



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## Exposición de trabajos libres en cartel

Domingo 17 de noviembre de 2024

### Enfermedad inflamatoria intestinal

#### Dom037

#### EFICACIA Y SEGURIDAD DEL RETRATAMIENTO CON UPADACITINIB DESPUÉS DE LA INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO EN COLITIS ULCEROSA: DATOS DEL ESTUDIO DE EXTENSIÓN ABIERTO DE FASE 3 U-ACTIVATE

R. Panaccione, B. Tapia-Contla, J. Frédéric-Colombel, M. Dubinsky, T. Hisamatsu, V. Remple, A. Garrison, J. Klaff, M. Kujawski, S. Vermeire, Universidad de Calgary, Calgary, Canadá

**Introducción:** El upadacitinib (UPA) es un inhibidor oral reversible de la cinasa Janus (JAK), de modo específico (JAK1), para el tratamiento de adultos con colitis ulcerosa (CU) moderada a gravemente activa. Los JAKi pueden suspenderse de forma temporal (operaciones o infecciones) o por interacciones farmacológicas. Las consecuencias clínicas de suspender y reiniciar el UPA aún no se han caracterizado; aquí se evalúan la eficacia y la seguridad del retratamiento con UPA en pacientes que perdieron la respuesta después de la interrupción del tratamiento.

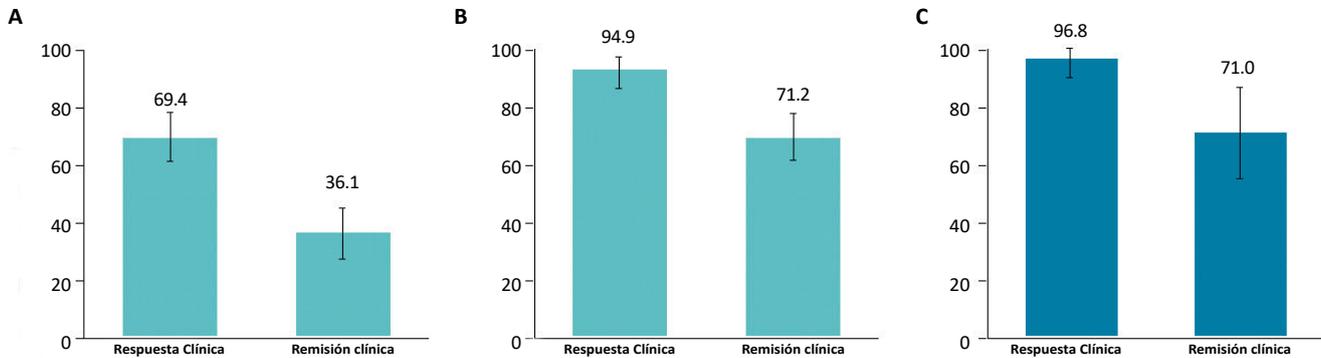
**Objetivo:** Evaluar la eficacia y la seguridad del retratamiento con upadacitinib en pacientes que perdieron la respuesta después de suspender el tratamiento con UPA.

**Material y métodos:** Diseño del estudio: los pacientes con respuesta clínica al tratamiento de inducción con UPA (45 mg una vez al día [QD]) de ocho semanas en los estudios U-ACHIEVE o U-ACCOMPLISH de ocho semanas se reasignaron a placebo (PBO), UPA (15 mg QD) o UPA (30 mg QD) para la fase de mantenimiento de 52 semanas de U-ACHIEVE. Los pacientes aleatorizados a PBO que perdieron la respuesta podían ingresar a la extensión a largo plazo (ELP), U-ACTIVATE, y ser tratados con UPA (15 mg QD). Los pacientes que después tuvieron una respuesta inadecuada a UPA de 15 mg QD podían aumentar la dosis a UPA de 30 mg QD. En este análisis se incluyó a los pacientes

con dosis crecientes entre las semanas 2 y 36. Evaluaciones: la respuesta clínica y la remisión se analizaron en las semanas 4 y 48. Las tasas de episodios ajustadas por exposición de efectos adversos emergentes del tratamiento y los efectos adversos de interés especial, incluidos las anomalías de laboratorio, HZ, neoplasias malignas, TVE, episodios cardiovasculares adversos mayores y perforaciones gastrointestinales, se evaluaron a lo largo del estudio. **Resultados:** De 223 pacientes con respuesta clínica a inducción de UPA de 45 mg QD y aleatorizados a PBO durante el mantenimiento, 12 (5,2%) perdieron la respuesta, 110 ingresaron a la ELP y se retrataron con UPA de 15 mg QD. Los pacientes con pérdida de la respuesta, en comparación con aquellos sin pérdida, tenían más probabilidades de mostrar antecedentes de respuesta inadecuada, pérdida de respuesta o intolerancia a  $\geq 1$  fármaco biológico (Bio-IR) (57,1% vs. 46,8%, respectivamente) o consumo de corticosteroides al inicio del estudio (42,0% vs. 33,3%). De los 110 pacientes que se retrataron con UPA de 15 mg QD, 38 (34,5%) avanzaron a UPA de 30 mg QD (media [DE] de días hasta el aumento: 80,3 [57,8]). Después de cuatro semanas de retratamiento con UPA de 15 mg QD, 69,4% y 36,1% de los pacientes lograron respuesta clínica y remisión (Figura 1A). De los 59 pacientes que permanecieron con UPA de 15 mg QD durante 48 semanas, 94,9% y 71,2% lograron respuesta clínica y remisión (Figura 1B). De 31 pacientes cuya dosis pasó a UPA de 30 mg QD, 96,8% y 71,0% consiguieron respuesta clínica y remisión en la semana 48 de retratamiento (Figura 1C). Se analizó a 225 pacientes con 128,7 PY de exposición (pérdida de respuesta [n = 112], 42,6 PY sin pérdida de respuesta [n = 113] y 86,1 PY).

**Conclusiones:** Los pacientes con pérdida de respuesta, después de la interrupción del UPA durante el mantenimiento, tenían más probabilidades de mostrar antecedentes de respuesta inadecuada, pérdida de respuesta o intolerancia a  $\geq 1$  fármaco biológico (bio-IR) o corticosteroides al inicio del estudio. En pacientes que experimentan pérdida de respuesta, luego de suspender el tratamiento con UPA, la eficacia puede recuperarse después de un nuevo tratamiento con UPA de 15 mg una vez al día (QD) y avanzar a UPA de 30 mg QD en caso de respuesta inadecuada. No se identificarán nuevas señales de seguridad.

**Figura 1.** A, entre pacientes con una SFS y una RBS medias diarias  $< 2,1$  en la semana de mantenimiento 0: una SFS y una RBS cada una  $\geq 1$  punto mayor que el valor de la semana de mantenimiento 0 en dos visitas consecutivas con un intervalo  $\geq 14$  días. Entre los pacientes con SFS o RBS  $\geq 2,1$  en la semana de mantenimiento 0: un SFS o RBS  $\geq 1$  punto mayor que el valor de la semana de mantenimiento 0 en dos visitas consecutivas con  $\geq 14$  días de diferencia. B, disminución parcial de la puntuación de Mayo adaptada  $\geq 1$  y  $\geq 30\%$  desde el inicio, más una disminución en la RBS  $\geq 1$  o una RBS absoluta  $\leq 1$ . C, Mayo SFS parcialmente adaptado  $\leq 1$  y RBS = 0. ELP, extensión a largo plazo; QD, una vez al día; RBS, subpuntuación de sangrado rectal; SFS, subpuntuación de frecuencia de deposiciones; UPA, upadacitinib. (Dom037)



**Financiamiento:** AbbVie financió este estudio y participó en su diseño, investigación, análisis, recopilación de datos, interpretación de los datos y revisión y aprobación de la publicación.

## Dom038

### RISANKIZUMAB VERSUS USTEKINUMAB PARA LOGRAR REMISIÓN CLÍNICA Y LA REDUCCIÓN DE BIOMARCADORES INFLAMATORIOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN DE MODERADA A GRAVE: RESULTADOS DEL ESTUDIO FASE III B SEQUENCE

M. Dubinsky, A. García-Martell, M. Ferrante, R. A. Raja-Atreya, B. Abraham, A. Armuzzi, L. Peyrin-Biroulet, P. Bossuyt, M. Regueiro, S. Schreiber, Centro Clínico de Eli Sussan y Leonard Feinstein, Escuela de Medicina Icahn en Mount Sinai, Nueva York, Estados Unidos

**Introducción:** La mejoría de los resultados clínicos y la normalización de los marcadores de inflamación son objetivos de tratamiento importantes según el consenso STRIDE-II para pacientes con enfermedad de Crohn (EC).

**Objetivo:** El estudio SEQUENCE comparó la eficacia y la seguridad del risankizumab (RZB), un inhibidor de la interleucina (IL)-23 p19, y el ustekinumab (UST), un inhibidor de IL-12/IL-23 p40, en pacientes con EC de moderada a grave con falla a tratamientos inhibidores del factor de necrosis tumoral (iT-NF)- $\alpha$ . El RZB cumplió ambos criterios de valoración primarios (semana 24, remisión clínica en 50% de la población [RZB no inferior respecto de UST]; y semana 48, remisión endoscópica [RZB superior sobre UST]). SEQUENCE evaluó la eficacia de RZB contra UST en relación con los cambios desde la línea basal (LB) en la proteína C reactiva (PCR) y la calprotectina fecal (CF), así como un criterio de valoración compuesto de normalización de CF o PCR y remisión clínica (remisión biológica).

