una revisión general, no a una validación específica en el ámbito mexicano.

Por otra parte, reconocemos que las diferencias entre grupos en variables como edad o índice de masa corporal son posibles fuentes de sesgo, y agradecemos la observación. Sobre el procedimiento de reclutamiento por invitación voluntaria, este se realizó en estricto apego a normas éticas, con consentimiento informado y sin retribución alguna, como se menciona en el manuscrito siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki. Cualquier insinuación de coerción resulta infundada y desafortunada.

Finalmente, compartimos el interés por explorar aspectos como los trastornos de conducta alimentaria en esta población, pero ello escapa al alcance de nuestro estudio, centrado en comparar perfiles de ingesta general. Incluir múltiples dimensiones clínicas, psicológicas y sociales en un solo diseño puede ser ideal, pero no siempre es factible ni metodológicamente adecuado. De hecho, nuestro grupo ha trabajado recientemente esta relación, y no podemos más que coincidir al respecto[3]. Respecto al tamaño de la muestra, es claro que es una de las limitantes que reconocemos al final del manuscrito al igual que el uso de la herramienta utilizada y la diferencia de edad entre los grupos.

En conclusión, agradecemos la crítica cuando es constructiva, pero subrayamos la importancia de realizar observaciones pertinentes, basadas en una lectura completa del manuscrito y con referencias pertinentes. Las opiniones o generalizaciones sin evidencia robusta deben distinguirse claramente del análisis científico riguroso.

Referencias

1. Amieva-Balmori M, Martínez-Pérez GP, Francisco MR, et al. Dietary characteristics of Mexican patients with irritable bowel syndrome: Is there a distinction from the general population? Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed). 2025;90:182–91, http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmxen.2025.05.004.
2. Ghorbani S, Nejad A, Law D, et al. Healthy control subjects are poorly defined in case-control studies of irritable bowel syndrome. Ann Gastroenterol. 2015;28:87–93.
3. Ordaz-Alvarez HR, Priego-Parra BA, Reyes-Diaz SA, et al. Prevalence of Eating Disorders Among Adults With Irritable Bowel Syndrome: A Cross-Sectional Study. J Clin Gastroenterol. 2025;59:880–8, http://dx.doi.org/10.1097/MCG.0000000000002101.

M. Amieva-Balmori*, G.P. Martínez-Perez y J.M. Remes-Troche

Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana, Laboratorio de Fisiología y Motilidad Digestiva, Veracruz, México

* Autor para correspondencia. Calle Agustín de Iturbide s/n, Salvador Díaz Mirón CP 91,200, Veracruz, Ver. Teléfono: 2717124384.
Correo electrónico: mercedesamieva@hotmail.com (M. Amieva-Balmori).

https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2025.08.008
0375-0906/ © 2025 Publicado por Masson Doyma México S.A. en nombre de Asociación Mexicana de Gastroenterología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

El 7αC4 sérico como herramienta diagnóstica práctica para la mala absorción de ácido biliar en México: implicaciones y direcciones futuras

Serum 7αC4 as a pragmatic diagnostic tool for bile acid malabsorption in Mexico: Implications and future directions

Sr. Editor,

Leímos con gran interés el reciente artículo de Mendoza Domínguez et al.[1] titulado *Experiencia en la vida real con el diagnóstico de malabsorción de ácidos biliares (MAAB) utilizando 7-alfa-C4 sérico y ácidos biliares en heces de 48 horas*. Este trabajo aporta conocimiento crucial para alternativas diagnósticas de MAAB en México, en donde las pruebas 75SeHCAT aún no están disponibles.

Los autores demuestran que los niveles de 7αC4 se correlacionan moderadamente con los ácidos biliares fecales totales (ABT) y pueden identificar MAAB incluso cuando los niveles primarios (ABP) y ABT son normales. Esto es clínicamente significativo, ya que sugiere que el 7αC4 sérico es un biomarcador confiable y costo-efectivo. Sus datos indican una reducción de aproximadamente el 49% de los costos en comparación con la combinación de pruebas séricas y de heces.

Sin embargo, quisiéramos destacar 3 consideraciones clave para su traslación a la clínica y para futuras investigaciones.

Primero, aunque el 7αC4 sérico ofrece ventajas económicas y logísticas sobre la recolección de heces de 48 horas, su utilidad actual permanece limitada por la necesidad de enviar muestras fuera del país para su análisis, lo que representa retrasos y mayores costos sistémicos. Como señalan los autores, el establecimiento de instalaciones locales de espectrometría de masas en tándem para la cuantificación de 7αC4 aceleraría el diagnóstico y permitiría el acceso generalizado para pacientes del sector público. Efectivamente, Camilleri et al.[2] destacaron previamente que el uso extendido clínico del 7αC4 sérico requiere de protocolos estandarizados y disponibilidad de ensayos de alto rendimiento, los cuales aún son limitados en sitios de ingreso bajo y medio.

Segundo, la baja prevalencia de MAAB en pacientes con diarrea funcional o SII-D en su cohorte contrasta con los datos de metaanálisis, que indican una prevalencia de ∼30% en SII-D[3] y hasta del 63.5% después de colecistectomía[4]. Esta discrepancia podría reflejar un subdiagnóstico debido a la limitada conciencia clínica o a un sesgo de referencia hacia pacientes con causas estructurales de diarrea. Los lineamientos recientes recomiendan la consideración de MAAB

en todos los casos de diarrea crónica no explicada, dada su capacidad de respuesta a los secuestradores de ácidos biliares[5].

