



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 21 de noviembre de 2022

Enfermedad inflamatoria intestinal

Lun144

CASO CLÍNICO: INFECCIÓN DISEMINADA POR NOCARDIA FARCINICA ASOCIADA A MANEJO FARMACOLÓGICO PARA COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA INESPECÍFICA (CUCI)

J. A. Díaz-Vázquez, C. Jaramillo-Buendía, Hospital de Especialidades, Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional de Occidente

Introducción: El género *Nocardia* se compone de actinomicetos aerobios baciliformes, grampositivos y positivos a catalasa. Alrededor de 66% de las infecciones ocurre en pacientes inmunocomprometidos y el agotamiento de la inmunidad celular y los macrófagos es el factor de riesgo más importante. Hasta 2015 se habían informado tan sólo 11 casos en pacientes con CUCI y se observó que los anti-TNF y los corticosteroides crónicos eran el principal factor de riesgo.

Objetivo: Describir el caso de un paciente con CUCI, administración de infliximab y prednisona como tratamiento que desarrolló nocardiosis diseminada.

Informe de caso: Hombre de 24 años con diagnóstico de CUCI en 2014, Montreal E3, S2, A1. Fracaso del tratamiento convencional (mesalazina, azatioprina y prednisona) a lo largo del tiempo, por lo que exigió tratamiento biológico una vez completado el protocolo anterior al inicio. En enero de 2021 se agregó infliximab (5 mg/kg/dosis) como inducción a las semanas 0, 2 y 6, y luego cada ocho semanas, con última aplicación en septiembre de 2021 (tercera dosis posterior a inducción) con buena respuesta clínica y bioquímica. Dos semanas después de la última dosis inició con astenia, adinamia, ma-

reo, fiebre no cuantificada, disnea y desaturación hasta 86%. Se solicitaron hemocultivos, BAAR seriados y cultivos de expectoración con resultados negativos; la tomografía de tórax delineó una lesión pulmonar en lóbulo medio del pulmón derecho (Fig. 1) por lo que se sometió a toracotomía y lobectomía media derecha, que identificó abundante material purulento y lesión indicativa de absceso pulmonar; se envió material a cultivo de secreción, cultivo de tejido e histopatológico de tejido, con resultado positivos para *Nocardia farcinica*. Cuatro días después, el paciente mostró datos clínicos de síndrome cerebeloso y la resonancia magnética encontró lesiones consistentes con abscesos cerebelosos e hidrocefalia no comunicante (Fig. 1) por lo que se colocó válvula de derivación en ventrículo peritoneal y drenaje de abscesos cerebelosos; se envió material drenado y tejido de cápsula con positividad para *Nocardia spp*. Se inició tratamiento a base de imipenem y TMP/SMX, con mejoría clínica; sin embargo, en diciembre de 2021 presentó trombocitopenia en consulta de seguimiento, por lo que fue necesario suspender el tratamiento antimicrobiano, el cual se reinició en febrero de 2022. En la actualidad se halla bajo el mismo régimen antimicrobiano, se suspendió el infliximab y se continuó la atención a base de mesalazina, azatioprina y prednisona, sin datos de actividad clínica de CUCI, ni secuelas neurológicas y aún en rehabilitación pulmonar.

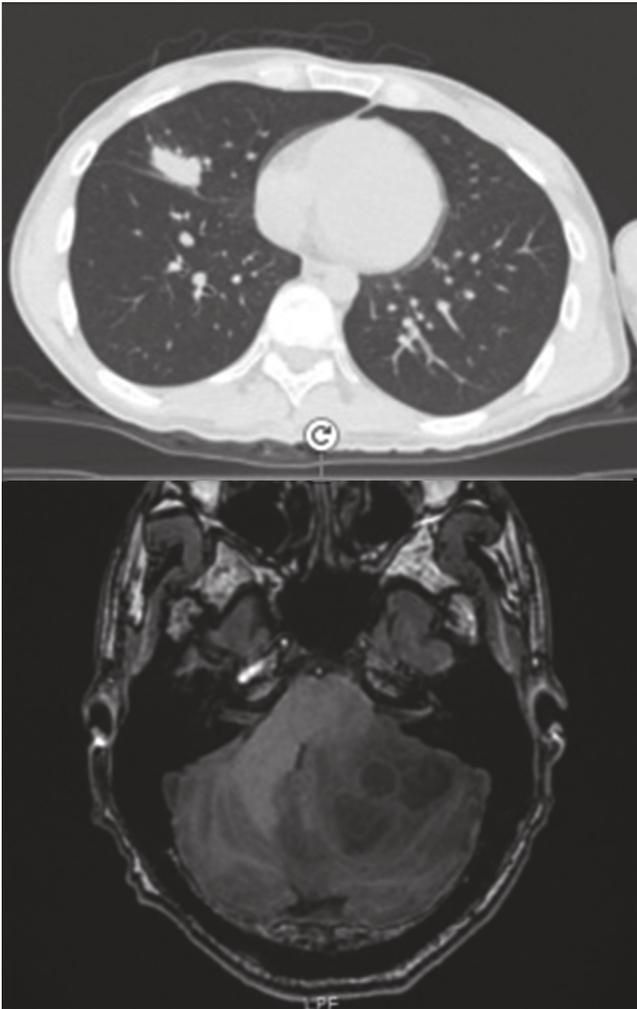
Discusión: Las infecciones por el género *Nocardia* son raras y suelen ocurrir en el contexto de inmunosupresión, principalmente por uso de fármacos, VIH y neoplasias malignas o uso de quimioterapéuticos. Se habla de infección diseminada cuando hay afectación a un órgano no contiguo al inicialmente afectado. En el caso de este paciente, los factores de riesgo relacionados con la infección diseminada por *Nocardia farcinica* son en particular el consumo crónico de corticosteroides e infliximab. A pesar de que la temporalidad de

la infección se relacionó con el inicio del agente anti-TNF, es virtualmente imposible discernir si la nocardiosis fue secundaria al inicio de infliximab, el consumo crónico de corticosteroides (prednisona) o la administración concomitante de ambos fármacos.

Conclusiones: A pesar de que los pacientes con CUCI tienen un protocolo anterior al inicio del tratamiento biológico para descartar infecciones latentes, es muy importante tener el seguimiento y vigilancia y, ante la sospecha de algún proceso infeccioso, instituir tratamiento oportuno y evitar complicaciones.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Absceso pulmonar en el lóbulo medio derecho y abscesos cerebelosos izquierdos con positividad para *Nocardia farcinica*.



Lun145

DESENLACES CLÍNICOS UTILIZANDO EL ÍNDICE INTEGRAL DE ACTIVIDAD COMO HERRAMIENTA PARA OPTIMIZACIÓN DE TERAPIA CONVENCIONAL EN PACIENTES CON COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA IDIOPÁTICA

R. Y. López-Pérez, C. I. Zubia-Nevárez, J. L. De León-Rendón, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El nuevo índice integral o de Yamamoto Furusho (NIYF) confiere una puntuación basada en parámetros clínicos y bioquímicos de actividad endoscópica e histológica para determinar de forma global la actividad de enfermedad en la colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI). En la actualidad optimizar el tratamiento convencional se basa en la estrategia *treat to target* guiada por objetivos alcanzados que se miden en una línea de tiempo; sin embargo, las escalas conocidas no prevén la remisión histológica que es el objetivo que debe alcanzarse a largo tiempo.

Objetivo: Evaluar los desenlaces clínicos mediante el índice integral de actividad en CUCI (índice de Yamamoto Furusho) como herramienta para optimizar el tratamiento médico en pacientes con diferentes grados de actividad de CUCI.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva en pacientes con CUCI en seguimiento en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de CUCI por criterios clínicos, bioquímicos, endoscópicos y confirmación por histopatología que contaban con al menos dos estudios de colonoscopia. Se describieron las acciones terapéuticas indicadas para optimizar el tratamiento y se compararon las puntuaciones conferidas por el índice integral al momento de la evaluación inicial y en el seguimiento. El análisis estadístico se llevó a cabo con el software SPSS 26.

Resultados: Se evaluó a un total de 112 pacientes con CUCI, 66 mujeres (58.9%) y 45 hombres (41.1%) con edad promedio de 45 ± 13.5 años. De acuerdo con la clasificación de Montreal de la extensión de la enfermedad se registró lo siguiente: limitación al recto en 12.5% de los pacientes, afectación del colon izquierdo en 18.8% de los pacientes y pancolitis en 68.8%. La mayoría de los pacientes (95.5%) tenía en su tratamiento 5-aminosalicilatos y más del 50% recibió tiopurinas. Se identificó a 28 pacientes dependientes de esteroides. Los tratamientos utilizados para optimización, así como las características basales y de seguimiento con respecto a la actividad integral (NIYF), bioquímica, endoscópica (escala de Mayo) e histológica (escala de Riley) se muestran en la **Tabla 1**. Al comparar los desenlaces clínicos de ambas evaluaciones se encontraron valores menores en la concentración de calprotectina fecal ($p = 0.001$), así como en la mejoría de la puntuación del índice integral o NIFY ($p = 0.003$) y menor grado de actividad histológica ($p = 0.025$) posterior a la notificada luego de la optimización del tratamiento médico como se ilustra en la **Tabla 1**.