**Materiales y métodos:** SEQUENCE (NCT04524611) fue un estudio de etiqueta abierta, multicéntrico, aleatorizado, de evaluación de eficacia y cegado. En el análisis primario de eficacia se aleatorizó a los pacientes 1:1 para recibir RZB (inducción intravenosa [IV] de 600 mg en las semanas 0, 4 y 8 seguida de la dosificación de mantenimiento subcutánea [SC] de 360 mg cada 8 semanas [q8w] a partir de la semana 12) o UST (dosis de inducción IV única basada en peso, seguida de dosificación de mantenimiento de 90 mg SC, tratamiento q8w a partir de la semana 8) hasta la semana 48. La aleatorización se estratificó por el uso de esteroides desde la LB y el número de tratamientos anti-TNF fallidos. Los análisis *post hoc* evaluaron el cambio de la LB en CF y PCR de alta sensibilidad (AS) en las semanas 8, 24 y 48 mediante un modelo de efectos mixtos con medidas repetidas. La remisión biológica (remisión clínica [CDAI  $< 150$ ] y CF  $\leq 250$  mg/kg o PCR-AS  $\leq 5$  mg/L) fue un punto de criterio de valoración de eficacia preespecificado, no clasificado en las semanas 24 y 48 (análisis *post hoc* en la semana 8); también se evaluó en los mismos cortes de tiempo con imputación de no respondedor al tiempo que

se incorporaba la imputación múltiple para manejar datos faltantes debido a COVID-19 y conflictos geopolíticos (véase la nota al pie de la Figura 1). Estos criterios de valoración se evaluaron en la población completa de pacientes. Las diferencias de tratamiento se ajustaron para los factores de estratificación de aleatorización. Todos los valores de p son nominales.

**Resultados:** Desde la semana 8 se observó una mayor reducción con RZB respecto de UST, de LB en CF (semana 8: -1014,0 [CI -1379,4 a -648,5] vs. -650,2 [CI -997,8 a -302,7]) y PCR-AS (semana 8: -10,6 [CI -13,0 a -8,2] vs. -5,5 [CI -7,8 a -3,1],  $p < 0,01$ ). En las semanas 8, 24 y 48, una mayor proporción de pacientes con RZB en comparación con UST logró remisión biológica (semana 8: 26,3% vs. 21,9%; semana 24: 42,8% vs. 24,9%,  $p < 0,0001$ ; semana 48: 46,3% vs. 27,5%,  $p < 0,0001$ ) (Figura 1). Los perfiles de seguridad de RZB y UST fueron consistentes con los resultados publicados.

**Conclusiones:** Una mayor proporción de pacientes con EC que fallaron a los tratamientos iTNF- $\alpha$  logró la remisión biológica con RZB respecto del UST. Las reducciones promedio en los biomarcadores inflamatorios fueron mayores con RZB y menores con UST y se demostraron desde la semana 8.

**Financiamiento:** AbbVie financió este estudio y participó en el diseño del estudio, investigación, análisis, recolección de datos, interpretación de datos, revisión y aprobación del resumen.

## Dom039

### VALOR CLÍNICO DEL PH FECAL COMO BIOMARCADOR DE NIVEL DE ACTIVIDAD EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

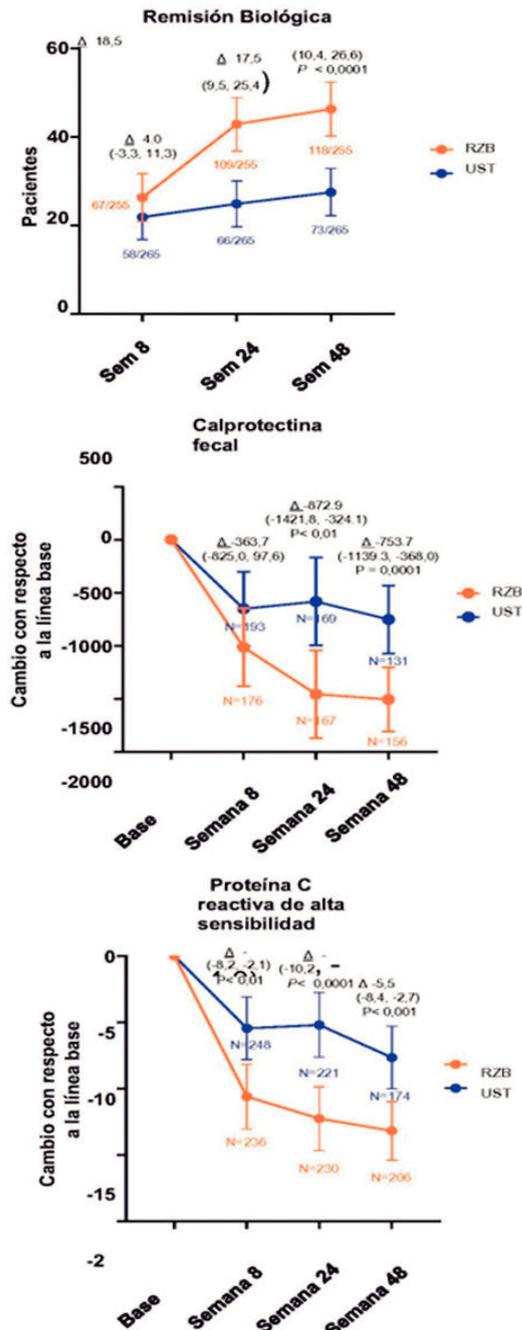
A. Salazar-Zamudio, E. E. R. Bernal-Hernández, E. G. Salgado-Parra, R. Espinoza-Acuña, ISSSTE

**Introducción:** El pH fecal se relaciona con la microbiota intestinal y es un estudio de bajo costo y fácil acceso; un valor  $< 6$  puede vincularse con trastornos digestivos y malabsorción de carbohidratos. La relación del pH de las heces con otros biomarcadores de actividad de enfermedades inflamatorias intestinales aún no está bien establecida. En la enfermedad inflamatoria intestinal existen diversos factores que contribuyen a la disbiosis, caracterizada por un desequilibrio entre la microbiota intestinal beneficiosa y oportunista. Medir el pH fecal puede ser una forma sencilla y rentable de valorar el grado de actividad de la colitis ulcerosa e identificar brotes de actividad, lo cual representa la oportunidad de realizar modificaciones pertinentes en el tratamiento.

**Objetivo:** Evaluar la utilidad del pH fecal como biomarcador de actividad de la enfermedad en pacientes con colitis ulcerosa.

**Materiales y métodos:** Se condujo un estudio observacional descriptivo de 62 pacientes con colitis ulcerosa diagnosticada por biopsia en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México. Se recogieron resultados de muestras de heces y sangre y se evaluó el pH fecal mediante estudio coprológico para realizar una comparación entre grupos con distinto grado de actividad de la

Figura 1. (Dom038)



$\Delta$ , diferencia de tratamiento; RZB, risankizumab; UST, ustekinumab. En la LB, todos los pacientes presentaban EC de moderada a grave, que se definió como un CDAI = 220-450, frecuencia media diaria de heces  $\geq 4$  o puntuación media diaria de dolor abdominal  $\geq 2$ , y calificación endoscópica simple para EC  $\geq 6$  ( $\geq 4$  para enfermedad ileal aislada). Todos los análisis se realizaron en la población con intención de tratar (ITT1), que incluyó a todos los pacientes aleatorizados a ustekinumab o al régimen de dosificación seleccionado para risankizumab (600 mg para inducción, 360 mg para mantenimiento) y que recibieron al menos una dosis del fármaco del estudio. Para la remisión biológica, la determinación puntual y IC95% para la diferencia de tratamiento entre grupos (grupo RZB menos grupo UST) se ajustaron mediante los factores de estratificación de aleatorización. Los resultados para calprotectina fecal y proteína C reactiva se basan en la medición repetida del modelo de efecto mixto con los efectos fijos categóricos del tratamiento; la interacción visita y tratamiento por visita, los factores de estratificación y las covariables fijas continuas de las mediciones basales se incluyen en el modelo. Todos los valores de p son nominales.

enfermedad según el índice de Truelove y Witts. El análisis de variables se realizó con el programa estadístico SPSS versión 23; del total de la población estudiada, el 59,7% (37) correspondió a mujeres y el 40,3% (25) a hombres. La media de edad fue de 55 años con una desviación estándar de  $\pm 16$ . En relación con el pH fecal, se identificó una media de 6,76 y una desviación estándar de  $\pm 0,592$ . En relación con el grado de actividad de la colitis ulcerosa con el índice de Truelove y Witts, el 75,8% (47) de los pacientes cursaba con colitis ulcerosa inactiva, 9,7% (6) con colitis ulcerosa leve, 6,5% (4) con colitis ulcerosa moderada y 8,1% (5) con colitis ulcerosa grave. Se utilizó la clasificación de Montreal para valorar la extensión de la enfermedad.

**Resultados:** El análisis estadístico empleó el coeficiente de correlación de Pearson (Tabla 1) para calcular la relación entre el pH y la actividad de la colitis ulcerosa y el índice de Truelove y Witts para identificar una relación inversamente proporcional de -0,048 con una significancia estadística bilateral de 0,713 (estadísticamente no significativa). El análisis de varianza (ANOVA) para determinar la relación entre pH fecal y los diferentes grados de actividad de la colitis ulcerosa encontró valores sin significancia estadística en todos los grados. El ANOVA del pH fecal, en comparación con los diferentes grados de extensión de la enfermedad mediante la clasificación de Montreal, muestra valores con carencia de significancia estadística.

**Conclusiones:** Las alteraciones en el pH fecal pueden ser el resultado de cambios en la microbiota intestinal secundaria a procesos de fermentación que se relacionan con la alimentación y el estado nutricional de los pacientes, razón por la cual la dieta puede ser un factor importante para los síntomas en pacientes con colitis ulcerosa y su grado de actividad. A pesar de ello, en este estudio no se identificó una relación significativa entre la acidez de las heces fecales y el grado de actividad de colitis ulcerosa, por lo que se requiere mayor investigación para confirmar los hallazgos entre la relación de pH fecal, síntomas y actividad.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom040

### COMPARACIÓN DE RESPUESTA CLÍNICA, BIOQUÍMICA, ENDOSCÓPICA E HISTOLÓGICA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COLITIS ULCEROSA EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB Y GOLIMUMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE PUEBLA

A. Galindo-Félix, L. Sánchez-Reza, I. D. Espinoza-Villalobos, J. J. Durán-Castro, G. López-Urbina, A. D. Lugo-García, J. A. Ortega-Tecuatl, A. P. Escobedo-Zúñiga, Unidades Médicas de Alta Especialidad, UMAE Puebla, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria intestinal de causa multifactorial en la que intervienen factores ambientales, genéticos y alteraciones en el microbioma intestinal en personas predisuestas genéticamente. Los fármacos biológicos, en especial anti-TNF, han innovado el control terapéutico y hoy en día son el pilar de tratamiento a largo plazo de la colitis ulcerosa resistente para lograr y mantener un estado de remisión sin enfermedad.

