%)	7 (25,9%)	0,69
Perianal n (%)	4 (14,2%)	7 (25,9%)	0,28
Colitis Ulcerativa	46	61	
Localización al diagnóstico			
E1: Proctitis n (%)	10 (21,7%)	9 (14,7%)	0,16
E2: Colitis izquierda n (%)	15 (32,6%)	22 (36%)	0,76
E3: Colitis extensa n (%)	21 (45,6%)	39 (49,2%)	0,19
Íleon n (%)	3 (6,5%)	4 (6,6%)	0,69
Severidad			
CDAI \bar{x} (DE)	279,8 (3,4)	323,2 (4,1)	0,05
Índice de Mayo \bar{x} (DE)	7,1 (1,8)	9,2 (1,1)	0,49
Manifestaciones extraintestinales			
Articulares	10	12	0,50
Dermatológicas			
Oculares	1	2	0,53
Colangitis Esclerosante Primaria	1	1	0,97
Complicaciones			
Perforación/fistula intestinal	2	1	0,57
Fístula perianal	4	7	0,28
Estenosis	3	1	0,31
Megacolon tóxico	1	2	0,53
Hemorragia masiva	6	12	0,06
Cáncer	0	2	0,23
Mortalidad	2	4	0,36

\bar{x} : media, DE: desviación estándar.

Tabla 3. Tratamiento médico y quirúrgico de los pacientes con EII según diagnóstico de EC o CU y grupo etáreo.

	CU		EC		p	p
	G1 EII ≥ 60 años	G2 EII < 60 años	G1 EII ≥ 60 años	G2 EII < 60 años		
Tratamiento médico	46	61	28	27		
Anti-TNF n (%)	6 (13%)	10(16,3%)	9 (32,1%)	18 (66,6%)	0,63	0,01
Mesalazina n (%)	32(69,5%)	36 (59%)	12(42,8%)	8 (29,6%)	0,26	0,30
Corticoides n (%)	5 (10,8%)	9 (14,7%)	4 (14,2%)	10 (37%)	0,55	0,05
Inmunosupresores n (%)	3 (6,52%)	6 (9,8%)	2 (7,1%)	8 (29,6%)	0,54	0,03
Cirugía por EII						
Resección intestinal n (%)	0 (0%)	5 (8,1%)	4 (14,2%)	6 (22,2%)	0,07	0,67
Cirugía perianal n (%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,7%)	1	0,49
Cirugía electiva n (%)	0 (0%)	2 (3,2%)	3 (10,7%)	2 (7,4%)	0,50	0,96
Cirugía de emergencia n (%)	1 (2,17%)	2 (3,2%)	2 (7,1%)	4 (14,8%)	0,73	0,36
Complicaciones postquirúrgicas n (%)	1 (2,17%)	1 (1,63%)	4 (14,2%)	5 (18,5%)	0,83	0,67

De los pacientes con CU mayores de 60 años, 21 presentaron 2-3 hospitalizaciones por brote al año, mientras 9 presentaron más de 3; por otro lado, en pacientes menores de 60 años, 41 pacientes presentaron 2-3 hospitalizaciones, mientras 15 presentaron más de 3 ($p < 0,75$).

Respecto al tratamiento quirúrgico, el número de cirugías de emergencia, electivas, así como, la frecuencia de complicaciones postquirúrgicas tanto en EC como en CU, según el grupo etario, no alcanzó diferencias significativas para cada grupo (Tabla 3).

DISCUSIÓN

El diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal en los pacientes adultos mayores puede ser complejo y desafiante. En nuestro estudio, casi la mitad de los pacientes con EII fueron adultos mayores (45%), resultado superior al de otras series donde se reportan tasas hasta 23%⁽¹⁵⁻¹⁸⁾; sin embargo, en Latinoamérica se ha encontrado una tasa menor al 15%⁽¹⁹⁾. Si bien el aumento en el número de casos en la población geriátrica estaría en la relación a la creciente incidencia de la EII a nivel mundial y regional^(20,21,22), la experiencia desarrollada en nuestro hospital ha facilitado un mayor reconocimiento de esta afección planteándola como parte del diagnóstico diferencial en este grupo etario.