Conclusiones: El nuevo índice integral o de Yamamoto Furusho (NIYF) permite la evaluación global de la actividad de la CUCI con mejoría de los desenlaces clínicos basados en la optimización terapéutica de los pacientes con CUCI.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Evaluación de desenlaces en pacientes con CUCI. (Lun145)

Características demográficas	Pacientes, n (%)
Edad	45 ± 13.5 años
Sexo	
Hombre	46 (41.1)
Mujer	66 (58.9)
Extensión de enfermedad (Montreal)	
E1	14 (12.5)
E2	21 (18.7)
E3	77 (68.8)
Tratamiento inicial	107 (95.5)
5-Aminosalicilato	---
Ciclosporina	2 (1.8)
Budesonida	26 (23)
Prednisona	8 (7.1)
Fármaco biológico	75 (66.6)
Azatioprina	3.5 ± 1.5

Años de seguimiento				
Optimización de tratamiento				
Tópico (enema-supositorio)				
Tópico (supositorio)	44 (41.4)			
Budesonida MMX	4 (3.6)			
Azatioprina	14 (16.8)			
Prednisona oral	2 (1.8)			
Incremento de dosis de 5-aminosalicilato	2 (1.8)			
	54 (48.2)			
Evaluaciones en tratamiento de optimización				
Evaluación clínica basal (nuevo índice integral, NIYF) Basal		Evaluación clínica final (nuevo índice integral, NIYF) final		
Actividad	Pacientes, n (%)	Actividad	Pacientes, n (%)	p
Remisión	32 (26.8)	Remisión	52 (46)	0.003
Leve	46 (41.1)	Leve	9 (8.0)	
Moderada	33 (29.5)	Moderada	49 (43.4)	0.82
Grave	1 (0.9)	Grave	3 (2.7)	
PROS (síntomas referidos por el paciente), basal		PROS (síntomas referidos por el paciente), final		0.65
Número de evacuaciones con sangre 2.5 ± 1.5		Número de evacuaciones con sangre 2 ± 1		0.01
Perfil bioquímico basal		Perfil bioquímico basal		
Hemoglobina	12.7 ± 1.38	Hemoglobina	11.4 ± 2.3	0.01
Proteína C reactiva ultrasensible (PCR)	1 ± 5.3	Proteína C reactiva ultrasensible (PCR)	1 ± 2.5	
Albumina	4.0 ± 1.4	Albumina	4.3 ± 1.0	0.001
Calprotectina	922 ± 1550	Calprotectina	533 ± 906	
Evaluación actividad endoscópica basal		Evaluación actividad endoscópica final		0.086
Actividad	Pacientes	Actividad	Pacientes	
Mayo 0	19 (16.9)	Mayo 0	36 (32.1)	0.025
Mayo 1	28 (25)	Mayo 1	33 (29.4)	0.320
Mayo 2	36 (32.2)	Mayo 2	29 (25.8)	
Mayo 3	29 (25.8)	Mayo 3	14 (12.5)	0.934
Evaluación de actividad histológica basal		Evaluación de actividad histológica final		
Actividad	Pacientes	Actividad	Pacientes	
Sin actividad	21 (18.8)	Sin actividad	31 (27.6)	
Actividad leve	51 (45.5)	Actividad leve	57 (51)	
Actividad moderada	22 (19.6)	Actividad moderada	16 (14.2)	
Actividad grave	18 (16.1)	Actividad grave	8 (7.2)	
Hospitalizaciones		Hospitalizaciones		
22 (19.6)		16 (14.2)		
Necesidad de intervención quirúrgica		Necesidad de intervención quirúrgica		
2 (1.8)		---		

Lun146

ÍNDICES BIOQUÍMICOS PARA EVALUACIÓN DE ACTIVIDAD CLÍNICA, BIOQUÍMICA, ENDOSCÓPICA E INTEGRAL EN PACIENTES CON COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA IDIOPÁTICA

R. Y. López Pérez, C. I. Zubia-Nevárez, J. L. De León-Rendón, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Existen índices hematológicos que correlacionan la gravedad de la actividad de la enfermedad inflamatoria intestinal.

Dentro de estos índices se han notificado los índices neutrófilo/linfocito (INL), plaqueta/linfocito (IPL) e inmunidad/inflamación sistémica (IIS). Se ha demostrado que un aumento de la proporción de nitrógeno ureico en sangre/albumina (BAR) es un biomarcador valioso con utilidad predictiva de actividad en varias enfermedades inflamatorias. Por lo tanto, esta exploración se desarrolló para estudiar el vínculo entre los valores BAR y la actividad clínica en pacientes con colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI).

Objetivo: Evaluar la correlación de los índices hematológicos y bioquímicos de inmunidad/inflamación en la actividad de la enfermedad en pacientes con CUCI.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en pacientes con CUCI en seguimiento en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y

Nutrición Salvador Zubirán. Los datos incluidos en este estudio fueron demográficos, hallazgos de laboratorio y complicaciones relacionadas. Para la evaluación de actividad clínica se emplearon los índices de actividad de *Truelove and Witts* y el nuevo índice integral de Yamamoto Furusho. Se analizaron INL, IPL, IIS y BAR. El análisis estadístico se llevó a cabo con el software SPSS 26.

Resultados: Se incluyó a un total de 152 pacientes con CUCI, 83 mujeres y 69 hombres con edad promedio de 48 ± 16.5 años. De acuerdo con la clasificación de Montreal, la extensión de la enfermedad se encontró como proctitis en 10.5% de los pacientes, afectación del colon izquierdo en 20.4% y afectación pancolónica en 69.1%. De acuerdo con el nuevo índice integral, 51 pacientes se encontraban en remisión, 54 tenían lesión leve, 44 moderada y tres grave. Las medianas de BAR ($p = 0.04$) e IPL ($p = 0.04$) mostraron diferencias estadísticamente significativas cuando se midió la actividad de la enfermedad con NIYF y la subcalificación de Mayo, respectivamente. Se observó también una correlación negativa entre el IPL ($r = -0.21$; $p = 0.01$) con la actividad endoscópica e histológica ($r = -0.16$; $p = 0.04$). Respecto del índice BAR se reconoció una correlación positiva con el NIYF ($r = 0.20$; $p = 0.01$). Las correlaciones se ilustran en la **Tabla 1**.

Conclusiones: Los índices hematológicos y bioquímicos (BAR) en pacientes con CUCI se correlacionan de manera pobre con la actividad clínica (*Truelove and Witts*) y bioquímica; sin embargo, existe mejor correlación con el nuevo índice integral (NIYF).

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Correlaciones, índices hematológico y BAR, (BUN /albumina) actividad clínica, bioquímica, endoscópica e integral en pacientes con colitis ulcerativa crónica idiopática. (Lun146)

Párametros hematológico y bioquímico	Actividad de la Enfermedad		Índice Integral Yamamoto Furusho (NIYF)
	Endoscópica	Histológica	---
INL	Rho	0.04	0.12
	p	0.57	0.14
IPL	Rho	-0.21	-0.16
	p	0.01	0.04
IIS	Rho	-0.01	0.06
	p	0.84	0.41
BAR	Rho	0.12	-0.03
	p	0.14	0.66

Lun147

COLITIS ULCEROSA CRÓNICA INESPECÍFICA Y ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW. REPORTE DE UN CASO EN EL HGR C/MF NÚM. 1

A. Pérez-Aguilar, J. Ramos-García, A. P. Escobedo-Zúñiga, Hospital General Regional con Medicina Familiar Núm. 1, Cuernavaca, Morelos

Introducción: La colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI) es una de las formas más comunes de las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) y se caracteriza por la inflamación variable que se extiende variablemente desde el recto hasta la válvula ileocecal; se desarrolla por la combinación de factores ambientales o inmunológicos. La enfermedad de Graves es la causa más común de hipertiroidismo, frecuente entre los 30 y 60 años y cinco a seis veces mayor en mujeres. Se han identificado alrededor de 70% de genes que se vinculan con alteraciones autoinmunitarias que incluyen a las células T. Algunos estudios han relacionado distiroidismo con la EII, específicamente con mayor riesgo

de cáncer, debido a la exposición temprana a radiación, tratamiento inmunosupresor y multivitamínicos, pero sin llegar a ser concluyentes entre la interrelación entre EII y distiroidismo.

Objetivo: Presentar el caso de aparición concomitante de CUCI y enfermedad de Graves.

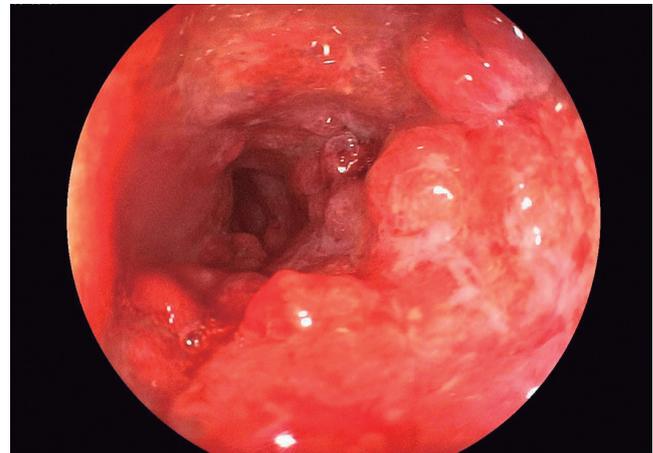
Informe de caso: Se trata de una mujer de 44 años con diagnóstico de CUCI, Montreal E3, Mayo 2, desde el 2006 con dos episodios de exacerbación que exigieron atención hospitalaria con inducción de la remisión con esteroides y mantenimiento con azatioprina. Niega otras enfermedades crónicas y degenerativas. Acude por presentar exacerbación y actividad grave tras la suspensión del tratamiento, y se descarta proceso infeccioso parasitario y bacteriano. Se realiza colonoscopia (**Fig. 1**) en la que se documenta actividad endoscópica grave que coincide con actividad clínica y bioquímica grave; se induce la remisión con esteroide intravenoso y durante protocolo se realiza perfil tiroideo inicial: TSH 0.00, T3T 2.36, T3L 8.79, T4T 15.02, T4L 5.75, y se documenta hipertiroidismo (enfermedad de Graves-Basedow). Se inicia tratamiento con tiamazol y luego con el tratamiento médico establecido se logra el control de ambas enfermedades.