Tercero, mientras que la colestiramina es aún la primera opción de tratamiento en México, presenta problemas de tolerabilidad y mala palatabilidad, lo cual a menudo ocasiona baja adherencia al tratamiento. Terapias emergentes, como el colesevelam, que han demostrado tener un mejor perfil de tolerabilidad gastrointestinal, deberían ser evaluadas en poblaciones mexicanas.

Además, mientras que Mendoza Domínguez et al.[1] encontraron que los niveles séricos de 7αC4 estaban elevados en pacientes con MAAB, a pesar de presentar niveles normales de AB fecales, su combinación con pruebas de una sola muestra de ácidos biliares en heces podría ofrecer un abordaje diagnóstico pragmático que permita evitar las dificultades logísticas de la recolección de heces de 48 horas y aún mantener precisión diagnóstica.

En resumen, este oportuno estudio de Mendoza Domínguez et al.[1] avanza nuestro entendimiento del diagnóstico de MAAB en México, y destaca la necesidad de integrar las pruebas de 7αC4 sérico en la práctica clínica de rutina, con el apoyo de laboratorios locales y la capacitación de practicantes clínicos. En futuras investigaciones se deberán establecer valores de referencia nacionales para el 7αC4 sérico, validar algoritmos de diagnóstico combinados de heces y suero y evaluar nuevos secuestradores para optimizar los desenlaces del tratamiento.

Financiación

No se recibió financiación específica para el presente trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Referencias

1. Mendoza-Domínguez G, Garrido-Santos ZM, Lau C, et al. Real-world experience with the diagnosis of bile acid malabsorption (BAM) using serum 7-alpha-C4 and 48-hour stool bile acids. Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed). 2025;90:169–75, http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmxen.2025.05.002.
2. Camilleri M, Vijayvargiya P. The role of bile acids in chronic diarrhea. Am J Gastroenterol. 2020;115:1596–603, http://dx.doi.org/10.14309/ajg.0000000000000696.
3. Slattery SA, Niaz O, Aziz Q, et al. Systematic review with meta-analysis: The prevalence of bile acid malabsorption in the irritable bowel syndrome with diarrhoea. Aliment Pharmacol Ther. 2015;42:3–11, http://dx.doi.org/10.1111/apt.13227.
4. Ruiz-Campos L, Gisbert JP, Ysamat M, et al. Systematic review with meta-analysis: the prevalence of bile acid malabsorption and response to colestyramine in patients with chronic watery diarrhoea and previous cholecystectomy. Aliment Pharmacol Ther. 2019;49:242–50, http://dx.doi.org/10.1111/apt.15099.
5. Valentin N, Camilleri M, Altayar O, et al. Biomarkers for bile acid diarrhoea in functional bowel disorder with diarrhoea: A systematic review and meta-analysis. Gut. 2016;65:1951–9, http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2015-309889.

N.K. Rattanapitoon[a,*], K. Punnasirimangmee[b], P. Pholyiam[a] y S.K. Rattanapitoon[a]

[a] *Centro Médico de Tailandia FMC, Nakhon Ratchasima, Tailandia*
[b] *Hospital Ta Phraya, Sa Kaeo, Tailandia*

[*] Autor para correspondencia. Centro Médico de Tailandia FMC, Nakhon Ratchasima 30000, Tailandia.
Correo electrónico: nathkapach.ratt@gmail.com (N.K. Rattanapitoon).

https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2025.07.016
0375-0906/ © 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Respuesta a Rattanapitoon et al., «El 7αC4 sérico como herramienta diagnóstica pragmática para la malabsorción de ácidos biliares en México: implicaciones y perspectivas futuras»

Response to Rattanapitoon et al., ''Serum 7αC4 as a pragmatic diagnostic tool for bile acid malabsorption in Mexico: Implications and future directions''

A los Editores,

Agradecemos al Dr. Rattanapitoon et al. por su carta y por el interés mostrado en nuestro estudio: «Experiencia en la vida real con el diagnóstico de malabsorción de ácidos biliares (MAAB) utilizando 7-alfa-C4 sérico y ácidos biliares en heces de 48 horas»[1]. Sus comentarios señalan aspectos relevantes para la implementación clínica y la investigación futura de la MAAB en pacientes con diarrea funcional en México.

En primer lugar, coincidimos completamente en la necesidad de estandarizar la cuantificación de los niveles séricos de 7αC4 a nivel nacional con el fin de superar las limitaciones logísticas y económicas que implica enviar muestras al extranjero. Tal como lo han señalado Camilleri y Vijayvargiya, la utilidad clínica de este biomarcador depende no solo de su rendimiento diagnóstico, sino también de la disponibilidad de ensayos estandarizados de espectrometría de masas de alto rendimiento, los cuales todavía son limitados en muchos países de ingresos medios o bajos[2].

En segundo término, aunque en nuestro estudio encontramos una prevalencia de MAAB menor a la reportada en estudios previos[3,4], concordamos en que esta entidad debe investigarse activamente en todos los pacientes con