El tiempo de enfermedad al diagnóstico fue similar entre ambos grupos etarios, sin alcanzar diferencia significativa tanto para EC como para CU (18 frente a 20 y 13 frente a 12 meses, respectivamente). Anteriormente, se registró un mayor retraso en el diagnóstico; alrededor de 6 años en adultos mayores y 2 años en adultos jóvenes⁽²³⁾, mientras otras series reportan un tiempo de 5 y 6 meses respectivamente ($p=0,58$)⁽²⁴⁾. El intervalo de tiempo al diagnóstico puede explicarse por la similitud de la EII con otras condiciones prevalentes en esta edad⁽²⁵⁾; en consecuencia, diferentes pruebas deberán ser realizadas

por los clínicos para definir el diagnóstico. Sin embargo, la variedad de diagnósticos diferenciales conlleva un riesgo de confusión; Wagtmans *et al.* reportaron diagnósticos incorrectos previos al definitivo hasta en 51% de pacientes adultos mayores y 39% en jóvenes con EC⁽²⁶⁾.

Otra consideración importante es el acceso a los servicios de salud especializados, ya que, al ser una institución de referencia nacional, muchos de nuestros pacientes son derivados de centros de atención primaria, con pruebas complementarias realizadas según la experticia del médico evaluador y tiempos de espera variables hasta la atención con el especialista.

Los pacientes mayores de 60 años con EC tuvieron un fenotipo con localización colónica y comportamiento inflamatorio de manera predominante, hallazgos semejantes a lo reportado en otros estudios^(7, 27, 28), lo que sugiere un compromiso particular para los adultos mayores con EC respecto a los jóvenes. Asimismo, el compromiso del tracto digestivo superior y perianal fueron los menos frecuentes; sin embargo, Charpentier *et al.* identificaron un 8% de pacientes adultos mayores con enfermedad perianal al momento del diagnóstico y hasta 17% en el seguimiento a los 5 años⁽¹⁷⁾. Por otro lado, Lakatos *et al.*, en un estudio cohorte de 1420 pacientes, identificaron predominantemente un fenotipo estenosante en un 42,9% de pacientes⁽¹⁵⁾, resultados similares a los expuestos en un reciente estudio asiático⁽²⁹⁾.

Distintos factores pueden influir en el comportamiento y localización de la enfermedad respecto a la edad. La susceptibilidad genética, con un rol sobre la EII en jóvenes y el desarrollo de lesiones penetrantes^(30,31) y la microbiota; debido a una menor diversidad microbiana y a una menor población intestinal de Bifidobacterias en adultos mayores, éstos últimos relacionados principalmente con enfermedad perianal^(28, 32,33).

Con relación al fenotipo en CU, nuestros resultados difieren de lo expuesto por otras revisiones, que describen

a la colitis de localización izquierda como la más frecuente en el 45%-51% de pacientes adultos mayores (7,27). Sin embargo, una serie latinoamericana determinó a la colitis extensa (40%) y a la proctitis (40%) como las más frecuentes (19), similar a lo mencionado por un estudio asiático (69% y 17%, respectivamente) (34).

Respecto a la actividad inflamatoria en la EC, el score CDAI fue 279,8 en adultos mayores frente a 323,2 en adultos jóvenes ($p < 0,05$). Estudios previos han mostrado una presentación menos agresiva de la EC en adultos mayores (35, 36). Un informe reciente realizado por Gupta *et al.*, en la India, reportó que el score CDAI fue menor en los adultos mayores. Asimismo, el registro francés EPIMAD mostró que el curso de la EC se mantuvo estable en el 91% de pacientes de la tercera edad, en un periodo de seguimiento aproximado de 6 años (17). Por otro lado, el índice de Mayo fue superior en los pacientes adultos mayores con CU (9,2 vs 7,1), aunque sin alcanzar diferencia estadísticamente significativa; nuestros resultados difieren a los de Gonçalves *et al.*, en un estudio retrospectivo de 310 pacientes con CU, quien reportó que el 75% de los pacientes adultos mayores presentaron un curso leve de la enfermedad (37), similares hallazgos a los descritos por Lin *et al.* (38).