Discusión: Tanto en la CUCI como en la enfermedad de Graves se presentan manifestaciones gastrointestinales; sin embargo, se han presentado pocos casos y no es común que aparezcan en conjunto. Se han encontrado factores subyacentes como mutaciones genéticas, alteración del sistema inmunitario y alteraciones de la microbiota intestinal. Diversos estudios han intentado identificar la relación entre ambas enfermedades, pero no han suministrado información concluyente por lo que es necesario desarrollar investigaciones acerca de los factores que puedan estar relacionados con este tipo de presentación para determinar si existe un nexo directo entre ambas enfermedades.

Conclusiones: La enfermedad inflamatoria intestinal se vincula con afectación tiroidea, aunque no es muy frecuente y se desconocen los mecanismos exactos de esa relación.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Colon con pérdida del patrón haustral, mucosa de aspecto congestivo, edematoso, eritematoso, así como fibrina y pérdida total del patrón vascular; se identifica una reducción del calibre de la luz. (Lun147)



Lun148

TASAS DE HOSPITALIZACIÓN, FACTORES DE RIESGO Y MORTALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ESTUDIO RETROSPECTIVO

G. A. Peña-Arellano, R. M. Miranda-Cordero, G. F. Pérez-Roa, Centro Médico ISSEMyM Arturo Montiel Rojas

Introducción: En los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se han notificado tasas de hospitalización de 7% a 26%; las infecciones, recaídas clínicas o complicaciones relacionadas con cirugía son las principales causas de hospitalizaciones en los pacientes con colitis ulcerosa (CU); por otro lado, en la enfermedad de Crohn (EC), el fenotipo penetrante y afección perianal se vinculan con una mayor tasa de hospitalizaciones. Algunos estudios sugieren una mayor mortalidad en EC en comparación con la población general. Las principales causas de muerte se relacionan con el cáncer colorrectal y enfermedad gastrointestinal y de manera menos frecuente con enfermedades cardiovasculares.

Objetivo: Informar las tasas de mortalidad, causas de hospitalización y terapéutica establecida en una cohorte de pacientes con CU y EC.

Material y métodos: Análisis retrospectivo del registro de hospitalizaciones y mortalidad en un centro de referencia durante el periodo 2012-2022. Los criterios de inclusión fueron pacientes diagnosticados con EII, hospitalizados > 24 h, sin incluir a los pacientes con diagnóstico no definido o con datos incompletos. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las características demográficas y clínicas, y luego se efectuó un análisis inferencial por medio de ji cuadrada, con un valor de p significativo < 0.05, tras calcular el riesgo relativo para hospitalización entre CU y EC, así como el riesgo de hospitalización entre el tratamiento con fármacos biológicos y el convencional.

Resultados: Se registraron 120 pacientes, 77.5% (n = 93) con diagnóstico de CU y 22.5% (n = 27) con el de EC. Para CU, el 59% (n = 55) correspondió a mujeres y 40% (n = 38) a hombres, con media de edad de 49.7 años y se registraron 50 hospitalizaciones, 70% (n = 35) relacionadas con CU; la recaída clínica fue la más frecuente en 51.4% (n = 18). Antes de la hospitalización, 16.3% (n = 10) recibía fármacos biológicos y 80% (n = 40) tratamiento convencional; y se notificaron tres muertes (3.2%), ninguna relacionada con EII. En el caso de EC, 52% (n = 14) correspondió a mujeres y 48% (n = 13) a hombres, con edad promedio de 51.8 años, y se registraron 28 hospitalizaciones, 64.2% (n = 18) atribuible a EC y la reconexión intestinal electiva fue la principal causa con 27.7% (n = 5). El 46.4% (n = 13) recibía fármacos biológicos y el 53.5% (n = 15) tratamiento convencional antes de la hospitalización. Se registró una muerte sin relación con EC. Los pacientes con EC tuvieron mayor riesgo de hospitalizaciones en comparación con CU (RR 2.84; IC, 1.17-7.12; p = 0.02); y los pacientes con tratamiento biológica en CU y EC tuvieron menor riesgo de hospitalizaciones en comparación con los pacientes que recibían tratamiento convencional (RR 0.28; IC, 0.10-0.79; p = 0.02). La **Tabla 1** describe las características clínicas y causas de hospitalización.

Conclusiones: Se identificó una mortalidad de 3.2% y 3.7% para CU y EC, respectivamente; dos pacientes con CU fallecieron por descompensación de cirrosis hepática. Dentro del contexto de tener ambos diagnósticos de colangitis esclerosante primaria, se informó una defunción por infección por COVID-19; en este sentido, un metaanálisis de Tripathi et al. informó una prevalencia de 1.01% de COVID-19 en pacientes con EII respecto de 0.7% de esta cohorte.

Tabla 1. Características clínicas, demográficas, causas de hospitalización y tratamiento anterior a la hospitalización en la población estudiada. (Lun148)

Características clínicas	Enfermedad de Crohn (n = 27)	
Edad	49.7 (intervalo, 19-86)	51.8 (intervalo, 21-83)
Sexo		
Mujeres (%)	55 (59.1%)	14 (51.8%)
Hombres (%)	38 (40.8%)	13 (48.1%)
Total de hospitalizaciones	50	28
Relacionadas con EII (%)	35 (70%)	18 (64.2%)
• Recaída clínica	18	4
• Recambio prótesis biliar	6	0
• Fistulectomía	4	3
• Reconexión intestinal electiva	2	5
• Litiasis renoureteral	2	1
• Pouchitis	1	0
• Trombosis venosa profunda	1	0
• Perforación intestinal	0	3
• Colocación de setón	1	2
No relacionadas con EII (%)	15 (30%)	10 (35.7%)
• Proceso infeccioso extraintestinal	5	5
• Complicaciones cardiovasculares	3	1
• Cirugía ortopédica electiva	3	0
• Descompensación de cirrosis hepática	2	0
• Tiroidectomía	1	0
• Politraumatismo	1	0
• Complicaciones colonoscopia	0	1
• Hernioplastia inguinal	0	1
• Pancreatitis medicamentosa	0	1
• Lesión renal aguda	0	1
Tratamiento de hospitalización		
Fármacos biológicos (%)	10 (20%)	13 (46.4%)
Tratamiento convencional (%)	40 (80%)	15 (53.5%)
Mortalidad	3	1
Relación con EII (%)	ND	ND
Sin relación con EII (%)	3 (3.2%)	1 (3.7%)

Soriana et al. describen acerca del tratamiento biológico un incremento de hospitalizaciones por procedimientos quirúrgicos abdominales/anorrectales electivos relacionados con EII (fistulectomía, colocación de setón, reconexión intestinal) y un aumento de hospitalizaciones por infecciones relacionados con anti-TNF, con identificación de resultados similares en los procedimientos quirúrgicos electivos en esta cohorte; sin embargo, existe una variabilidad de estas causas de acuerdo con cada región. Este estudio expone un panorama del perfil clínico, mortalidad y motivos de hospitalizaciones en pacientes con EII en un centro de referencia de la zona centro del país.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun149

VEDOLIZUMAB COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN RESERVORITIS CRÓNICA REFRACTARIA. PRIMERA EXPERIENCIA REPORTADA EN MÉXICO

M. Aceves-Valdez, H. E. Estrada-González, A. Juanz-González, A. F. Chávez-Hernández, J. A. Villanueva-Herrero, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La reservoritis es la complicación de largo plazo más común en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) sometidos a una proctocolectomía restauradora con anastomosis ileoanal con reservorio (IPAA). Se calcula que la incidencia de reservoritis aguda se aproxima a 20% después de un año de la IPAA y hasta del 40% después de cinco años. La reservoritis crónica resistente (RCR) a los antibióticos se desarrolla en 10% de los pacientes. Debido a la falta de estudios clínicos, el tratamiento de la RCR con antibióticos es en gran medida empírico.

Objetivo: Informar un caso y los desenlaces clínicos obtenidos en un paciente con reservoritis crónica resistente tratado con vedolizumab (VDZ).

Informe de caso: Paciente masculino de 60 años con diagnóstico de CUCI en 2013, extensión a pancolitis, sin manifestaciones extraintestinales. En 2014 presenta un brote grave de la enfermedad con resistencia al tratamiento con esteroides intravenosos y deterioro clínico significativo, razón por la cual se practican colectomía total e ileostomía terminal de urgencia. En 2015 se completa la proctectomía y se realiza una IPAA (reservorio en "J"). Meses después del posoperatorio, el paciente muestra incremento del número de evacuaciones (20 al día) y se agregan rectorragia, episodios de urgencia defecatoria e incontinencia fecal y cuadros repetidos de dermatitis perianal. El paciente recibe tratamiento antimicrobiano en al menos cuatro ocasiones por año, sin experimentar mejoría. Se añaden al tratamiento médico mesalazina tópica y esteroide oral, sin representar mejoría notoria. Al evaluarse en el servicio de los autores (enero de 2022), luego de la valoración clínica y realización de una "pouchoscopia" (Fig. 1), se clasifica como una RCR con una puntuación PDAI (*pouchitis disease activity index*) de 16 puntos. Dentro de los resultados de laboratorio destacan: velocidad de sedimentación globular (VSG) de 42 mm/h, proteína C reactiva (PCR) de 130 mg/L, calprotectina fecal (CF) > 2 200 mg/g, sin leucocitosis ni neutrofilia, sin anemia, función renal y hepática conservadas. En el coprocultivo, coproparasitoscópico, las toxinas AB para *Clostridium difficile* se encontraban negativas. Biopsias sin evidencia de infección por citomegalovirus. Se inició protocolo de tamizaje para tratamiento biológico, para el que es elegible y se indica VDZ como primera línea terapéutica. Se inicia dosis de inducción de VDZ y a partir de la segunda semana de tratamiento comienzan a remitir los síntomas clínicos. Terminada la fase de inducción (seis semanas), se

solicitan nuevos estudios de laboratorio y un nuevo estudio endoscópico. En la valoración clínica, el PDAI descendió a 5 puntos. Los parámetros bioquímicos mejoraron: VSG de 13 mm/h, PCR de 6 mg/L y CF de 300 mg/g. El estudio endoscópico mostraba una cicatrización mucosa considerable (Fig. 1). La paciente continúa en su fase de mantenimiento con VDZ, sin experimentar reacciones adversas relacionadas con el fármaco y con adecuada tolerabilidad de éste. La remisión de los síntomas clínicos hasta hoy (segunda dosis de mantenimiento) ha resuelto en > 95%.