**Objetivo:** Comparar la respuesta clínica, bioquímica, endoscópica e histológica de infliximab y golimumab en pacientes con colitis ulcerosa resistentes al tratamiento convencional del Centro Médico Nacional, Manuel Ávila Camacho, Puebla.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio con diseño transversal, observacional, retrospectivo y analítico mediante la identificación de pacientes de ambos sexos,  $\geq 18$  años con diagnóstico de colitis ulcerosa del 2022 al 2023 que mostraron resistencia al tratamiento convencional, luego de 12 meses de inicio de tratamiento biológico con infliximab o golimumab. Variables: edad, género, ciudad de origen, características clínicas, manifestaciones extraintestinales. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con estadística descriptiva y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas; para variables cualitativas se usaron frecuencias y porcentajes. Para el análisis bivariado se usó ji cuadrada y se consideró una  $p < 0,05$  como significativa.

**Resultados:** Se incluyó a 26 pacientes bajo tratamiento con infliximab (12 pacientes) y golimumab (14 pacientes) resistentes al tratamiento convencional, con 46,15% de mujeres y 53,84% de hombres; el promedio de edad fue de 39,07 años (con una desviación estándar de  $\pm 12,72$ ); el 65,38% era originario de Puebla y el 34,62% de estados como Tlaxcala y Ciudad de México.

Tabla 1. Coeficiente de correlación de Pearson. (Dom039)

		Hb	Hto	VCM	Leucocitos	VSG	PCR	Truelove y Witts	Edad
pH fecal	Correlación de Pearson	-0,026	0,098	-0,143	0,023	-0,083	0,041	-0,048	0,027
	Sig. (bilateral)	0,840	0,450	0,267	0,857	0,521	0,751	0,713	0,835
Hb	Correlación de Pearson		0,549**	0,226	0,015	-0,052	-0,333**	-0,119	-0,233
	Sig. (bilateral)		0,000	0,077	0,907	0,685	0,008	0,357	0,069
Hto	Correlación de Pearson			0,001	-0,032	0,041	-0,263*	-0,148	-0,209
	Sig. (bilateral)			0,995	0,806	0,750	0,039	0,250	0,103
VCM	Correlación de Pearson				-0,123	0,178	-0,033	0,023	0,196
	Sig. (bilateral)				0,342	0,166	0,799	0,862	0,128
Leucocitos	Correlación de Pearson					0,058	-0,019	-0,070	-0,445**
	Sig. (bilateral)					0,653	0,884	0,587	0,000
VSG	Correlación de Pearson						0,013	0,082	0,203
	Sig. (bilateral)						0,919	0,525	0,113
PCR	Correlación de Pearson							0,042	0,092
	Sig. (bilateral)							0,747	0,479
Truelove y Witts	Correlación de Pearson								-0,012
	Sig. (bilateral)								0,927

\*La correlación es significativa en el nivel de 0,05 (bilateral).

\*\*La correlación es significativa en el nivel de 0,01 (bilateral).

Hb, hemoglobina; Hto, hematócrito; VCM, volumen corpuscular medio; VSG, velocidad de sedimentación globular; PCR, proteína C reactiva.

En esta última cifra se identificó dependencia a los corticoides y resistencia a estos fármacos en 1 paciente (3,85%). En el 26,92% de los pacientes había alguna manifestación extraintestinal como artralgias (15,38), epiescleritis (7,69%) y colangitis esclerosante primaria y cirrosis hepática Child-Pugh B en 1 paciente (3,85%). Respecto de la extensión de la enfermedad por la escala de Montreal, 4 (15,38%) mostraron proctitis E1, 10 (38,46%) colitis izquierda E2 y 12 (46,15%) pancolitis E3. En cuanto al índice endoscópico de Mayo, 16 pacientes (61,53%) registraron un índice de Mayo 0, 8 (30,76%) de Mayo 1 y 2 (7,69%) actividad de Mayo 2. En cuanto al informe histológico, 20 pacientes (76,92%) mostraron actividad leve de Geboes 1,1 y 6 (23,08%) no revelaron cambios en la configuración. Hasta 21 pacientes (80,76%) experimentaron remisión clínica por el índice de Truelove, 5 (19,23%) actividad moderada; 2 pacientes hombres, adultos jóvenes y originarios del estado de Tlaxcala sufrieron un brote grave de la enfermedad cuando se realizó el cambio del fármaco biológico de infliximab a golimumab. Se comparó la respuesta al tratamiento tras 12 meses del inicio con infliximab y golimumab demostrada por el índice de Mayo clínico ( $p = 0,71$ ) e índice de Truelove ( $p = 0,09$ ) en ambos casos; los resultados no fueron estadísticamente significativos (Tabla 1). **Conclusiones:** Este estudio establece que el tratamiento con infliximab y golimumab no mostró diferencia significativa en la respuesta clínica, endoscópica, bioquímica e histológica en pacientes con colitis ulcerosa resistente y que se asemeja a la notificada en las publicaciones médicas; sin embargo, es importante considerar algunos factores que pueden contribuir a la falla de respuesta, como el estado de origen, el género y la extensión de la enfermedad. **Financiamiento:** Ninguno.

## Dom041

### EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA COLITIS ULCEROSA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PUEBLA: COMPARACIÓN DE ÍNDICES CLÍNICOS Y REPORTE HISTOPATOLÓGICO

M. Molina-López, K. Romero-Gómez, D. G. Lindoro-Barraza, M. S. Cuevas-Maldonado, Centro Médico Nacional Manuel Ávila Camacho, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** En términos históricos, la gravedad de la colitis ulcerosa (CU) se ha evaluado con los criterios de Truelove y Witts. Estos criterios son fáciles

Tabla 1. Caracterización de pacientes, factores demográficos, clínicos, endoscópicos e histológicos de pacientes con CU. (Dom040)

Variable	Número de pacientes	%
<b>Género</b>		
Hombres	14	53,85
Mujeres	12	46,15
<b>Edad promedio</b>	39 ( $\pm 12,72$ )	-
<b>Lugar de origen</b>		
Puebla	17	65,38
Otros estados	9	34,62
<b>Corticoides</b>		
Dependencia de corticoides	9	34,62
Resistencia de corticoides	1	3,85
<b>Manifestaciones extraintestinales</b>		
Artralgias	4	15,38
Epiescleritis	2	7,69
CEP y cirrosis Child-Pugh B	1	3,85
<b>Tratamiento recibido</b>		
Infliximab	12	46,15
Golimumab	14	53,85
<b>Respuesta al tratamiento</b>		
<b>Extensión de enfermedad por Montreal</b>		
Proctitis E1	2 (16,67%)	0
Colitis izquierda E2	4 (33,33%)	8 (57,14%)
Pancolitis E3	6 (50%)	6 (42,86%)
<b>Remisión endoscópica Mayo</b>		
Normal 0	8 (66,67%)	8 (57,14%)
Leve 1	4 (33,33%)	5 (35,71%)

Moderado 2	0	1 (7,14%)
Grave 3	0	0
<b>Índice de Geboes</b>	<b>Infliximab y golimumab</b>	<b>%</b>
Leve	20	76,92
Cambios de configuración	6	23,08
<b>Índice de Truelove-Witts</b>	<b>Infliximab</b>	<b>Golimumab</b>
Inactivo	5 (42,66%)	6 (42,85%)
Leve	3 (25%)	7 (50%)
Moderado	4 (33,33%)	1 (7,14%)

de usar y útiles para determinar la necesidad de hospitalización, no ofrecen una medida cuantitativa o a largo plazo de la gravedad, excluyen síntomas nocturnos y manifestaciones extraintestinales, y no consideran la gravedad endoscópica o histopatológica. Se han propuesto varios índices cuantitativos para evaluar la actividad de la enfermedad como la puntuación de Mayo, el índice Seo, el índice de Rachmilewitz, el índice de actividad clínica simple de colitis (SCCAI), el PRO2, y otros más. De estos índices de actividad clínica no validados existe un consenso general de que se correlacionan con la actividad endoscópica de la enfermedad.

**Objetivo:** Comprobar la eficacia de estas escalas para valorar su sensibilidad y especificidad en la población mexicana en un hospital de especialidades.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio comparativo de proceso, escrutinio y transversal. La población del estudio consistió en pacientes con diagnóstico confirmado de CU que acudieron a la consulta externa del hospital. Se seleccionó a 49 pacientes mediante un muestreo por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron: mujeres u hombres, con edad de 25 a 55 años de edad, diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal de tipo colitis ulcerativa crónica idiopática establecido por biopsia, pacientes atendidos en el Hospital de Especialidades Manuel Ávila Camacho del IMSS, con colonoscopia y estudios de laboratorio para confirmar datos de actividad. Criterios de exclusión: diagnóstico de colitis indeterminada, enfermedad de Crohn y CUCI con proctocoliectomía. Los datos recopilados se analizaron con GraphPad 10. Se calcularon las medidas de centralización y dispersión para los parámetros clínicos y bioquímicos. Se utilizó el método de Wilson-Brown para la sensibilidad y la especificidad.