Respecto al tratamiento médico, encontramos un menor uso tanto de azatioprina (2 frente 8, $p < 0,03$) y Anti-TNFs (9 frente 18, $p < 0,01$) en el tratamiento de adultos mayores con EC; no replicándose esta diferencia en CU. Diferentes reportes han demostrado la subutilización de los inmunosupresores y biológicos en este grupo poblacional (7, 15, 17, 18, 36), con resultados heterogéneos con relación a su eficacia y perfil de seguridad. Por un lado, los inmunosupresores son opciones convenientes por su administración oral y económicas (39), sin embargo, aumentarían el riesgo de eventos adversos incluyendo hepatotoxicidad, mielo supresión (28) y malignidad (linfoma no-Hodgkin, cáncer de piel no-melanoma) (40,41). Algunas cohortes observacionales han sugerido que los adultos mayores que inician anti-TNFs, tienen una tasa más baja de continuar el tratamiento a largo plazo y presentar eventos adversos severos, tales como infecciones (42,43). En nuestra serie, la menor prescripción de estos fármacos puede estar relacionada con un comportamiento menos severo de la enfermedad, asociado a preferir los medicamentos más accesibles, que aseguren la adherencia y con menor probabilidad de producir efectos adversos para el paciente adulto mayor bajo un enfoque individualizado.

Por otra parte, los corticoides y aminosalicilatos se usaron indistintamente en 14% y 42% de pacientes con EC; respectivamente, y en 10% y 69% de pacientes con CU. Nuestros hallazgos difieren de otras series, donde han descrito a los aminosalicilatos como los fármacos de mayor uso en los adultos mayores con EII, de 40% hasta 84% (17, 44). Sin embargo, si bien las guías actuales fundamentan su uso en la inducción y remisión de la CU leve a moderada, la eficacia en EC no está definida (39). Respecto a los corticoides, su uso en adultos mayores

es descrito desde 31% a 57% (15, 45); pese a tener un rol definido en la inducción de la EII y no en el mantenimiento, se ha observado un uso crónico de estos medicamentos en adultos mayores, con un rango de 20 a 40% (18, 27, 46, 47).

Un punto importante que considerar es la no existencia de algoritmos de tratamiento específicos desarrollados para los adultos mayores con EII, sumándose a ello la limitación científica por la frecuente exclusión de este grupo etario en los ensayos clínicos (48). Bajo ese panorama, muchas decisiones terapéuticas son realizadas extrapolando consensos de las poblaciones más jóvenes (49) y considerando ciertos aspectos como: el estado funcional y fragilidad del paciente (50), antecedentes médicos, polifarmacia (46), estado nutricional y contexto tanto familiar como socioeconómico (48).

La necesidad de tratamiento quirúrgico fue similar tanto en pacientes adultos jóvenes y mayores con EC y CU. Contrariamente a nuestros resultados, Nguyen *et al.*, encontró que los adultos mayores con CU tenían más probabilidades de ser intervenidos quirúrgicamente (18% vs 13%; OR=1,34, IC 95% 1,16–1,55) (51); resultados semejantes se replicaron en otros estudios (7, 52). En los pacientes con EC (31 vs 26%; OR=1,04, IC 95% 0,89–1,22) no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos poblacionales (51).

Una tasa baja de cirugía en nuestra población mayor puede atribuirse a un curso menos agresivo de la enfermedad; otros factores pueden influir en la decisión médica al tratarse de un tratamiento invasivo no exento de complicaciones y cuidados postquirúrgicos a tener en cuenta, según fragilidad y comorbilidades del paciente.

Entre las limitaciones de nuestro estudio incluye ser un estudio retrospectivo, con un número limitado de pacientes.

CONCLUSIÓN

Casi la mitad de los pacientes con EII de nuestra serie son adultos mayores. La localización colónica fue la más frecuente en EC, y en CU la colitis extensa e izquierda. Respecto al manejo, observamos un menor uso de azatioprina y terapia biológica en la población adulta mayor, sin diferencias significativas en el uso de corticoides y aminosalicilatos respecto a los adultos jóvenes. Se requiere de futuros estudios para evaluar el comportamiento y manejo de la enfermedad en este grupo etario en nuestra región.

Aspectos éticos

Se obtuvo la aprobación del Comité de Bioética de la institución para acceder a las historias clínicas de cada paciente. Los pacientes que ingresaron al estudio firmaron consentimiento informado.

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflicto de intereses de ningún tipo.

Financiación: Los autores declaran no haber recibido financiación económica de ningún tipo.

Contribucion de los autores: Los autores declaran haber contribuido equitativamente en la realización de este trabajo de investigación.