Discusión: En los últimos años, la eficacia y seguridad del VDZ se han notificado cada vez más en series de casos y pequeños estudios observacionales para el tratamiento de la RCR con antibióticos. El estudio clínico EARNEST, publicado en enero de este año, registra beneficios significativos y un buen perfil de seguridad con el uso de VDZ en pacientes con RCR.

Conclusiones: El VDZ es una alternativa terapéutica en pacientes con RCR. Se presenta, hasta donde saben los autores, la primera experiencia en este país con el uso de VDZ en un paciente con RCR, con obtención hasta el momento de resultados satisfactorios.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Estudios endoscópicos de reservorio ileoanal. (Lun149)



Lun150

EN BÚSQUEDA DE LA REMISIÓN PROFUNDA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE COLITIS ULCERATIVA, EXPERIENCIA EN EL CMN 20 DE NOVIEMBRE

R. Sosa-Martínez, J. G. López-Gómez, A. R. Guzmán-Cárcamo, A. L. Mateos-Viramontes, E. Goudet-Vertiz, L. O. Rodríguez-Muñoz, D. F. Cafaggi-Padilla, CMN 20 de Noviembre, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

Introducción: La colitis ulcerativa (CU) es una enfermedad crónica e incapacitante que se halla dentro del espectro de la enfermedad inflamatoria intestinal. Los objetivos terapéuticos han evolucionado de controlar sólo los síntomas a la curación de la mucosa. Alcanzar la remisión profunda, es decir, la remisión clínica, endoscópica y bioquímica, puede ser la única forma de modificar la progresión de la enfermedad. La subescala endoscópica de Mayo define la curación de mucosa con 0 puntos (normal, o 1 punto (leve). A diferencia de la enfermedad de Crohn (EC) en la cual la remisión profunda se define con un CDAI (*Crohn's disease activity index*) < 150 puntos, en la CU no hay una definición propuesta de remisión profunda y puede definirse como una remisión clínica y endoscópica. En fecha reciente, el puntaje UCEIS (*ulcerative colitis endoscopic index of severity*) se desarrolló para evaluar el abordaje endoscópico en la CU, con base en el patrón vascular, sangrado, erosiones y úlceras. Sin embargo, no hay una definición validada de remisión endoscópica con el UCEIS. En el 2007, la Organización Internacional de EII propuso una definición de curación mucosa en la CU: ausencia de friabilidad, sangre, erosiones y úlceras en todos los segmentos de la mucosa intestinal. Aunque la curación total de la mucosa significa, en teoría, ausencia de lesiones visibles, los expertos han concluido que un patrón vascular anormal en ausencia de otros hallazgos es aún consistente con una curación mucosa. En estudios retrospectivos reciente, sólo 37% de los pacientes con CU en remisión clínica había experimentado remisión endoscópica e histológica.

Objetivo: Conocer el porcentaje de pacientes con remisión profunda, así como realizar una descripción terapéutica, clínica y endoscópica.

Material y métodos: Se llevó a cabo una búsqueda en el sistema interno de pacientes activos catalogados con la afección de colitis ulcerativa.

Resultados: Se analizó a 47 pacientes, de los cuales el 48% correspondía a mujeres y el tratamiento principal que recibían entonces los pacientes incluía infliximab (20%), 5-ASA (20%), adalimumab (22%), certolizumab (18%), vedolizumab (4%) y ustekinumab (2%). El 38% de los pacientes se encontraba en remisión clínica, seguida de remisión bioquímica en 30%, endoscópica en 17% y remisión profunda en 7%.

Conclusiones: En este estudio se encontró que los pacientes que se encontraban en remisión profunda y clínica se mantenían bajo un régimen con adalimumab. El porcentaje de remisión profunda era menor al notificado, ya que muchos pacientes se hallaban en remisión clínica y bioquímica, pero dada la saturación de servicios de endoscopia se debía optar por posponer el estudio.

Financiamiento: No se requirió financiamiento.

Lun151

PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS LATENTE EN POBLACIÓN GENERAL Y EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, ASÍ COMO LA RELACIÓN DE TUBERCULOSIS ACTIVA CON EL TRATAMIENTO

CONVENCIONAL Y BIOLÓGICO DE EII EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

A. Navarro-Sánchez, A. E. Olalde-Salgado, J. D. Prieto-Nava, R. M. Miranda-Cordero, Centro Médico ISSEMyM Metepec

Introducción: La prevalencia de tuberculosis (Tb) en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se ha informado en un promedio de 1.84%. Una proporción de 1% a 3% de los pacientes que utilizan anti-TNF desarrollará Tb activa.

Objetivo: Describir la prevalencia de tuberculosis latente en la población general y en la enfermedad inflamatoria intestinal. Describir la prevalencia de tuberculosis activa y su relación con el tipo de tratamiento, convencional o biológico.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo que analizó una población de pacientes del Centro Médico ISSEMyM, Metepec, sometida a aplicación cutánea de 0.1 mL de un derivado proteico de tuberculina (PPD) durante el periodo del 1 de junio de 2016 al 30 de junio de 2022; se incluyó a un total de 2 278 pacientes de diferentes especialidades y por diversos motivos. Se excluyó a 30 pacientes por no contar con datos completos o no acudir a la lectura. En consecuencia, se analizó a un total de 2 248 pacientes, ocho de los cuales fueron objeto de la prueba con Quantiferón y se compararon con 203 pacientes de la clínica de EII atendidos en consulta externa en los últimos cinco años.

Resultados: En los 2 248 pacientes se encontró una prevalencia de Tb latente de 10.94% (n = 246). Las causas más comunes fueron reumatológicas en 23.1%, enfermedad renal crónica (ERC) en 19.7% y enfermedades dermatológicas en 11.6%, entre otras. En EII, el 4.43% (n = 9) tuvo un diagnóstico de Tb latente, todos con fenotipo de colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI). La edad media fue de 42.5 años (intervalo, 19-63 años) y el 75% (n = 9) correspondió a mujeres. El tratamiento convencional que recibieron todos los pacientes incluyó 5-ASA, azatioprina y esteroide oral ocasional. Ningún paciente con Tb latente recibió tratamiento biológico. La Tb activa en la población con EII (n = 203) se encontró en un 1.47% (n = 3), de los cuales 66% (n = 3) correspondió a mujeres y 33% (n = 1) a hombres. Edad promedio: 41 años (intervalo, 33-55). El 100% tenía CUCI, 66% (n = 2) Tb intestinal, 66% (n = 2) Tb pulmonar y 33% (n = 1) ???. Al momento del diagnóstico de Tb activa, el 33% (n = 1) recibía mesalazina, azatioprina y prednisona. Un 66% (n = 2) anti-TNF, adalimumab en todos los casos. El 100% se atendió en el servicio de infectología para tratamiento y no se registró ningún desenlace letal.

Conclusiones: Se informó una prevalencia de Tb latente en la población general del 10.94%, de los cuales las enfermedades reumatológicas y la ERC fueron las más comunes, población de riesgo reconocida por Getahun et al. en el programa global de tuberculosis de la OMS. En EII, la prevalencia fue de 4.43% (n = 9) de Tb latente, que tiene riesgo de activación de Tb tras iniciar el tratamiento biológico de 0.98 casos por cada 100 años/paciente, según Ramos et al. La prevalencia de Tb activa dentro de la población con EII del 1.47% es similar a la que publicaron Banerjee et al. de 1.84%, proporción de la cual el 66% consumía anti-TNF antes de la infección activa, en particular adalimumab en el 100% de los casos (n = 2). Se reconoce que el riesgo de presentar Tb activa con anti-TNF es mayor respecto de 5-ASA, inmunomoduladores y corticosteroides, con 5.54, 1.44, 2.09 y 2.85/1 000 años/paciente, respectivamente. Dentro del espectro de los anti-TNF, el fármaco que conlleva más riesgo es el infliximab, seguido del adalimumab. En un estudio por Lorenzetti et al. se observó que los anti-TNF produjeron un OR de 24.8 de reactivación de Tb en comparación con el placebo. La prevalencia de Tb activa en población con EII notificada en este estudio es similar a la publicada previamente, la cual muestra una mayor presencia en pacientes tratados con fármacos biológicos en comparación con la atención convencional, en especial anti-TNF.

Financiamiento: Ninguno.