**Resultados:** Se incluyeron 49 evaluaciones de pacientes dentro de las consultas para valorar la gravedad de la enfermedad en pacientes mexicanos con diagnóstico definitivo de CUCI. Se evaluó la comparación del informe histopatológico como parámetro y norma de referencia, con el índice de Truelove y Witts modificado, índice del Colegio Americano de Gastroenterología del 2019, índice de Mayo subendoscópico e índice integral de Yamamoto-Furusho. De acuerdo con los resultados, se realizó un promedio ponderal de acuerdo con cada una de las categorías con resultados de las escalas: Truelove y Witts modificado (S: 0,33-E: 0,78), índice del Colegio Americano de Gastroenterología del 2019 (S: 0,55-E: 0,85), índice de Mayo subendoscópico (S: 0,67-E: 0,86) e índice integral de Yamamoto-Furusho (S: 0,76-E: 0,89) (Tabla 1).

**Conclusiones:** Aunque algunas de las escalas evaluadas carecen de validación formal, se ha señalado que las utilizadas en la práctica clínica diaria pueden no proporcionar una evaluación precisa de la actividad de la enfermedad en pacientes con colitis ulcerosa idiopática (CUCI). En este estudio se valoró el desempeño de varias escalas clínicas y se observó que la sensibilidad de la escala de Truelove y Witts decreció significativamente al no tener pacientes en la categoría de actividad grave de la enfermedad. La escala ACG2019 demostró una sensibilidad moderada en la detección de la enfermedad leve y moderada. La sensibilidad de la escala de Mayo fue consistente en todos los grados de gravedad. El índice de Yamamoto-Furusho mostró el mejor desempeño entre todas las escalas evaluadas, con una sensibilidad superior en la detección de la actividad de la enfermedad en todos los grados de gravedad, incluso en la categoría de actividad grave de la enfermedad.

**Financiamiento:** Sin financiamiento.

Tabla 1. Resultados y comparación de escalas. (Dom041)

Escalas	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN
Actividad de enfermedad: remisión				
RHP vs. Truelove y Witts	0,45	0,85	0,71	0,65
RHP vs. ACG2019	0,69	0,86	0,64	0,88
RHP vs. índice de Yamamoto	0,68	0,87	0,73	0,85

RHP vs. Mayo	0,75	0,86	0,64	0,91
Actividad enfermedad: leve				
RHP vs. Truelove y Witts	0,30	0,73	0,50	0,54
RHP vs. ACG2019	0,50	0,74	0,21	0,91
RHP vs. índice de Yamamoto	0,70	0,82	0,50	0,91
RHP vs. Mayo	0,66	0,80	0,42	0,91
Actividad enfermedad: moderada				
RHP vs. Truelove y Witts	0,25	0,73	0,07	0,91
RHP vs. ACG2019	0,47	0,92	0,84	0,66
RHP vs. índice de Yamamoto	0,68	1,0	1,0	0,83
RHP vs. Mayo	0,52	0,87	0,69	0,77
Actividad enfermedad: grave/fulminante				
RHP vs. Truelove y Witts	-	0,83	0,0	1,0
RHP vs. ACG2019	0,57	0,90	0,50	0,92
RHP vs. índice de Yamamoto	1,0	0,89	0,37	1,0
RHP vs. Mayo	0,54	0,94	0,75	0,87

## Dom042

### ANÁLISIS DEMOGRÁFICO DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA SOMETIDOS A PROCTOCLECTOMÍA RESTAURATIVA CON RESERVORIO ILEAL: UN ESTUDIO UNICÉNTRICO DE LOS ÚLTIMOS 12 AÑOS

M. Philippe-Ponce, E. Contreras-Avilés, A. Guinea-Lagunes, S. G. Almeida-Del Prado, R. Y. López-Pérez, J. A. Villanueva-Herrero, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Coloproctología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) se caracteriza por una inflamación crónica idiopática confinada al colon y el recto. La proctocoliectomía restaurativa con reservorio ileal (PCRRI) es el tratamiento quirúrgico de elección para los pacientes con CUCI que requieren una operación electiva. Este procedimiento se ha vuelto menos invasivo y, en general, proporciona una calidad de vida satisfactoria, salvo en los casos en que los pacientes desarrollan complicaciones posteriores, como la *pouchitis*. La evolución de las técnicas quirúrgicas, la preparación preoperatoria y el seguimiento posoperatorio son clave para mejorar los resultados de largo plazo. **Objetivo:** Evaluar y analizar los resultados clínicos y las complicaciones en pacientes con CUCI sometidos a PCRRI en un servicio de coloproctología de un hospital de tercer nivel en México.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo en pacientes con CUCI sometidos a PCRRI en el servicio de coloproctología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga durante el periodo comprendido entre 2010 y 2022. La muestra incluyó a 14 pacientes y se analizaron variables demográficas y clínicas a partir de los registros médicos. Para el análisis estadístico se usaron medidas de tendencia central (media) y dispersión (desviación estándar) para variables cuantitativas, así como frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Para el análisis de los datos se empleó el paquete estadístico SPSS versión 24.

**Resultados:** De los pacientes incluidos en este estudio, el 57,9% correspondió a mujeres. La edad promedio de los pacientes fue de 34,86 años, con una desviación estándar de 7,94 años. Todos los pacientes (100%) se diagnosticaron con CUCI y extensión E3 (pancolitis), según la clasificación de Montreal. Los pacientes se sometieron a PCRRI por falta de respuesta al tratamiento quirúrgico. La técnica quirúrgica más común fue la proctocoliectomía total con reservorio en "J", realizada en 13 pacientes (92,9%). Un paciente (7,1%) se sometió a una proctocoliectomía total con reservorio en "D". Hubo un caso de falla del reservorio (7,1%), en la cual se practicó la escisión de este y la confección de un nuevo reservorio en "W". Un paciente, al principio diagnosticado con CUCI E3, se reclasificó como enfermedad de Crohn (Montreal A2L4B2), 17 años después de la confección del reservorio y en la actualidad bajo tratamiento con antiinterleucina 12-23. El intervalo de tiempo entre el diagnóstico de CUCI y la confección del reservorio fue de 3,86 años. La frecuencia de reservoritis fue del 28,6% y estos pacientes mostraron reservoritis crónica resistente y se trataron con antiintegrinas. Las características

clínicas y demográficas de los pacientes incluidos en el estudio se muestran en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** Este estudio ofrece una perspectiva esclarecedora de la PCRR1 en pacientes con CUCI en un hospital de tercer nivel en México. Destaca la preferencia por la proctocolectomía total con reservorio en "J". Las complicaciones, como los fallos en el reservorio y el cambio en el diagnóstico a enfermedad de Crohn y la presencia de reservoritis crónica resistente, subrayan los desafíos de la atención quirúrgica, las estrategias de tratamiento más efectivas y una vigilancia continua.

**Tabla 1.** Características clínicas y demográficas de los pacientes con CUCI sometidos a PCRR1. (Dom042)

Variable	Pacientes
n = 14	
<b>Género, n (%)</b>	
Femenino	8 (57,9)
Masculino	6 (42,1)
<b>Edad, (media ± DE)</b>	34,86 ± 7,94
<b>Intervalo de tiempo entre el diagnóstico de CUCI y la primera cirugía, (media ± DE)</b>	3,86 ± 1,81
<b>Diagnóstico, (n)%</b>	
CUCI E3 (pancolitis)	14 (100)
<b>Tipo de cirugía, (n)%</b>	
Proctocolectomía total con reservorio "J"	13 (92,9)
Proctocolectomía total con reservorio "D"	1 (7,1)
<b>Pacientes con tratamiento biológico*</b>	
Ustekinumab	1 (7,1)
Vedolizumab	4 (28,6)
<b>Complicaciones</b>	
Falla del reservorio	1 (7,1)
Reservoritis **	4 (28,6)

\* Posterior a la construcción del reservorio. \*\* Reservoritis crónica resistente.

## Dom043

### TOFACITINIB INHIBIDOR DE JAK, UN NUEVO MECANISMO DE ACCIÓN EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA: SERIE DE CASOS

F. Martínez-Silva, J. I. Carrillo-Rojas, M. Soto-Villalpando, Hospital de Especialidades, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** Desde la década de 1990, cuando inició el tratamiento anti-TNF en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, el panorama clínico permitió la modificación de la evolución natural de la enfermedad; sin embargo, se observa la pérdida de respuesta hasta en 46% después de un año. Por lo tanto, nuevas clases terapéuticas representan no solo una opción, sino una necesidad del arsenal terapéutico. El tofacitinib es una molécula pequeña e inhibidor oral de la cinasa Janus (JAK) autorizado para la colitis ulcerosa (CU) de leve a moderada que ha demostrado eficacia y seguridad en comparación con el placebo en estudios de largo plazo hasta 52 semanas.

**Objetivo:** Describir las características demográficas de la población con colitis ulcerosa de moderada a grave tratada con tofacitinib en un centro de tercer nivel de la Ciudad de México.

**Informe de casos:** Se incluyó a siete pacientes con CU moderada a grave, evaluados entre el 1 de agosto del 2023 y el 14 marzo del 2024; el seguimiento promedio fue de 16 semanas (12-17). La edad promedio fue de 41,8 años, con 5 (71%) mujeres y 2 (28,5%) hombres; el 85% tenía afectación (Montreal E3), con una duración promedio de la enfermedad de 6,5 años. El 71% sufría falla al tratamiento anti-TNF (tres pacientes a un solo anti-TNF [60%] y 2 [40%] a dos anti-TNF). El 28% de los pacientes carecía de exposición previa a los fármacos biológicos. El 57% de los pacientes sufría una o más manifestaciones extraintestinales (MEI) (**Tabla 1**), las más frecuentes

de las cuales eran las artralgias periféricas. Todos los pacientes consumían de forma concomitante prednisona a dosis variables (10-20 mg). El 28,5% presentó dislipidemia transitoria a expensas de colesterol que mejoró con la administración de atorvastatina. La respuesta clínica (disminución del sangrado y número de evacuaciones a una subcalificación de Mayo  $\leq 1$ ) de la CU se observó en el 100% de los pacientes en la semana 4; sin embargo, solo el 71% la mantuvo hasta la semana 8 y 42% hasta la 16. La respuesta bioquímica se valoró con PCR y se registró mejoría a la semana 10 con un valor promedio de 3,5 mg/L respecto de la PCR basal de 78 mg/L. No se contó con controles endoscópicos en ningún caso. No se logró el retiro de la prednisona en ninguno de los casos al final de la evaluación (las dosis promedio de prednisona fueron de 7,5 mg/día).