REFERENCIAS

- Molodecky N, Soon I, Rabi D, Ghali W, Ferris M, Chernoff G *et al.* Increasing Incidence and Prevalence of the Inflammatory Bowel Diseases With Time, Based on Systematic Review. *Gastroenterology*. 2012; 142(1), 46–54. DOI: 10.1053/j.gastro.2011.10.001
- Shivashankar R, Tremaine W, Harmsen W, & Loftus E. Incidence and Prevalence of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis in Olmsted County, Minnesota from 1970 through 2010. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2017; 15(6), 857–863. DOI: 10.1016/j.cgh.2016.10.039
- Coward S, Clement F, Benchimol EI, Bernstein CN, Avina-Zubieta JA, Bitton A, Carroll MW, Hazlewood G, Jacobson K, Jelinski S, *et al.* Past and future burden of inflammatory bowel diseases based on modeling of population-based data. *Gastroenterology*. 2019; 156(5): 1345–1353.e1344. DOI: 10.1053/j.gastro.2019.01.002
- Hussain S, Pardi D. Inflammatory Bowel Disease in the Elderly. *Drugs & Aging*. 2010; 27, 617–624.
- Loftus E, Silverstein MD, Sandborn WJ, Tremaine WJ, Harmsen WS, Zinsmeister AR. Crohn's disease in Olmsted County, Minnesota, 1940–1993: Incidence, prevalence and survival. *Gastroenterology*. 1998; 114: 1161–1168.
- Loftus E, Silverstein MD, Sandborn WJ, Tremaine WJ, Harmsen WS, Zinsmeister AR. Ulcerative colitis in Olmsted County, Minnesota, 1940–1993: Incidence, prevalence and survival. *Gut*. 2000; 46: 336–343.
- Ananthakrishnan AN, Shi HY, Tang W, *et al.* Systematic review and meta-analysis: phenotype and clinical outcomes of older-onset inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2016; 10: 1224–1236.
- Katz S, Pardi DS. Inflammatory bowel disease of the elderly: Frequently Asked Questions (FAQs). *Am J Gastroenterol*. 2011; 106(11): 1889–1897. DOI: 10.1038/ajg.2011.271
- Cohen-Mekelburg S, Waljee AK. Inflammatory Bowel Disease in the Older Adult. *Clin Geriatr Med*. 2021; 37 (1): 185–195. DOI: 10.1016/j.cger.2020.08.013
- Sturm A, Maaser C, Mendall M, Karagiannis D, Karatzas P, Ipenburg N *et al.* European Crohn's and Colitis Organisation Topical Review on IBD in the Elderly. *J Crohns Colitis*. 2017; 11(3): 263–273. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjw188
- Ahmed O, Nguyen G. Therapeutic challenges of managing inflammatory bowel disease in the elderly patient. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2016; 10(9): 1005–10. DOI: 10.1080/17474124.2016.1179579
- Ananthakrishnan AN. Environmental risk factors for inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol*. 2013; 9(6): 367–374.
- Shung D, Abraham B, Sellin J, Hou J. Medical and Surgical Complications of Inflammatory Bowel Disease in the Elderly: A Systematic Review. *Dig Dis Sci*. 2015; 60, 1132–1140. DOI: 10.1007/s10620-014-3462-2
- Greuter T, Manser C, Pittet V, Vavricka SR, Biedermann L. Gender Differences in Inflammatory Bowel Disease. *Digestion*. 2020; 101(Suppl 1): 98–104. DOI: 10.1159/000504701.
- Lakatos PL, David G, Pandur T, Erdelyi Z, Mester G, Balogh M *et al.* IBD in the elderly population: results from a population-based study in Western Hungary, 1977–2008. *J Crohns Colitis*. 2011; 5: 5–13