Lun152

CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN LA COLITIS UL-CERATIVA EN EL CMN 20 DE NOVIEMBRE

E. Goudet-Vértiz, R. Sosa-Martínez, G. López-Gómez, L. O. Rodríguez-Muñoz, T. Cortés-Espinosa, CMN 20 de Noviembre, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

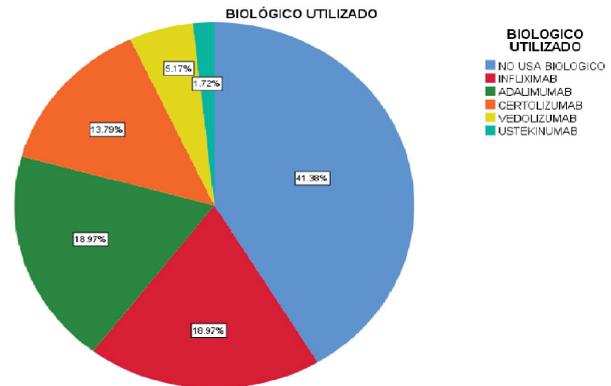
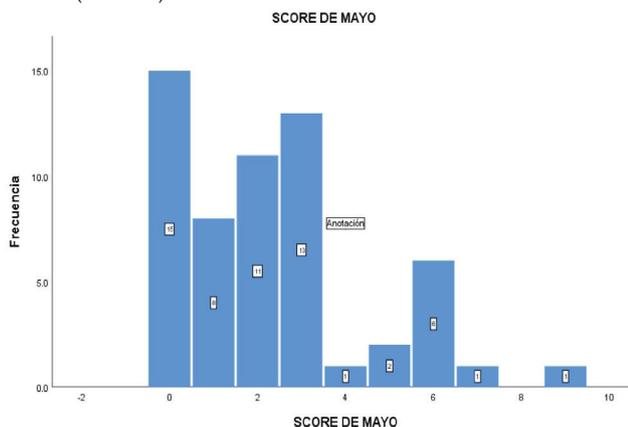
Introducción: La colitis ulcerativa (CU) es una de las dos entidades clínicas que abarca la enfermedad inflamatoria intestinal (EII); es recurrente y remitente y se caracteriza por una inflamación de la mucosa que comienza distalmente y puede extenderse en sentido proximal para afectar a todo el colon. La CU tiene una distribución etaria bimodal, con una incidencia máxima entre la segunda y cuarta décadas de la vida y una segunda entre los 50 y los 80 años, sin predominio de género. En México se ha notificado en fecha reciente una disminución de la incidencia de CU y, en estudios previos, se ha documentado que la extensión de la enfermedad es la pancolitis y que la artropatía es la manifestación extraintestinal más común; sin embargo, en el centro de los autores se publicó en 2011 un predominio de la proctitis sobre la colitis y la pancolitis, mientras que en las demás categorías fue muy similar a lo informado en otros estudios nacionales.

Objetivo: Determinar el cambio epidemiológico observado en este centro con respecto a la incidencia, el grado de afectación y las complicaciones de la CU.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo. Se tomó en cuenta a todos los pacientes tratados en el centro de enfermedad inflamatoria del CMN 20 de Noviembre, desde el año 2015 hasta la fecha. Se evaluaron género, edad al diagnóstico, actividad de la enfermedad por Mayo, tratamiento médico, manifestaciones extraintestinales, neoplasias y requerimiento de cirugía. Los resultados se expresaron como media y desviación estándar para variables continuas y porcentajes para variables categóricas.

Resultados: Del total de 61 pacientes, se incluyó a 58 que contaban con expediente completo, 31 mujeres y 27 hombres, con edad actual de 52.07 ± 17.9 años y edad al diagnóstico en promedio de 38.8 ± 16.4 años. El número de hospitalizaciones relacionado con la CU fue de 3.8 ± 6.2 veces a lo largo de la vida. En cuanto a la extensión de la enfermedad, predominó la proctitis con 48.3%, seguida de la pancolitis (E3) con 39.7% y E2 con 12.1%; la actividad de la enfermedad se observa en la **Figura 1**: el 79.3% no requirió ningún tipo de cirugía relacionada con la CU y del total sólo 87.9% se mantuvo libre de cáncer. Las principales manifestaciones extraintestinales fueron las musculoesqueléticas con 70.7%, seguidas de las

Figura 1. Actividad de la enfermedad según la escala de Mayo y porcentaje de los fármacos biológicos utilizados en los pacientes con CU. (Lun152)



hepatobiliares con 56.9% y las vasculares con 8.6%, las cutáneas con 6.9% y las orales con 5.2%. En cuanto al tratamiento, el 55.27% recibió 5-ASA, 8.6% azatioprina y el 58.62% fármacos biológicos, como se muestra en la **Figura 1**.

Conclusiones: En comparación con los informes de la década pasada, en este centro médico nacional se advirtió que la presentación de la enfermedad ha cambiado; con anterioridad se había demostrado sobre todo la presencia de proctitis, seguida de colitis y al final pancolitis; sin embargo, en este estudio se observó que la pancolitis va en ascenso y permanece como la segunda forma de presentación en cuanto a la extensión de la enfermedad, lo que representa una enfermedad más agresiva. Asimismo, en cuanto a las manifestaciones extraintestinales, aún prevalecen las osteomusculares, si bien ahora figuran en segunda posición las hepatobiliares en lugar de las vasculares como se había notificado en 2011. En relación con el tratamiento, prevalece todavía el consumo de 5-ASA, aunque ya no se prescribe en el 100% como antes. Por último, en este estudio se reconoce el aumento considerable de la administración de fármacos biológicos, desde los anti-TNF hasta los inhibidores de IL-12/23, con más del 50% de los pacientes con CU bajo atención con medicamentos biológicos, pero ha aumentado de 10% a poco más del 20% en los pacientes que requirieron cirugía.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ninguna institución.

Lun153

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN PERIODO DE SEIS AÑOS EN CENTRO DE TERCER NIVEL EN ZONA CENTRO DE MÉXICO

E. J. Medina-Ávalos, M. Y. Carmona-Castillo, C. L. Dorantes-Nava, S. Teutli-Carrión, M. F. Higuera-de la Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende dos entidades: la colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), las cuales son enfermedades inflamatorias crónicas inmunomediadas, infrecuentes, que afectan de modo primordial el colon y el intestino delgado. Es una entidad caracterizada por un proceso inflamatorio, con periodos crónicos alternantes de recaídas y remisión, y con notables efectos en los recursos de la salud.

Objetivo: Evaluar las características epidemiológicas de la EII en el servicio de gastroenterología en un centro del tercer nivel en la zona centro del país, en un periodo de seis años (2014-2020).

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, retrolectivo y descriptivo, en el que se revisaron expedientes que cumplían con el diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal.

Resultados: Se analizó a 80 pacientes, en su mayoría mujeres, 49 (61%), con media de edad de 41 ± 15.4 años. Se presentaron 65 pacientes con CUCI (81%) y 15 con enfermedad de Crohn (19%), de los cuales 32 (40%) contaban con mal apego al tratamiento. En los estudios histopatológicos se encontraron 13 (16.3%) con informe de colitis crónica inespecífica, 56 (70%) con colitis ulcerativa y 11 (13.8%) con enfermedad de Crohn. En cuanto al tratamiento, se identificaron en su mayoría aminosalicilatos hasta en 91% y tratamiento con corticoides en 38%. De estos pacientes, 47 (58.7%) eran aptos para fármacos biológicos y sólo recibió tratamiento quirúrgico el 10%. Los fenotipos de la enfermedad de Crohn más comunes fueron A2+B2+L3 y A3+B2+LE con cinco pacientes cada uno (33.3%) y para CUCI fue la pancolitis con 30 pacientes (46.2%). Dentro de las manifestaciones extraintestinales, las más altas fueron las articulares con 27 pacientes (33%), orales con seis, oculares con cinco y colangitis esclerosante primaria con tres. En la escala de gravedad de Truelove-Witts, el 53.8% correspondió al grado leve con una mediana en la escala de Mayo de 2.5 puntos y para grave de 3.1% que requirió hospitalización.

Conclusiones: La EII es una afección heterogénea con múltiples factores desencadenantes. La carga de la enfermedad y su prevalencia permanecen en alza, así como su incidencia en países en vías de desarrollo. La evolución de ambas entidades y su caracterización son heterogéneas en comparación con otras zonas del país. Existe un elevado número de informes histopatológicos como inespecíficos, entre ellos pacientes con tuberculosis intestinal por lo que aún es un reto para establecer el diagnóstico, así como su búsqueda exhaustiva, en un país de alta prevalencia. Se observa una gran proporción de pacientes elegibles para el tratamiento biológico y dependientes de los corticoides, todos antes del tratamiento instituido de manera universal y con notorios efectos en la evolución de la enfermedad y mortalidad. La tasa de mal apego al tratamiento en esta población es todavía elevada, debido a que en su mayoría pertenece a la de bajos recursos y con escaso acceso a centros hospitalarios de tercer nivel. Antes de las políticas públicas de gratuidad farmacológica a los tratamientos biológicos, éste era el escenario ya que en la actualidad se observa una mejora en el tratamiento y seguimiento de los pacientes.

Financiamiento: Ninguno.

Lun154

CARACTERIZACIÓN DE LRRC9 (LEUCINE RICH REPEAT CONTAINING 9) EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA (CUCI)

G. Fonseca-Camarillo, F. F. Solís-Roldán, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC). Un elemento central en la patogenia de la EII es una función aberrante del sistema inmunitario de mucosas. Se han identificado defectos en el sistema inmunitario innato y adaptativo. El gen *LRRC9* es un patrón molecular relacionado con daño e interacción con varios receptores que intervienen en la activación de la inflamación, tales como los receptores tipo Toll, receptores de TGF- β y NLR. No hay estudios que demuestren el papel de esta molécula en la CUCI.

Objetivo: Realizar un análisis de la expresión génica diferencial de *LRRC9* en los diferentes estados de inflamación de los pacientes con CUCI y controles.

Material y métodos: Se condujo un estudio transversal y comparativo que incluyó a 40 pacientes con CUCI y 15 controles sin datos de inflamación intestinal histológica. A partir de las biopsias colónicas se practicó una reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real para cuantificar la expresión génica de *LRRC9*. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 22.0 y el paquete PRISMA GraphPad versión 6. La comparación de los datos de grupos independientes se analizó mediante la prueba no paramétrica de Dunn. Se consideró como significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyó a un total de 43 pacientes con CUCI (25 activos y 18 remisión), de los cuales 25 eran hombres y 18 mujeres, con una edad de 44.5 años y 15 controles (ocho hombres y siete mujeres con una edad media de 49 años). La expresión del gen *LRRC9* fue mayor en la mucosa colónica de pacientes con CUCI en remisión en comparación con CUCI en activo ($p = 0.002$). Se observó una diferencia significativa en pacientes con CUCI en remisión en comparación con los controles ($p = 0.04$).