**Discusión:** Las necesidades no satisfechas de los pacientes con colitis ulcerosa se limitaban hasta hace unos meses en este hospital a los tratamientos anti-TNF, pero con la llegada de nuevos mecanismos de acción existe ya una alternativa. La serie presentada se integró con pacientes que sufrían en su mayoría falla a uno o dos anti-TNF y eran dependientes de larga data de los esteroides. De acuerdo con lo que describieron Panes *et al.*, la mejoría clínica de los pacientes en los estudios OCTAVE fue la disminución de 30% o más de la puntuación inicial de Mayo, la cual se logró en el grupo de pacientes presentados en la semana 8; este grupo de pacientes, al igual que los incluidos en los estudios, consumían de modo concomitante esteroides no modificables durante los estudios de inducción. En este protocolo, el tiempo de evaluación fue corto, lo que hace poco valorable la respuesta clínica y bioquímica. A pesar de esto, la eficacia demostrada no varía en grado significativo; la presencia de dislipidemia se prevé en los estudios OCTAVE y es transitoria con tratamiento. La ganancia adicional es la mejoría de las artralgias.

**Conclusiones:** El tofacitinib representa una nueva opción terapéutica en los pacientes con CU moderada a grave, con pocos efectos adversos. La evaluación fue corta, por lo que un seguimiento a largo plazo con una muestra mayor puede revelar los beneficios de este tratamiento.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento para este trabajo.

**Tabla 1.** Características demográficas de los pacientes con colitis ulcerosa. (Dom043)

Edad	41,8 años (18-60)
<b>Género</b>	
Mujeres	5 (71%)
Hombres	2 (28,5%)
<b>Montreal</b>	
E3	6 (85%)
e2	1 (14,2%)
Duración de la enfermedad	6,5 años (3 meses-19 años)
<b>MEI</b>	
Artralgias	4 (100%)
<b>Falla anti-TNF</b>	
Uno	3 (60%)
Dos	2 (40%)

## Dom044

### UTILIDAD DEL ANCHO DE DISTRIBUCIÓN ERITROCITARIA EN LA EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA Y SU CORRELACIÓN CON BIOMARCADORES INFLAMATORIOS

E. Contreras-Avilés, M. Philippe-Ponce, A. Guinea-Lagunes, S. G. Almeida-Del Prado, R. Y. López-Pérez, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) causa inflamación crónica del colon y recto, con afectación significativa de la calidad de vida de los pacientes debido a sus síntomas variables. El tratamiento eficaz de la CUCI requiere una evaluación precisa de la actividad inflamatoria mediante biomarcadores como la calprotectina fecal (CPF), la proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG). El ancho de distribución

eritrocitaria (ADE) es un parámetro de laboratorio derivado de un análisis de sangre completo que mide la variabilidad en el tamaño de los eritrocitos. Un valor elevado de ADE puede indicar procesos inflamatorios y estrés oxidativo. Este parámetro está disponible con facilidad y puede proporcionar información pronóstica importante en pacientes con múltiples alteraciones inflamatorias y crónicas.

**Objetivo:** Evaluar la utilidad del ADE en la evaluación de la actividad de la CUCI y su correlación con otros marcadores bioquímicos (VSG, PCR, CPF).

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio transversal, relacional y analítico en el que se incluyó a 94 pacientes con CUCI atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se recopilaron datos de los pacientes, incluidas variables demográficas y clínicas (extensión de la enfermedad, edad al diagnóstico, manifestaciones extraintestinales y tratamientos recibidos). La actividad de la CUCI se clasificó de acuerdo con el nuevo índice integral de Yamamoto-Furusho (NIIYF) para la evaluación de la CUCI, que incluye parámetros clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos, y categoriza a los pacientes en inactivos o con actividad leve, moderada o grave. Se evaluaron los valores de ADE, CPF, PCR y VSG. Se realizó un análisis descriptivo y comparativo, así como un análisis de correlación de variables de acuerdo con su distribución, con uso de las pruebas estadísticas correspondientes. El análisis de datos se efectuó con el paquete estadístico SPSS versión 29.

**Resultados:** De los pacientes incluidos en el estudio, el 53,2% correspondió a mujeres. La edad promedio de los pacientes fue de 41,7 años ( $\pm 12,8$ ) y la edad promedio al diagnóstico de 32 años ( $\pm 12,52$ ). La mayoría de los pacientes (62,8%) se clasificó como E3 según la clasificación de Montreal. La actividad de la CUCI, medida por el NIIYF, mostró que el 57,4% de los pacientes tenía actividad moderada. Los valores medianos de los biomarcadores fueron: VSG de 11 mm/h (rango intercuartílico, 4-19,2), PCR de 4,1 mg/L (rango intercuartílico, 1,1-12,6), CPF de 258  $\mu\text{g/g}$  (rango intercuartílico, 69,1-800) y ADE de 15,9 ( $\pm 4,2$ ). El análisis comparativo mostró diferencias significativas entre los valores de ADE y el grado de actividad de la enfermedad según el NIIYF ( $p = 0,04$ ). Además, se encontró una correlación positiva entre los valores de ADE y la puntuación del NIIYF ( $r = 0,25$ ;  $p = 0,1$ ), PCR ( $r = 0,32$ ;  $p = 0,001$ ), VSG ( $r = 0,53$ ;  $p < 0,001$ ) y CPF ( $r = 0,23$ ;  $p = 0,2$ ). No se hallaron nexos ni correlaciones significativas entre el RDW y el género, la edad, la edad al diagnóstico, la extensión de la enfermedad, las manifestaciones extraintestinales y el tipo de tratamiento recibido por los pacientes con CUCI. Los resultados se muestran en la Tabla 1.

**Conclusiones:** Este estudio demuestra que el ADE puede ser un biomarcador útil para evaluar la actividad de la CUCI. Se identificó una correlación significativa entre los valores de ADE y otros biomarcadores inflamatorios como CPF, VSG y PCR. Este parámetro está disponible con facilidad y puede proporcionar información pronóstica importante, lo cual mejorará así el control clínico de los pacientes con CUCI.

**Financiamiento:** Sin ningún tipo de financiamiento.

Tabla 1. N = 94 (100%). (Dom044)

Sexo, n (%)	
Masculino	44 (46,8)
Femenino	50 (53,2)
Edad (X $\pm$ DE)	41,7 $\pm$ 12,8
Edad diagnóstica (X $\pm$ DE)	32 $\pm$ 12,52
Clasificación de Montreal, n (%)	
E1	9 (9,6)
E2	26 (27,7)
E3	59 (62,8)
Tratamiento convencional, n (%)	63 (67,02)
5-ASA oral	26 (27,65)
5-ASA + Inmunomodulador	11 (11,70)
5-ASA combinado	10 (10,63)
5-ASA tóxico	8 (8,51)
5-ASA + esteroide	8 (8,51)
Tratamiento biológico, n (%)	31 (32,97)

Antiintegrina	26 (27,65)
Antiinterleucina 12-23	3 (3,19)
Anti-TNF	2 (2,12)
Manifestaciones extraintestinales, n (%)	
Negativas	67 (71,3)
Positivas	27 (28,7)
NIIYF, n (%)	
Remisión	19 (19,1)
Leve	21 (22,3)
Moderada	54 (57,4)
Grave	1 (1,1)
VSG	11 (4-19,2) *
PCR	4,1 (1,1-12,6) *
CPF	258 (69,1-800) *
RDW (X $\pm$ DE)	15,9 $\pm$ 4,2

\* Las cifras se expresan en medianas y rangos intercuartílicos.

## Dom045

### RELACIÓN DE LINFOCITOS/LDH COMO INDICADOR DE ACTIVIDAD EN PACIENTES CON COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA IDIOPÁTICA

D. B. Lorenzo-Valle, M. Phillippe-Ponce, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad crónica y repetitiva caracterizada por la inflamación de la mucosa del colon; el plan de tratamiento se determina de acuerdo con el sitio en el colon y la actividad de la enfermedad. A pesar del éxito en la práctica, los estudios endoscópicos e histopatológicos son invasivos, costosos y no siempre se encuentran al alcance de los servicios públicos. Los linfocitos son una parte importante del sistema inmunitario hereditario y constituyen entre 3% y 8% de los leucocitos circulantes. Durante la respuesta inflamatoria secretan citocinas proinflamatorias y prooxidantes. Por el contrario, el colesterol de alta densidad de la lipoproteína (HDL) neutraliza los efectos proinflamatorios de los monocitos; sobre la base de esto se ha propuesto la relación linfocitos/HDL como marcador inflamatorio.

**Objetivo:** Determinar la relación de linfocitos/LDH y su nexa como indicador de actividad en pacientes con colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI).

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal, relacional y analítico en el que se incluyó a 76 pacientes con diagnóstico de CUCI, mayores de 18 años, provenientes de la consulta de gastroenterología y la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México. Se recopilaron los datos demográficos, clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos de cada paciente. La actividad de la CUCI se evaluó mediante las escalas de True-love y Witts, subclasificación de Mayo, nuevo índice integral de enfermedad (NIIIE) o índice de Yamamoto-Furusho e índice histológico de Riley. Se midieron los valores de linfocitos y LDH a todos los participantes. Los datos se analizaron mediante el paquete SPSS versión 26 para evaluar la correlación entre los diferentes índices de actividad utilizados y el índice de linfocitos/LDH.

**Resultados:** Las características clínicas, bioquímicas y demográficas de los pacientes incluidos en el estudio se describen en la Tabla 1. Se encontró una correlación positiva entre los valores de calprotectina fecal, velocidad de sedimentación y gravedad clínica de la enfermedad por NIIIE ( $r = -0,26$ ;  $p = 0,01$ ). Sin embargo, no se observaron relaciones ni correlaciones entre el índice linfocitos/LDH y la gravedad clínica, bioquímica y endoscópica de los pacientes con CUCI.