- Norgard BM, Nielsen J, Fonager K, Kjeldsen J, Jacobsen BA, Qvist N. The incidence of ulcerative colitis (1995–2011) and Crohn's disease (1995–2012) - based on nationwide Danish registry data. *J Crohns Colitis*. 2014; 8(10): 1274–80. DOI: 10.1016/j.crohns.2014.03.006
- Charpentier C, Salleron J, Savoye G, Fumery M, Merle V, Laberrenne JE, Vasseur F, Dupas JL, Cortot A, Dauchet L, *et al.* Natural history of elderly-onset inflammatory bowel disease: A population-based cohort study. *Gut*. 2014; 63: 423–432.
- Everhov A, Halfvarson J, Myrelid P, Sachs MC, Nordenvall C, Söderling J *et al.* Incidence and Treatment of Patients Diagnosed with Inflammatory Bowel Diseases at 60 Years or Older in Sweden. *Gastroenterology*. 2018; 154(3): 518–528.e15. DOI: 10.1053/j.gastro.2017.10.034
- Simian D, Estay C, Kronberg U, Yarur A, Castro M, Lubascher J *et al.* Enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes mayores de 60 años: ¿es una enfermedad diferente? *Rev Med Chile*. 2015; 143(6): 689–696.
- Duricova D, Burisch J, Jess T, Gower-Rousseau C, Lakatos PL. Age-related differences in presentation and course of inflammatory bowel disease: an update on the population-based literature. *J Crohns Colitis*. 2014; 8(11): 1351–61. DOI: 10.1016/j.crohns.2014.05.006
- Kedia S, Limdi JK, Ahuja V. Management of inflammatory bowel disease in older persons: evolving paradigms. *Intest Res*. 2018; 16(2): 194–208. DOI: 10.5217/ir.2018.16.2.194
- Calderón M, Minckas N, Nuñez S, Ciapponi A. Inflammatory Bowel Disease in Latin America: A Systematic Review. *Value Health Reg Issues*. 2018; 17: 126–134. DOI: 10.1016/j.vhri.2018.03.010
- Harper PC, McAuliffe TL, Beeken WL. Crohn's disease in the elderly. A statistical comparison with younger patients matched for sex and duration of disease. *Arch Intern Med*. 1986; 146(4): 753–5.
- Zammarchi I, Lanzarotto F, Cannatelli R, Munari F, Benini F, Pozzi A, Lanzini A, Ricci C. Elderly-onset vs adult-onset ulcerative colitis: a different natural history? *BMC Gastroenterol*. 2020; 20: 147.
- Nimmons D, Limdi JK. Elderly patients and inflammatory bowel disease. *World J Gastrointest Pharmacol Ther*. 2016; 7(1): 51–65.
- Wagtman MJ, Verspaget HW, Lamers CB, Van Hogeand RA. Crohn's disease in the elderly: a comparison with young adults. *J Clin Gastroenterol*. 1998; 27: 129–133.
- Rozich JJ, Dulai PS, Fumery M, Sandborn WJ, Singh S. Progression of Elderly Onset Inflammatory Bowel Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis of Population-Based Cohort Studies. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2020; 18(11): 2437–2447.
- Mañosa M, Calafat M, de Francisco R, García C, Casanova MJ, Huelín P *et al.* Phenotype and natural history of elderly onset inflammatory bowel disease: a multicentre, case-control study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2018; 47(5): 605–614.
- Mak J, Lok H, Wong K, Cheng TY, Yip T, Leung WK *et al.* Epidemiology and Natural History of Elderly-onset Inflammatory Bowel Disease: Results from a Territory-wide Hong Kong IBD Registry. *J Crohns Colitis*. 2021; 15(3): 401–408.
- Connelly TM, Berg AS, Harris L 3rd, Brinton D, Deiling S, Koltun WA. Genetic determinants associated with early age of diagnosis of IBD. *Dis Colon Rectum*. 2015; 58(3): 321–7. DOI: 10.1097/DCR.0000000000000274