Conclusiones: El incremento de la expresión del gen *LRRC9* en pacientes con CUCI en remisión sugiere su función protectora e inmunorreguladora. El gen *LRRC9* participa en la fisiopatología de la CUCI y es parte de la detección mediada por la respuesta inmunitaria innata.

Financiamiento: Este trabajo ha sido patrocinado en su totalidad por fondos de investigación de la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del INCMNSZ.

Lun155

MANIFESTACIONES HEPATOBILIARES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J. I. Carrillo-Rojas, F. Martínez-Silva, S. Ontiveros-López, M. C. Bernardino-del Río, C. J. Toranzo-González, UMAE, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: Las manifestaciones extraintestinales en el contexto de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se presentan hasta en 75% de los pacientes y 25% ocurre antes de la afectación intestinal. Éstas pueden aparecer con los brotes y responder al tratamiento de la inflamación intestinal o en otro momento de la enfermedad y ser independientes de la actividad intestinal. La colangitis esclerosante primaria (CEP) representa la manifestación más frecuente y ocurre en casi 5% de los pacientes con colitis ulcerativa (CU) y una frecuencia menor en la enfermedad de Crohn (EC), sobre todo en la afectación colónica (L2). Los factores de riesgo para el desarrollo de CEP son sexo masculino y pancolitis (en CU). La trascendencia de esta relación reside en el incremento del riesgo hasta de 10 veces para desarrollar cáncer colorrectal y hepatobiliar. Otras relaciones comprenden la esteatosis hepática (vinculada o no con un contexto metabólico), daño inducido por fármacos, infecciones virales y enfermedades inmunológicas.

Objetivo: Analizar la prevalencia de las manifestaciones hepatobiliares en pacientes con CU y EC en un hospital de tercer nivel de atención en México.

Material y métodos: Se recabaron datos del expediente electrónico de 148 pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital de Especialidades del CMN La Raza, en el periodo comprendido entre 2017 y 2022, y se incluyeron a los que tuvieron alteración de las pruebas bioquímicas hepáticas, con diagnóstico establecido de CEP o que contaron con un ultrasonido que revelara esteatosis. Tipo de estudio: descriptivo, observacional y retrospectivo. Variables analizadas: edad, sexo, edad de diagnóstico, extensión, manifestación hepatobiliar, tabaquismo, etilismo, IMC, esteroides, metotrexato y azatioprina. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de tendencia central para la obtención de medias, medianas y porcentajes.

Resultados: Se analizó una muestra de 148 pacientes, 70 (47.3%) hombres y 78 (52.7%) mujeres. Un total de 111 pacientes (75%) correspondió al diagnóstico de CU y 37 al de EC (25%). La pancolitis representó el 80% de los pacientes con CU, mientras que la enfermedad colónica y los fenotipos L1 y L2 fueron los comportamientos más frecuentes en EC (37% para cada uno, respectivamente). En 46 pacientes (31%) se encontró alguna alteración y las más frecuentes fueron esteatosis (23.6%) y CEP (5.4%). El resto de las relaciones identificadas fueron hepatitis autoinmunitaria (2.7%), colelitiasis (1.4%), colecistitis (1.4%), hepatitis C (1.4%) y trombosis de la vena porta (0.7%). Hasta 24 pacientes (16%) mostraron alteración en las pruebas bioquímicas hepáticas en el momento del diagnóstico, sin coexistir con alguna afección hepática diagnosticada; la colestasis fue el patrón más común. De los pacientes con esteatosis, 71% había consumido previamente esteroides, 22% tenía diagnóstico de diabetes y 8.5% antecedente de consumo de metotrexato.

Conclusiones: La prevalencia demostrada de CEP en esta población es similar a la documentada en las publicaciones médicas internacionales; sin embargo, destaca una elevada prevalencia de esteatosis, la cual puede ser multifactorial y no sólo atribuible a la actividad de la EII.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Lun156

MIELOTOXICIDAD POR AZATIOPRINA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J. I. Carrillo-Rojas, F. Martínez-Silva, M. C. Bernardino-del Río, UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: Las tiopurinas son fármacos ampliamente utilizados en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) para el mantenimiento de la remisión. Se someten a un complejo metabolismo mediado de forma enzimática y son útiles para conocer el fenotipo y genotipo metabolizador del fármaco para cada paciente; sin embargo, en el medio de los autores no existe la posibilidad de evaluar dichos metabolitos. El potencial tóxico de las tiopurinas comprende efectos adversos digestivos (como la dispepsia), riesgo de pancreatitis, y toxicidad medular y hepática. Infortunadamente, hasta 40% a 50% de los pacientes interrumpen el tratamiento durante el curso de la enfermedad, y los efectos por intolerancia digestiva son la principal causa, que se ha notificado en 10% a 28% de estos pacientes. En este contexto, la prescripción de los fármacos se basa en la clínica y la analítica.

Objetivo: Describir el comportamiento clínico de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de un hospital de tercer nivel de atención bajo tratamiento con tiopurinas.

Material y métodos: Se analizaron de forma retrospectiva los datos de 230 pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital de Especialidades de CMN La Raza, en el periodo comprendido entre 2017 y 2022, y se incluyó sólo a los que presentaron una citopenia durante el tratamiento con azatioprina, con obtención de los datos del expediente electrónico. Tipo de estudio: descriptivo, observacional y retrospectivo. Variables analizadas: edad, sexo, edad de diagnóstico, extensión por Montreal, dosis máxima de azatioprina, dosis ponderada, tiempo total de uso, tiempo hasta el nadir y tiempo de recuperación. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de tendencia central para la obtención de medias, medianas y porcentajes.

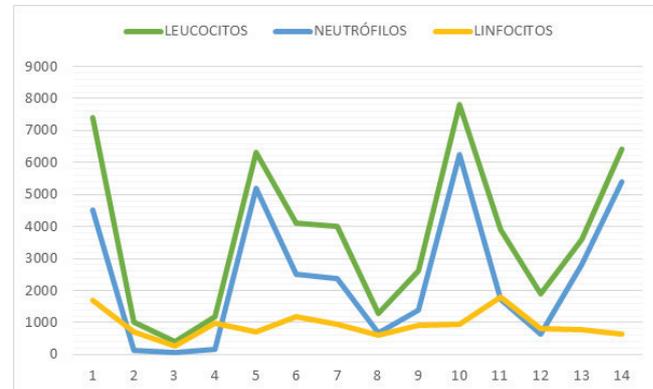
Resultados: Se documentaron 14 casos de mielotoxicidad (6% de la muestra analizada), 13 pacientes con CU y uno con EC (46% hombres y 54% mujeres). La dosis ponderada empleada fue 1.46 mg/kg (intervalo, 50-150 mg/día). El tiempo promedio hasta el nadir fue de 6.5

meses. Siete pacientes desarrollaron anemia (anemia grado II = 3 pacientes; anemia grado III = 3 pacientes; anemia grado IV = 1 paciente); 10 pacientes desarrollaron leucopenia; seis pacientes cursaron con neutropenia absoluta (leve = 1 paciente; moderada = 2 pacientes; grave = 2 pacientes; profunda = 1 paciente); 11 pacientes sufrieron linfopenia absoluta y ocho trombocitopenia (Fig. 1). Sólo un paciente requirió administración de filgrastim. El tiempo de recuperación tras la suspensión fue de 4.4 meses (intervalo, 1-8 meses).

Conclusiones: Si bien no es posible determinar los fenotipos metabolizadores, la vigilancia bioquímica es la mejor herramienta en el seguimiento de estos pacientes. La toxicidad fue mayor en pacientes con CU, que guarda relación con la mayor prevalencia de la enfermedad. Debe destacarse que, en todos los casos, la recuperación fue completa.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Figura 1. Determinación de leucocitos durante el nadir. (Lun156)



Lun157

LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA EN UNA PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA INESPECÍFICA. REPORTE DE CASO

M. Coutiño-Flores, H. I. Morales-Flores, F. S. Sánchez-Hernández, Hospital General Regional 46

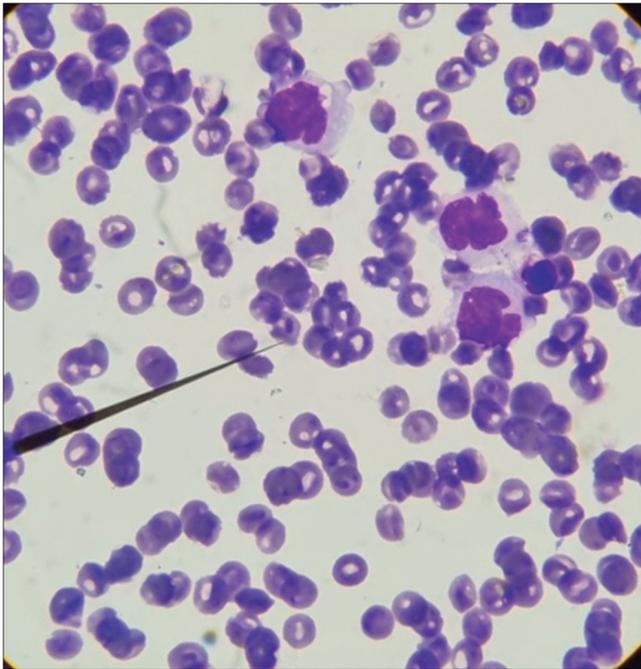
Introducción: La colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad crónica inflamatoria que afecta al colon. México posee una incidencia de 0.16 casos por cada 100 000 habitantes al año y una prevalencia de 1.45 casos por cada 100 000 personas. Se ha observado que los pacientes con CUCI presentan un mayor riesgo de desarrollar algún tipo de neoplasia en comparación con la población general, la cual puede presentarse en los planos intestinal e extraintestinal. La leucemia mieloide aguda (LMA) representa una neoplasia extraintestinal no muy común y en este país los casos notificados son pocos.