**Conclusiones:** Estos hallazgos sugieren que la activación de los linfocitos y su interacción con LDH como control de inflamación puede desempeñar un papel específico en la patogenia de la CUCI, y es indicador de regulación de estrés oxidativo, con afectación sobre todo de la integridad del epitelio

intestinal. Se requieren estudios adicionales para comprender mejor la relación entre los valores de linfocitos/ LDH; sin embargo, existe correlación positiva con marcadores de inflamación y la actividad de la enfermedad en pacientes con CUCI, lo que proporciona métodos de seguimiento eficaces, de bajo costo y al alcance de los servicios públicos como orientación en el control de esta enfermedad.

**Financiamiento:** No se recibió ningún tipo de financiamiento.

**Tabla 1.** Características de los pacientes con CUCI, n = 76. (Dom045)

<b>Edad media, años</b>	<b>40,7 ± 13,3 años</b>
Masculino	29 (38,2)
Femenino	47 (61,8)
Reactantes de fase aguda, mediana	
Calprotectina fecal	308,5 (74,6-800,0)
PCR	4,3 (1,12-14,2)
VSG	11,0 (4,0-18,5)
Extensión, n (%)	
Proctitis	10 (13,0)
Colitis izquierda	25 (32,6)
Pancolitis	41 (53,3)
Actividad clínica, n (%) -NIIIE o índice de Yamamoto-Furusho	
Inactiva	14 (18,4)
Leve	45 (59,2)
Moderada	1 (1,3)
Grave	
Actividad clínica, n (%) -Escala de Truelove y Witts	
Inactiva	18 (23,7)
Leve	2 (2,6)
Moderada	0 (0)
Grave	
Actividad endoscópica, n (%) -Escala de Mayo	
Inactiva	16 (21,1)
Leve	10 (13,2)
Moderada	24 (31,6)
Grave	26 (34,2)
Actividad histológica, n (%) -Índice de Riley	
Inactiva	17 (22,4)
Leve	13 (17,1)
Moderada	39 (51,3)
Grave	7 (9,2)
Tratamiento médico, n (%)	
Tratamiento convencional	61 (80,3)
Biológico	15 (19,6)

## Dom046

### IMPACTO CLÍNICO DEL TRATAMIENTO CON VEDOLIZUMAB EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA: EVIDENCIA DE UN ESTUDIO DEL MUNDO REAL EN MÉXICO

E. Contreras-Avilés, M. Philippe-Ponce, A. Guinea-Lagunes, S. G. Almeida-Del Prado, R. Y. López-Pérez, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendon, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta la mucosa del colon y altera en grado significativo la calidad de vida de los pacientes. El vedolizumab (VDZ), un anticuerpo monoclonal humanizado, inhibe específicamente la integrina

$\alpha 4\beta 7$  de los leucocitos, y con ello evita su interacción con la molécula de adhesión celular adreína de la mucosa 1 (MADCAM-1) y limita el desplazamiento de los linfocitos al tejido intestinal. Este tratamiento está indicado para la CUCI de moderada a grave en pacientes que no responden a medidas convencionales o antagonistas del factor de necrosis tumoral  $\alpha$ . Además, el VDZ ha demostrado ser una modalidad de primera línea eficaz para pacientes con CUCI. Sin embargo, los estudios en el mundo real sobre la efectividad de VDZ en el tratamiento de la CUCI en América Latina y en México son escasos. **Objetivo:** Evaluar el efecto del tratamiento con VDZ durante un periodo de 12 semanas en pacientes con CUCI mediante la medición de parámetros clínicos y bioquímicos.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal relacional y analítico en el que se incluyó a 27 pacientes de la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, con diagnóstico de CUCI, tratados con VDZ. Se recopilaron datos demográficos y clínicos, incluidos edad, género, características de la enfermedad, manifestaciones extraintestinales y marcadores bioquímicos como valores de proteína C reactiva (PCR) y calprotectina fecal (CPF). La actividad de la enfermedad se evaluó con la escala de Truelove y Witts. Los datos se analizaron mediante estadísticas descriptivas para resumir las características demográficas y clínicas de los pacientes. Las variables continuas se presentan como medias y desviaciones estándar o medianas y rangos intercuartílicos, según correspondiera. Las diferencias en los parámetros clínicos y bioquímicos antes y después del tratamiento se evaluaron con pruebas t pareadas o pruebas de rangos con signo de Wilcoxon, según fuera la distribución de los datos. Los intervalos de confianza (IC) del 95% se calcularon para las diferencias en las medias ( $\Delta$ ). Se consideraron significativos los valores de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** De los pacientes incluidos en el estudio, la mayoría correspondió a hombres (59,3%), con una edad media de  $40,11 \pm 13,28$  años. La clasificación de Montreal mostró que el 66,7% de los pacientes presentaba como extensión pancolitis (E3). Un dato relevante es que el 96,3% de los pacientes no había tenido exposición previa a los fármacos biológicos. Tras 12 semanas de tratamiento biológico, se observó una reducción significativa de la puntuación de Truelove y Witts, que pasó de  $13,4 \pm 2,72$  a  $9,9 \pm 1,4$  ( $\Delta = -3,5$ ; IC95%:  $-4,6$  a  $-2,4$ ;  $p < 0,001$ ), y de los valores de calprotectina fecal, con caída de  $1\ 559$  ( $449-2\ 200$ ) a  $256$  ( $58,1-586$ ) ( $\Delta = -1\ 303$ ; IC95%:  $-1\ 750$  a  $-856$ ;  $p < 0,001$ ). En contraste, las cifras de proteína C reactiva no mostraron una diferencia significativa. Las características demográficas y clínicas de los pacientes incluidos en el estudio se muestran en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** El tratamiento con VDZ durante 12 semanas en pacientes con CUCI demostró una notable eficacia clínica y bioquímica, con una reducción significativa de la puntuación de Truelove y Witts y los valores de calprotectina fecal. Estos resultados destacan que el VDZ es un tratamiento de primera línea eficaz y seguro para CUCI, con mejoría significativa de los resultados clínicos en pacientes sin exposición previa a fármacos biológicos. Este estudio aporta valiosa información sobre el uso de VDZ en América Latina y México, donde los estudios en el mundo real son limitados.

**Financiamiento:** Sin ningún tipo de financiamiento.

**Tabla 1.** Características demográficas y clínicas de los pacientes con CUCI incluidos en el estudio. (Dom046)

	n = 27	Valor de p
<b>Sexo, n (%)</b>		-
Masculino	16 (59,3)	
Femenino	11 (40,7)	
<b>Edad (X ± DE)</b>	40,11 ± 13,8	-
Clasificación de Montreal, n (%)		-
E1	2 (7,4)	
E2	7 (25,9)	
E3	18 (66,7)	
Manifestaciones extraintestinales, n (%)		-
Sin manifestaciones extraintestinales	20 (74,07)	
Artralgias	6 (22,22)	
Colangitis esclerosante primaria	1 (3,70)	
Antecedentes crónicos degenerativos, n (%)		-
Sin antecedentes crónicos degenerativos	25 (92,59)	
Nefritis lúpica	1 (3,70)	
Hipertensión arterial	1 (3,70)	

Exposición anterior a fármacos biológicos, n (%)	-	
Con exposición	1 (3,70)	
Sin exposición	26 (96,30)	
Valor de CPF al inicio del tratamiento biológico*	1 559 (449 - 2 200)	< 0,001
Valor de CPF a las 12 semanas posteriores al inicio del tratamiento biológico*	256 (58,1 - 586)	
Valor de PCR al inicio del tratamiento biológico*	4,89 (1,07 - 9,58)	> 0,05
Valor PCR a las 12 semanas posteriores al inicio del tratamiento biológico*	4,32 (1-9,4)	
Puntuación TW al inicio del tratamiento biológico (X ± DE)	13,4 ± 2,72	< 0,001
Puntuación TW a las 12 semanas posteriores al inicio del tratamiento biológico (X ± DE)	9,9 ± 1,4	

\* Los valores se presentan en medianas con rangos intercuartílicos. DE, desviación estándar; TW, Escala de Truelove y Witts; CPF, calprotectina fecal; PCR, proteína C reactiva.

## Dom047

### LA ALBÚMINA SÉRICA COMO MARCADOR RELACIONADO AL CURSO CRÓNICO DE LA COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA IDIOPÁTICA

M. Bastida-Osorio, S. E. Martínez-Vázquez, J. I. Cervantes-Contreras, J. M. Corral-Ceballos, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** El curso de la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) se caracteriza por periodos alternados de remisión y recaídas. Si bien se consideran distintas escalas o marcadores para valorar la actividad de la CUCI, solo permiten identificar el estado actual de la enfermedad, sin considerar su curso clínico. El estudio IBSen identificó diversos cursos de la CUCI. La albúmina es un indicador utilizado para evaluar el estado nutricional que se ha vinculado con respuestas farmacológicas y estados activos de la CUCI; sin embargo, su papel como marcador en el curso clínico de la CUCI no es del todo claro.

**Objetivo:** Describir la función de la albúmina sérica como marcador relacionado con el curso clínico en pacientes con CUCI.

**Material y métodos:** Estudio observacional analítico, aceptado por el comité de ética en investigación REF. 4695 que incluyó a pacientes con CUCI atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal entre noviembre del 2023 y febrero del 2024. Se recabaron los datos clínicos de aquellos que firmaron el consentimiento informado y se definieron cuatro cursos clínicos: a) grave inicial con remisión prolongada, b) crónico intermitente, c) crónico continuo y d) leve con progresión grave. Se buscaron diferencias de los valores de albúmina con la prueba t de Student por cada curso. Se establecieron correlaciones con la prueba de Spearman y se llevó a cabo una regresión logística para evaluar la probabilidad de que los valores de albúmina predijeran la agresividad de la enfermedad. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v22.