31. Gisbert JP, Chaparro M. Systematic review with meta-analysis: inflammatory bowel disease in the elderly. *Aliment Pharmacol Ther.* 2014; 39(5): 459-77. DOI: 10.1111/apt.12616
32. Taleban S, Colombel JF, Mohler MJ, Fain MJ. Inflammatory bowel disease and the elderly: a review. *J Crohns Colitis.* 2015; 9(6): 507-15. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjv059
33. Keyashian K, Dehghan M, Sceats L, Kin C, Limketkai BN, Park KT. Comparative Incidence of Inflammatory Bowel Disease in Different Age Groups in the United States. *Inflamm Bowel Dis.* 2019; 25(12): 1983-1989. DOI: 10.1093/ibd/izz092
34. Matsumoto S, Miyatani H, Yoshida Y. Ulcerative colitis: comparison between elderly and young adult patients and between elderly patients with late-onset and long-standing disease. *Dig Dis Sci.* 2013; 58(5): 1306-12. DOI: 10.1007/s10620-012-2517-5
35. Saad AM, Czul F, Sakuraba A, Rubin DT, Cohen RD. Age of Diagnosis is Associated with Disease Presentation and Therapeutic Complications in Patients with Crohn's Disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2016; 22(5): 1027-31. DOI: 10.1097/MIB.0000000000000732
36. Juneja M, Baidoo L, Schwartz MB, et al. Geriatric inflammatory bowel disease: phenotypic presentation, treatment patterns, nutritional status, outcomes, and comorbidity. *Dig Dis Sci.* 2012; 57(9): 2408-2415.
37. Gonçalves TC, Dias de Castro F, Machado JF, Moreira MJ, Rosa B, Cotter J. Impact of the age of diagnosis on the natural history of ulcerative colitis. *Rev Esp Enferm Dig.* 2015; 107(10): 614-21. DOI: 10.17235/reed.2015.3736/2015
38. Lin WC, Chang CW, Shih SC, Wang HY, Hsu TC, Chu CH. The Clinical Features of Elderly-Onset Ulcerative Colitis. *J Intern Med Taiwan.* 2015; 26: 196-205.
39. Ananthakrishnan AN, Nguyen GC, Bernstein CN. AGA Clinical Practice Update on Management of Inflammatory Bowel Disease in Elderly Patients: Expert Review. *Gastroenterology.* 2021; 160(1): 445-451. DOI: 10.1053/j.gastro.2020.08.060
40. Beaugerie L, Brousse N, Bouvier AM, Colombel JF, Lémann M, Cosnes J et al. Lymphoproliferative disorders in patients receiving thiopurines for inflammatory bowel disease: a prospective observational cohort study. *Lancet.* 2009; 374(9701): 1617-25. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61302-7
41. Abbas AM, Almukhtar RM, Loftus EV Jr, Lichtenstein GR, Khan N. Risk of melanoma and non-melanoma skin cancer in ulcerative colitis patients treated with thiopurines: a nationwide retrospective cohort. *Am J Gastroenterol.* 2014; 109(11): 1781-93. DOI: 10.1038/ajg.2014.298
42. Lobaton T, Ferrante M, Rutgeerts P, Ballet V, Van Assche G, Vermeire S. Efficacy and safety of anti-TNF therapy in elderly patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015; 42(4): 441-51. DOI: 10.1111/apt.13294
43. Jong M, Smits L, Van Ruijven B, De Broeder N, Russel M, Römkens T et al. Increased Discontinuation Rates of Anti-TNF Therapy in Elderly Inflammatory Bowel Disease Patients. *Journal of Crohn's and Colitis.* 2020; 14(7): 888-895
44. Ha CY, Katz S. Clinical outcomes and management of inflammatory bowel disease in the older patient. *Curr Gastroenterol Rep.* 2013; 15(2): 310. DOI: 10.1007/s11894-012-0310-4
45. Gower-Rousseau C, Vasseur F, Fumery M, et al. Epidemiology of inflammatory bowel diseases: new insights from a French population-based registry (EPIMAD). *Dig Liver Dis.* 2013; 45 (2): 89-94.
46. Parian A, Ha CY. Older age and steroid use are associated with increasing polypharmacy and potential medication interactions among patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2015; 21(6): 1392-400. DOI: 10.1097/MIB.0000000000000391
47. Fries W, Viola A, Manetti N, Frankovic I, Pugliese D, Monterubbianesi R et al. Disease patterns in late-onset ulcerative colitis: Results from the IG-IBD "AGED study". *Dig Liver Dis.* 2017; 49(1): 17-23.
48. Vieujeun S, Bénédicte C, Jairath V, Benetos A, Danese S, Louis E et al. Is it time to include older adults in inflammatory bowel disease trials? A call for action. *Lancet.* 2022; 3 (5): e356-e366.
49. Hruz P, Juillerat P, Kullak-Ublick GA, Schoepfer AM, Mantzaris GJ, Rogler G. Management of the Elderly Inflammatory Bowel Disease Patient. *Digestion.* 2020; 14: 1-15.
50. Kochar B, Orkaby AR, Ananthakrishnan AN, Ritchie CS. Frailty in inflammatory bowel diseases: An emerging concept. *Therap Adv Gastroenterol.* 2021; 14: 17562848211025474. DOI: 10.1177/17562848211025474
51. Nguyen GC, Bernstein CN, Benchimol EI. Risk of Surgery and Mortality in Elderly-onset Inflammatory Bowel Disease: A Population-based Cohort Study. *Inflamm Bowel Dis.* 2017; 23(2): 218-223.
52. Arnott I, Rogler G, Halfvarson J. The Management of Inflammatory Bowel Disease in Elderly: Current Evidence and Future Perspectives. *Inflamm Intest Dis.* 2018 Jul; 2(4): 189-199. DOI: 10.1159/000490053

Correspondencia:

Juan Eloy Paredes Méndez

Dirección: Calle Guardi 142 departamento 102 San Borja, Lima, Perú.

Teléfono: 993492239

E-mail: dr.juanp@gmail.com