Objetivo: Describir el caso de una paciente con colitis ulcerativa resistente al tratamiento, que durante su evolución desarrolló una leucemia mieloproliferativa aguda.

Informe de caso: Paciente femenina de 37 años de edad, con antecedente de colitis ulcerativa de ocho años de evolución, tratada de modo inicial con mesalazina y azatioprina por tres años; sin embargo, ante la falta de respuesta clínica recibió adalimumab durante seis meses. Persistió con datos de actividad inflamatoria moderada, motivo por el que se decidió cambiar a infliximab por dos años. Acude al servicio de urgencias, enviada de la consulta, debido a que mostraba datos de anemia grave grado IV, trombocitopenia grado IV y leucocitosis, clínicamente con palpitations y dolor precordial, así como fiebre hasta de 39°, diarrea con 10

evacuaciones diarias Bristol 5, y hematomas espontáneos en extremidades superiores e inferiores. Estudios de laboratorio a su ingreso: Hb: 3.6 g/dL, plaquetas: $8 \times 10^9/L$, leucocitosis de $39.21 \times 10^9/L$, monocitos de $19.54 \times 10^9/L$. Frotis de sangre periférica: hipocromía, microcitosis, anisocitosis, reacción leucoeritoblástica. Inmunofenotipo: HLA-DR: +, CD45: +, CD13: +, CD11b: +, CD15: + CD33: +, serie monocítica del 8.5% CD14: + CD16: -. Se realizó aspirado de médula ósea, como se observa en la **Figura 1**, con celularidad aumentada, relación mieloides eritroides (3:1), consistente con leucemia monocítica aguda. Posterior al diagnóstico inició quimioterapia 7 + 3 (daunorrubicina-citarabina), pero falló al tratamiento de inducción, con necesidad de un esquema de rescate con FLAG-IDA. En la actualidad ha presentado respuesta parcial, en vigilancia con enfermedad mínima residual para determinar posible recidiva; continúa con apoyo transfusional en caso de ser requerido y en seguimiento por gastroenterología y hematología.

Figura 1. Aspirado de médula ósea con tinción de Wright; se observan monoblastos con núcleos de forma irregular, cromatina laxa y nucleolos. (Lun157)



Discusión: El origen de una leucemia en pacientes con CUCI se considera multifactorial, incluidos una predisposición genética, factores ambientales, tiempo de evolución, sobreexpresión de citocinas proinflamatorias: interleucina 1 (IL-1), interleucina 6 (IL-6), factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), que influyen en la aparición de células clonales. Existe una incidencia de leucemia en pacientes con CUCI del 0.40% y el 0.25% específicamente en leucemias agudas. El linfoma no Hodgkin suele ser la neoplasia extraintestinal más prevalente con un 18% y las leucemias sólo representan el 4%. Aunque no se ha establecido una relación del tratamiento inmunosupresor prolongado con el desarrollo de neoplasias, es probable que ante un cuadro de CUCI grave resistente al tratamiento pueda ser más propenso al desarrollo de neoplasia, como en el caso de esta paciente, que mostró desde su inicio un comportamiento sin efecto al tratamiento inmunosupresor, lo cual implicó complicaciones a largo plazo con el desarrollo de una leucemia aguda.

Conclusiones: El tratamiento de pacientes con CUCI es complejo, pero siempre debe determinarse con base en la gravedad de la enfermedad, y es fundamental que durante el seguimiento médico de

estos pacientes se tenga en cuenta un riesgo elevado de complicación para algún tipo de neoplasia.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun158

COLITIS ULCEROSA DE INICIO MUY TEMPRANO CON EVOLUCIÓN A INSUFICIENCIA RENAL Y COLESTASIS MIXTA. REPORTE CASO

L. L. Amezcua-Palomera, H. E. Cabrales-Santiago, J. A. Chávez-Barrera, M. Sosa-Arce, Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal se caracteriza por inflamación crónica de la pared intestinal de causa multifactorial; el 30% de los casos se diagnostica a los 12 años, un 20% antes de los 10 años y 5% antes de los cinco años. La CU afecta de manera exclusiva al colon en extensión variable y se distingue en el plano histológico por ulceración, hemorragia, edema y regeneración epitelial; la forma pediátrica más común es la pancolitis en un 60%. Se han notificado casos de colestasis, hepatitis autoinmunitaria y colangitis esclerosante en un 11% a 49% de los pacientes con CU.

Objetivo: Presentar un caso clínico de un paciente con colitis ulcerosa de inicio muy temprano con evolución a insuficiencia renal y colestasis mixta.

Informe de caso: Escolar masculino de seis años un mes, con diagnóstico al nacimiento de mielomeningocele con secuela de vejiga neurogénica que propicia infecciones de vías urinarias repetidas. Un mes antes de su ingreso al servicio de gastroenterología mostró ausencia de evacuaciones, fiebre y vómito de contenido gástrico y durante su hospitalización en urgencias tuvo evacuaciones diarreicas en número de ocho a 10 al día, con moco y sangre fresca en más del 50%, y gastos hasta de 3 L; experimenta evolución tórpida con acidosis metabólica, desequilibrios hidroelectrolíticos (hiperpotasemia), elevación de azoados máximos registrados, creatinina 7.59, urea 157.7, BUN 73.69, con necesidad de tratamiento de sustitución de la función renal con hemodiálisis; el paciente muestra colestasis con los siguientes estudios de laboratorio a su ingreso: GGT 142, FA 268, LDH 867, BT 5.78, BD 5.69, BI 0.09, hasta alcanzar valores máximos: GGT 338, FA 2 736, LDH 448, BT 3.64, BD 3.34, BI 0.30. En virtud de su evolución es elegible para UTIP e ingresa con PUCAI 70. Biometría hemática y reactantes de fase aguda iniciales: Hb 9.1, Htco 28.2, Pla q 80 000, VSG 34, PCR 111.21, toxina A y B para *Clostridium difficile* con informe negativo, anticuerpos anti-LKM negativos, ANA y ADNA negativos, IgG normal, y cursa con infección de catéter Mahurkar con aislamiento de *Staphylococcus epidermidis*, además de urocultivos positivos para *E. coli* durante más de tres meses; la TC abdominal muestra datos relacionados con pancolitis. Durante la evolución se realiza biopsia hepática por colestasis y se informa hepatitis crónica leve, colestasis mixta, disminución de conductos biliares intrahepáticos atribuidos a sepsis sin datos de colangitis esclerosante; biopsia renal: nefritis intersticial moderada, necrosis tubular aguda focal y cambios observados en falla renal aguda; biopsia de colon: cambios consistentes con enfermedad inflamatoria intestinal, como se observa en la **Figura 1**. Se inicia tratamiento con antibióticos de rescate durante 21 días antes de la remisión, azatioprina y mesalazina con remisión clínica, PUCAI 5 hasta la cuarta semana con esteroide (**Fig. 1**)

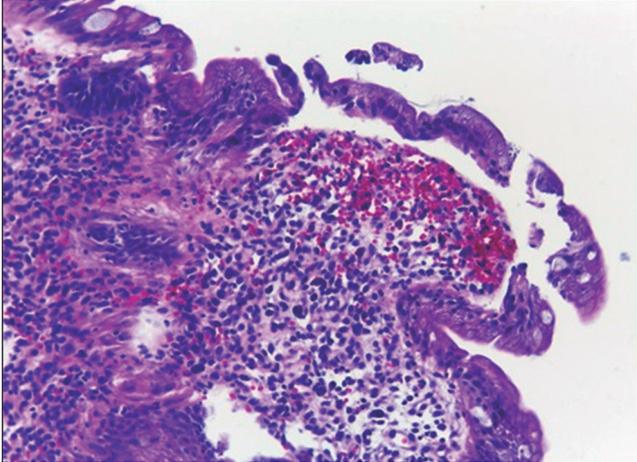
Discusión: El paciente inicia con brote grave; los gastos elevados en evacuaciones explican la insuficiencia renal aguda y se requiere hemodiálisis, con factores de riesgo debido a infecciones de vías urinarias de repetición secundarias a vejiga neurogénica. Se han descrito casos en los cuales los pacientes tienen como manifestación

extraintestinal nefritis intersticial y con el tratamiento de mesalazina se produce la falla renal; en las publicaciones médicas se han informado casos de colangitis esclerosante y hepatitis autoinmunitaria como manifestaciones extraintestinales, las cuales se descartan en este caso, y los cambios hepáticos se atribuyen a un proceso infeccioso.

Conclusiones: Este paciente se presentó a muy temprana edad y consigue la remisión clínica en la cuarta semana de tratamiento esteroideo; tiene ERC secundario a NTA y, debido a sepsis, experimenta cambios hepatobiliares; según sea la evolución, podría ser elegible para iniciar tratamiento biológico con fármacos anti-TNF.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Biopsia de colon: arquitectura distorsionada, pseudopólipos y úlceras multifocales con fibrosis en la lámina propia. (Lun158)



Lun159

MEGACOLON -NO SIEMPRE TÓXICO- EN CUCI AGUDA SEVERA CON *CLOSTRIDIODES DIFFICILE*

M. González-Villarreal, F. F. Montes-Vargas, A. Y. Ruiz-Flores, J. O. Jáquez-Quintana, H. J. Maldonado-Garza, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: En la CUCI, las estenosis benignas ocurren en 3.6% y las malignas en 18%. Su presentación con oclusión intestinal se vinculó en 100% con un proceso maligno (Gumaste, 1992). Se expone un caso atípico.