**Resultados:** Se incluyó a 108 pacientes con CUCI y edad promedio de 44 ± 15 años, de los cuales 62 (59%) fueron mujeres. De acuerdo con los criterios de Truelove y Witts: 87 (80%) estuvieron en remisión y, según el índice integral de Yamamoto-Furusho, 59 (55%) estaban en remisión. En relación con el curso clínico: 58 (54%) se clasificaron como afectación grave inicial y remisión prolongada y albúmina de 4,22 ± 0,28; 6 (5%) tenían enfermedad crónica intermitente y albúmina de 3,77 ± 0,59, 15 (14%) crónica continua y albúmina de 3,99 ± 0,45 (p = 0,379) y 29 (27%) leve con progresión grave y albúmina =de 4,00 ± 0,29. De acuerdo con el curso clínico, se reclasificó en aguda y crónica y de esa forma se evaluaron las diferencias entre los valores de albúmina (4,18 ± 0,34 vs. 4,00 ± 0,35, p = 0,008). Se observó una correlación entre la hipalbuminemia y el curso clínico crónico (r = -0,270, p = 0,005) y la regresión logística indicó que los valores de albúmina entre 3,5

y 4 mg/dL son factores vinculados con el curso agresivo crónico de la CUCI (razón de momios (RM) = 2,6; IC95% 1,006-6,718; p = 0,04).

**Conclusiones:** La albúmina es un biomarcador relacionado con el curso clínico crónico en pacientes con CUCI.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom048

### CAMBIO DE DIAGNÓSTICO DE COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA A ENFERMEDAD DE CROHN: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO UNICÉNTRICO

M. Philippe-Ponce, A. Guinea-Lagunes, E. Contreras-Avilés, S. G. Almeida-Del Prado, R. Y. López-Pérez, J. A. Villanueva-Herrero, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Coloproctología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La distinción entre colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC) puede ser en ocasiones clínicamente desafiante. Existen criterios diagnósticos bien establecidos para la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) basados en hallazgos clínicos, colonoscópicos, radiográficos e histológicos. Sin embargo, algunos pacientes con diagnóstico inicial de CUCI pueden después mostrar características propias de la EC, lo que lleva a un cambio diagnóstico. Los estudios poblacionales de Escandinavia han publicado tasas de cambio diagnóstico de CUCI a EC que oscilan entre 3% y 14% en un periodo de seguimiento de cinco años. A pesar de la superposición en el control médico de CUCI y EC, un diagnóstico correcto es crucial para optimizar el tratamiento específico, las intervenciones quirúrgicas y la participación en protocolos clínicos.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia del cambio diagnóstico de colitis ulcerosa crónica idiopática a enfermedad de Crohn y describir las características clínicas y demográficas de los pacientes que experimentaron esta transición.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se revisaron los expedientes clínicos de 164 pacientes diagnosticados con CUCI. Se identificaron aquellos que experimentaron un cambio diagnóstico a EC, documentado mediante hallazgos clínicos, endoscópicos, radiológicos e histológicos consistentes con EC en el periodo de abril de 2023 a abril de 2024. Se recolectaron datos demográficos y clínicos, incluidos edad, género, clasificación de Montreal, tratamientos recibidos e historial quirúrgico. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS versión 19 y se aplicaron pruebas de estadística descriptiva para calcular frecuencias y medias con desviación estándar de las características clínicas y demográficas de los pacientes.

**Resultados:** De los 164 pacientes con CUCI, 5 (3,05%) presentaron una transición diagnóstica a EC durante el seguimiento. El tiempo de evolución de la enfermedad (CUCI) hasta el cambio diagnóstico fue de 2,2 ± 1,6 años. La distribución por género fue equitativa: 3 (60%) hombres y 2 (40%) mujeres. La edad promedio al diagnóstico inicial de CUCI fue de 42,46 ± 14,13 años y al momento de la reevaluación y cambio a EC fue de 44,4 ± 14,13 años. Antes del cambio diagnóstico, todos los pacientes tenían CUCI clasificada como E3 según la clasificación de Montreal. Tres pacientes (60%) no se habían sometido a cirugía previa, mientras que en uno se había practicado una colectomía total con reservorio en J en dos tiempos y otro una colectomía total con ileostomía. El número promedio de hospitalizaciones antes del cambio diagnóstico fue de 1,5 ± 0,5. Tres pacientes se hallaban bajo tratamiento con fármacos biológicos y dos con tratamiento convencional antes del cambio diagnóstico. Después del diagnóstico de EC, la mayoría de los pacientes se clasificó como A2 (80%), L3 (60%) y B2 (60%), según la clasificación de Montreal. Un paciente (20%) requirió una resección intestinal ileal con ileostomía. Las características demográficas y clínicas previas y posteriores al diagnóstico de enfermedad de Crohn de los pacientes incluidos en el estudio se muestran en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** En este estudio, el 3,05% de los pacientes inicialmente diagnosticados con CUCI cambió a un diagnóstico de EC en un promedio de 2,2 ± 1,6 años. Estos resultados enfatizan la necesidad de un seguimiento riguroso con reevaluaciones periódicas para mejorar el control y los resultados en pacientes con EII.

**Financiamiento:** No se recibió ningún tipo de financiamiento.

**Tabla 1.** Características demográficas y clínicas antes y después del diagnóstico de enfermedad de Crohn de los pacientes incluidos en el estudio. (Dom048)

Variable	Pacientes (n = 5)
<b>Antes del diagnóstico de Crohn (CUCI)</b>	
Edad al diagnóstico inicial de CUCI, años (media ± DE)	42,46 ± 14,13
<b>Género, (n%)</b>	
Masculino	3 (60)
Femenino	2 (40)
<b>Diagnóstico antes del cambio</b>	
CUCI Montreal E3	5 (100)
<b>Cirugía antes del diagnóstico, (n%)</b>	
- Sin cirugía previa	3 (60)
- Colectomía total con reservorio J en dos tiempos	1 (20)
- Colectomía total + estado de ileostomía	1 (20)
Número de hospitalizaciones (media ± DE)	1,5 ± 0,5
Porcentaje de cambio a EC (%)	3,05
<b>Después del diagnóstico de Crohn (EC)</b>	
Tiempo transcurrido hasta el cambio diagnóstico CUCI → EC, años (media ± DE)	2,2 ± 1,6
Edad al diagnóstico de EC, años (media ± DE)	44,4 ± 14,13
<b>Clasificación de Montreal para EC</b>	
A2	4 (80)
A3	1 (20)
L2	1 (20)
L3	3 (60)
L4	1 (20)
B1	1 (20)
B2	3 (60)
B3	1 (20)
Cirugía después del diagnóstico, (n %)	1 (20%)

EC, enfermedad de Crohn; CUCI, colitis ulcerosa crónica idiopática; Montreal CUCI, clasificación de la extensión de la CUCI: E3: pancolitis. Montreal EC: clasificación de la extensión de la EC por la escala de Montreal A2: 17-40 años; A3 > 40 años; L2: colónico; L3: ileocolónico; L4: digestivo superior; B1: inflamatorio; B2: estenosante; B3: penetrante.

## Dom049

### EFICACIA DE LA TERAPIA COMBINADA CON 5-ASA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA CON ACTIVIDAD BIOQUÍMICA AISLADA: ESTUDIO DE VIDA REAL

M. Philippe-Ponce, A. Guinea-Lagunes, E. Contreras-Avilés, S. G. Almeida-Del Prado, R. Y. López-Pérez, J. A. Villanueva-Herrero, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Coloproctología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica que afecta de modo predominante al colon y el recto. Se reconoce por una inflamación continua de la mucosa intestinal, lo que provoca síntomas como rectorragia, dolor abdominal y urgencia defecatoria. El objetivo del tratamiento de la CUCI es inducir y mantener la remisión clínica y bioquímica, así como lograr la cicatrización de la mucosa. Los 5-aminosalicilatos (5-ASA), como la mesalazina y la sulfasalazina, son el

tratamiento de primera línea para la CUCI leve a moderada. La combinación de modalidades orales y tópicos puede ofrecer beneficios adicionales en la inducción de la remisión.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia del tratamiento combinado con 5-ASA oral y tópico en la inducción de remisión en pacientes con CUCI con actividad bioquímica aislada.

**Material y métodos:** Estudio transversal, relacional y analítico en el que se incluyó a 26 pacientes con diagnóstico de CUCI atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Los pacientes se encontraban clínicamente inactivos según la escala de Truelove y Witts. Los parámetros de laboratorio, como el recuento de leucocitos, albúmina, proteína C reactiva, potasio sérico y velocidad de sedimentación globular, se hallaban dentro de los límites normales. Sin embargo, la calprotectina fecal (CPF) superaba los 150 µg/g, motivo por el cual los pacientes se consideraron con actividad bioquímica aislada. Los enfermos se sometieron a tratamiento combinado con 5-ASA (4,5 g de mesalazina oral o 3 g de sulfasalazina + un enema rectal de 4 g en extensión más allá del recto o un supositorio rectal de 1 g en la enfermedad limitada al recto) durante un periodo de ocho semanas. Al finalizar el tratamiento combinado con 5-ASA se realizó una nueva medición de la calprotectina fecal. El análisis estadístico se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 29. Se empleó la prueba de Wilcoxon para comparar los cambios en los valores de calprotectina fecal y se consideraron significativos los valores de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Todos los pacientes completaron el estudio. La mediana de CPF al inicio del tratamiento fue de 800 µg/g (rango intercuartílico: 528,5-1997,5) y disminuyó a 242,5 µg/g (rango intercuartílico: 98,5-759,5) a las ocho semanas, con una diferencia ( $\Delta$ ) de 557,5 µg/g y un intervalo de confianza desde -430 hasta -1238 ( $p < 0,001$ ). El tratamiento combinado redujo la CPF hasta una fracción de 3,61 veces menor respecto del valor inicial. Las características clínicas y demográficas de los pacientes incluidos en el estudio se muestran en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** El tratamiento combinado con 5-ASA oral y tópico es eficaz para reducir las cifras de calprotectina fecal en pacientes con CUCI con actividad bioquímica aislada. La mediana de CPF decreció significativamente a las ocho semanas de tratamiento. Estos resultados sugieren que la combinación de mesalazina oral y enema-supositorio rectal es una estrategia efectiva para inducir la remisión en estos pacientes.

**Financiamiento:** No se recibió ningún tipo de financiamiento.

**Tabla 1.** Características clínicas y demográficas de los pacientes con CUCI incluidos en el estudio. (Dom049)

Variable	Pacientes (n = 26)
<b>Género, n (%)</b>	
Femenino	18 (69,2)
Masculino	8 (30,8)
Edad (años), X ± DE	41,42 ± 16,2
Años de evolución, X ± DE	5,44 ± 6,39
<b>Clasificación de Montreal, n (%)</b>	
Proctitis	3 (11,5)
Colitis izquierda	8 (30,8)
Pancolitis	15 (57,7)
<b>Tipo 5-ASA oral, n (%)</b>	
Mesalazina	22 (84,6)
Sulfasalazina	4 (15,4)
<b>Tipo 5-ASA tópico, n (%)</b>	
Enema	23 (88,4)
Supositorio	3 (11,5)
*CPF inicial µg/g (antes del tratamiento combinado)	800 (528,5-1997,5)
*CPF final µg/g (después del tratamiento combinado)	242,5 (98,5-759,5)

\*CPF, calprotectina fecal. Las cifras se expresan en medianas y rangos intercuartílicos.

## Dom050

## MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES ASOCIADAS A ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PEDIATRÍA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

E. F. Mejía-Brito, J. F. Cadena-León, K. R. Ignorosa-Arellano, E. Montijo-Barríos, F. E. Zárate-Mondragón, E. Toro-Monjaraz, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, M. C. Martínez-Soto, Instituto Nacional de Pediatría

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que comprende colitis ulcerativa (CUCI) y enfermedad de Crohn (EC), es una anomalía sistémica que puede afectar a múltiples órganos. Las manifestaciones extraintestinales (MEI) se presentan en el 20% a 40% de los pacientes con EII y pueden preceder a los síntomas gastrointestinales en un 35%, pero se presentan las más de las veces dentro de los primeros 15 años tras el diagnóstico. Los órganos más afectados son piel, articulaciones, tracto biliar y ojos. Las MEI son más frecuentes en el género masculino hasta en el 54% de los casos y en edades de seis a 12 años. Estas manifestaciones pueden afectar a todos los fenotipos de EII; por ejemplo, se han descrito artritis periférica en 2% a 50% de pacientes con CUCI y 4% a 49% en EC, estomatitis aftosa en 3% a 42% de los pacientes con CUCI y 10% a 46% con EC. Otras manifestaciones descritas con frecuencia son fatiga, anemia, episodios trombóticos y enfermedad hepática, en particular colangitis esclerosante primaria (CEP) y HAI. El hallazgo de una de estas manifestaciones muchas veces es motivo de modificación del tratamiento del paciente a fin de obtener un adecuado control de los síntomas.

**Objetivo:** Describir las manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal en la población pediátrica de este medio.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo en el que se incluyó a pacientes pediátricos atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Instituto Nacional de Pediatría en el periodo comprendido entre enero de 2015 y mayo de 2024. Las variables tomadas en cuenta fueron edad al diagnóstico, género, fenotipo de EII, presencia o ausencia de manifestaciones extraintestinales, número de manifestaciones extraintestinales, órgano o sistema afectados y tipo específico de EII. Las variables se extrajeron de los expedientes clínicos de los pacientes incluidos y se creó una base de datos con el software SPSS versión 25.0. Las variables categóricas se analizaron como frecuencias y proporciones y las variables continuas o de intervalo a través de medias, DS, percentiles y valores Z.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 46 pacientes, de los cuales 21 (45,6%) fueron mujeres y 25 (54,3%) varones, con edad al diagnóstico de un mes de vida a 17 años y siete meses; 22 pacientes (47,8%) tenían enfermedad de inicio temprano antes de los seis años de edad. De estos pacientes, 39 tuvieron diagnóstico de CUCI, 4 de EC y 3 de fenotipo indeterminado. Las manifestaciones extraintestinales se presentaron en 30 de los 46 pacientes y algunos pacientes mostraron más de una MEI. Estas manifestaciones se distribuyeron entre metabólicas (obesidad, sobrepeso, MAFLD e hipertrigliceridemia) con 11 (36,72%), hematológicas (anemia ferropénica) con 10 (33,3%), inmunológicas (eritema nodoso) con 1 (3,33%), oftalmológicas (epiescleritis, catarata subcapsular) con 2 (6,66%), y hepáticas (HAI y colangitis esclerosante) con 6 (19,99%). En la **Tabla 1** se describen las manifestaciones extraintestinales específicas identificadas.

**Tabla 1.** Pacientes con MEI relacionadas con EII en el Instituto Nacional de Pediatría. (Dom050)

Manifestación extraintestinal	n	%
Anemia ferropénica	10	33,3
Obesidad	6	20,06
HAI	4	13,33
Hipertrigliceridemia	3	10
Colangitis esclerosante	2	6,66
Sobrepeso	1	3,33
Eritema nodoso	1	3,33
Epiescleritis	1	3,33
Catarata subcapsular	1	3,33
MAFLD	1	3,33

**Conclusiones:** Las manifestaciones extraintestinales se presentaron en más de la mitad de los pacientes de este estudio (54,3%), un porcentaje más alto que el descrito en las publicaciones internacionales; además, la manifestación más frecuente fue anemia ferropénica en lugar de las manifestaciones cutáneas y articulares descritas como más prevalentes. En este estudio, las manifestaciones metabólicas como obesidad, sobrepeso e hipertrigliceridemia, que a menudo no se describen, representaron el 36,72% del total de MEI. Sin duda hay que tener en cuenta la existencia de estas manifestaciones para reconocerlas y tratarlas con oportunidad.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

## Dom051

## PREVALENCIA DE INFECCIONES POR MICROORGANISMOS OPORTUNISTAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR PARA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL GENERAL GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA, CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA, REVISIÓN DE ENERO 2016 A DICIEMBRE 2021

P. Benítez-Cruz, M. Sosa-Arce, N. A. Matías-Juan, Hospital General, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una entidad patológica con incremento de incidencia diagnóstica en los últimos años en la edad pediátrica. El tratamiento se basa en varias opciones, desde esteroides sistémicos hasta fármacos inmunológicos en fecha reciente. Su mecanismo de acción es el mismo: la inmunosupresión; esto eleva el riesgo de infecciones en pacientes bajo tratamiento, sobre todo por agentes patógenos oportunistas, con necesidad de hospitalización para su tratamiento; además, estas hospitalizaciones suelen ser prolongadas y se acompañan de una mayor mortalidad. Por esta razón se consideró importante la realización del presente estudio.

**Objetivo:** Identificar la prevalencia de las infecciones por microorganismos oportunistas en pacientes pediátricos con tratamiento para controlar la enfermedad inflamatoria intestinal en el Hospital General Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional, una revisión de cinco años (enero de 2016 a diciembre de 2021).

**Material y métodos:** Expedientes de pacientes pediátricos con tratamiento inmunosupresor para enfermedad inflamatoria intestinal en el Hospital General Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza (revisión de enero de 2016 a diciembre de 2021). Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, género, tipo de enfermedad inflamatoria intestinal, edad al diagnóstico, tratamiento inmunosupresor (tipo de fármaco, fecha de inicio, duración, cambio, combinación), infección por microorganismos oportunistas, medicamento inmunosupresor utilizado al momento de la infección. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para obtención de porcentajes, media, promedio.

**Resultados:** En el periodo de estudio se identificaron y revisaron 44 expedientes de pacientes que cumplieron los criterios de selección, dado que recibieron por lo menos un fármaco de los definidos de manera operacional como inmunosupresores. Cuatro (9,1%) de los pacientes sufrían infección por oportunistas; 2 (4,5%) padecían infección latente por tuberculosis mediante PPD positivo y de ellos un paciente se encontraba en tratamiento con infliximab y otro en tratamiento combinado con esteroide y azatioprina; 2 (4,5%) tenían infección por *Clostridium difficile*, ambos bajo tratamiento con infliximab. En cuanto a la infección por fármacos específicos: 3 (6,8%) pacientes presentaron infección por microorganismo oportunista mientras recibían infliximab y 1 (2,3%) se encontraba en tratamiento con esteroide y azatioprina. Los microorganismos oportunistas causales de infecciones fueron *Mycobacterium tuberculosis* (2) y *Clostridium difficile* (2). Recibieron tratamiento para tuberculosis latente (2) y no desarrollaron la enfermedad. En cuanto al *Clostridium difficile* (2), se administraron metronidazol y vancomicina oral, y los pacientes experimentaron remisión del cuadro.

**Conclusiones:** De acuerdo con la bibliografía internacional, los pacientes pediátricos en tratamiento con inmunosupresores representan el 27,5% anual de infecciones por algún tipo de microorganismo oportunista. El resultado de este estudio registró una frecuencia de cuatro pacientes (9,1%)

de infecciones por microorganismos oportunistas al margen del tratamiento instituido. De acuerdo con el tipo de fármaco prescrito, el 50% de los pacientes se hallaba bajo tratamiento combinado de esteroide y azatioprina, es decir, 2,3% tenía una infección por oportunistas. Del 31,8% de los pacientes en tratamiento con infliximab, la frecuencia de infección por oportunistas fue de 6,8%, lo cual se vincula con una cifra mayor. El papel de los fármacos biológicos en EI es de importancia para el pronóstico

de largo plazo; sin embargo, representa mayor riesgo de infecciones por oportunistas. Es por ello importante realizar protocolos de tamizaje antes de iniciar estos medicamentos, además de conducir estudios estandarizados con temporalidad en pacientes que ya iniciaron el tratamiento con fármacos biológicos, con el beneficio de proporcionar mayor seguridad de tratamiento a estos pacientes.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.