Objetivo: Documentar la oclusión intestinal, megacolon y estenosis benigna en la CUCI con *C. difficile*.

Informe de caso: Paciente masculino de 55 años, previamente sano, sin antecedentes. Inició con evacuaciones de heces líquidas con sangre y moco (20/día), acompañadas de tenesmo rectal, dolor cólico en hipogastrio y pérdida de 6 kg. Tras ocho días recibe atención en un hospital de segundo nivel, tratado con antibióticos, sin mejoría. Rectosigmoidoscopia: mucosa friable, úlceras superficiales, pseudopólipos, pérdida haustral y vascular; posible CUCI (Mayo 3), confirmada por biopsias (IHQ descartó CMV). Tras dos semanas se traslada a IMSS UMAE 25 y se encuentra taquicárdico, afebril y caquéctico, con mucosas secas; abdomen distendido, peristalsis, ligeramente tenso, leve dolor en marco colónico superior, sin irritación peritoneal. Estudios de laboratorio: Hb 11.6 g/dL, albú. 2.3 g/dL, potasio 2.9 mmol/L, PCR 283 mg/L, VSG 38 mm/h; se descartan *C. difficile*, otros patógenos en heces, VIH, Tb latente, VHB, VHC; Rx con transverso dilatado 5 cm. Se diagnostica CUCI aguda grave. Se inicia hidrocortisona y enoxaparina profiláctica. Al tercer día disminuyen evacuaciones, pero se conserva distendido. Se repiten GDH (+), toxinas AB (-); se inicia vanco. VO y

metro. IV para *C. difficile*, sin mejoría. Al sexto día se agrega infliximab IV (5 mg/kg). Al décimo día disminuyen las evacuaciones a tres al día, pero su abdomen es más tenso y doloroso; signos vitales normales. Enterorresonancia: pancolitis con pared de colon descendente 8 mm que estenosa su luz 15 cm de longitud, transverso dilatado 10 cm, ileítis distal. Se diagnostica megacolon por oclusión intestinal por estenosis larga, sin toxicidad sistémica. Se realiza colectomía subtotal e ileostomía urgente (Fig. 1). Histopatología: CUCI actividad grave, pólipos inflamatorios, colitis pseudomembranosa; se establece estenosis a inflamación grave por CUCI y *C. difficile*. Muestra buena evolución posoperatoria y se egresa para tratamiento subsecuente.

Discusión: Las estenosis en CUCI son raras y hay que sospechar tumoración maligna, más aún en la oclusión intestinal. El caso expuesto es una presentación atípica, no registrada en la estadística documentada en las publicaciones médicas.

Conclusiones: La CUCI y *C. difficile* con megacolon por oclusión deben llevar a sospechar estenosis benigna o maligna.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Pieza quirúrgica de colectomía subtotal. Estenosis larga en colon descendente (flecha amarilla); colon transverso y segmento de colon ascendente dilatados (flechas rosas). (Lun159)



Lun160

UN GRAN IMITADOR DE ENFERMEDAD DE CROHN PERIANAL: TUBERCULOSIS RECTAL, INFORME DE UN CASO

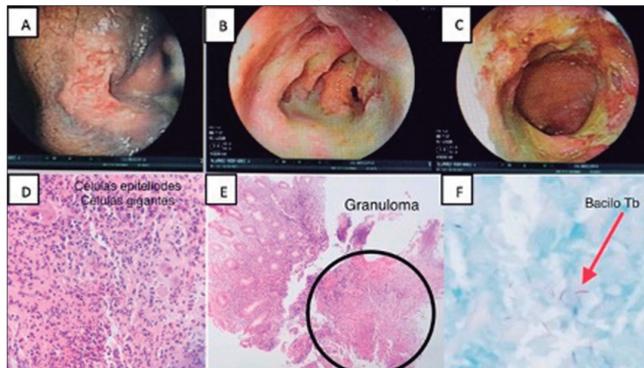
R. T. Hernández-Rodríguez, T. Cortés-Espinosa, J. G. López-Gómez, M. Salamanca-García, L. O. Rodríguez-Muñoz, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

Introducción: Diferenciar entre tuberculosis intestinal y enfermedad de Crohn perianal es todavía un reto diagnóstico. Es importante conocer las características clínicas, endoscópicas e histopatológicas. Los pacientes que desarrollan tuberculosis rectal tienen algunos factores de riesgo o comorbilidades relacionadas. En el plano epidemiológico se ha informado que la tuberculosis rectal es más común en las mujeres, y en coinfección con VIH; en 2021 se informaron 16 752 casos nuevos en México y el intestino ocupó el sexto lugar en afectación. El diagnóstico definitivo requiere la demostración del bacilo *Mycobacterium tuberculosis* por histopatología.

Objetivo: Presentar el caso de un paciente con tuberculosis rectal que se canalizó al centro de enfermedad inflamatoria intestinal de esta institución para tratamiento biológico por enfermedad inflamatoria intestinal.

Informe de caso: Paciente masculino de 65 años, sin antecedentes, que sufrió COVID-19 un año antes; comorbilidades negadas, con un padecimiento de un año de evolución caracterizado por diarrea crónica, dolor abdominal, fiebre intermitente, rectorragia, pérdida de peso de 12 kg y diaforesis nocturna. Se envía con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal tipo colitis ulcerosa crónica inespecífica. Exploración física: tacto rectal con presencia de fisura anal en región posterior, secreción purulenta, trayecto fistuloso posterior, disminución del tono del esfínter, guante explorador con presencia de sangre fresca, sin moco. Se inició protocolo de estudio para EI: bioquímicamente resaltan linfopenia, VSG dentro de parámetros normales, PCR 92 mg/dL, panel viral negativo a hepatitis A, B, C y VIH, pruebas para clostridioides, inmunológicos y marcadores tumorales negativos; la colonoscopia mostró proctopatía ulcerosa inespecífica y fístula perianal y rectal (Fig. 1); la TAC de tórax no reveló alteraciones y a nivel de colon izquierdo se identificó una lesión tumoral en recto sigmoides. Biopsias: granuloma, células epitelioideas gigantes y bacilos con la tinción de ZN (Fig. 1). Se inició tratamiento antituberculoso y se halla con seguimiento clínico actual.

Figura 1. A-C. Colonoscopia: proctopatía ulcerosa inespecífica y fístula de recto. **D-F.** Biopsias: presencia de células epitelioideas gigantes, un granuloma y bacilos con la tinción de ZN; éstos se indican con flechas los bacilos de Koch. (Lun160)



Discusión: Es un paciente con cuadro clínico inespecífico, sin factores de riesgo de inmunosupresión, con características y antecedentes para considerar enfermedad de Crohn. A pesar de la baja sensibilidad de la tinción de ZN, el estudio histopatológico permitió la confirmación diagnóstica y el inicio del tratamiento adecuado; en caso de tinción ZN, debe optarse por técnicas de PCR para pacientes con sospecha clínica de TB o con lesiones endoscópicas sugerentes.

Conclusiones: Los imitadores de la enfermedad de Crohn incluyen causas infecciosas de colitis y se requiere especial atención a los pacientes de áreas endémicas de tuberculosis. La hematoquecia es la presentación más frecuente, seguida de los síntomas constitucionales que pueden llevar a complicación con fístulas anorrectales únicas o múltiples. La sospecha diagnóstica lleva a instituir tratamiento antituberculoso temprano, que es altamente efectivo. Debe

concederse especial atención al diagnóstico diferencial de la enfermedad perianal; en 15% a 45% de los pacientes con enfermedad de Crohn se ve afectado el recto.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun161

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA SECUNDARIA AL USO DE MESALAZINA ORAL EN UN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

J. A. Garay-Ortega, M. Gálvez-Martínez, A. Mayoral-Zavala, E. V. Rodríguez-Negrete, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez

Introducción: Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas corresponden a un grupo muy heterogéneo caracterizado por fibrosis pulmonar y en su fisiopatología intervienen factores endógenos o exógenos; dentro de los elementos identificados figuran minerales, gases tóxicos, polvos orgánicos y más de 350 fármacos. La mesalazina es un aminosalicilato con propiedades antiinflamatorias, indicado para inducción y mantenimiento de la remisión en la colitis ulcerosa (CU) con actividad leve a moderada.

Objetivo: Presentar un caso de enfermedad pulmonar intersticial difusa secundaria al uso de mesalazina oral en un paciente con CU.

Informe de caso: Hombre de 50 años de edad con antecedentes de síndrome antifosfolipídico, con diagnóstico de CU y colangitis esclerosante primaria como manifestación extraintestinal; se inició tratamiento de inducción a la remisión con prednisona, seguido de tratamiento de mantenimiento con mesalazina (1 g/12 h) y azatioprina; tres meses después del inicio del tratamiento de mantenimiento inicia con disnea progresiva de mínimos esfuerzos, malestar general, hipertermia, tomografía de tórax con informe de parénquima pulmonar y patrón de atenuación heterogéneo de manera difusa, y se identifica engrosamiento de los septos interlobulillares con áreas de vidrio despulido con aspecto en empedrado (Fig. 1); espirometría con patrón restrictivo y se descarta afección infecciosa; debido a la temporalidad del inicio de la mesalazina y al inicio de los síntomas respiratorios, se suspende este fármaco y se inicia deflazacort, bajo la sospecha de enfermedad pulmonar intersticial difusa relacionada

Figura 1. Parénquima pulmonar con hallazgos de enfermedad fibrosa difusa. (Lun161)



con medicamentos. El paciente presentó mejoría progresiva del estado clínico y regresión en el patrón fibroso en una tomografía realizado seis meses después.

Discusión: La administración de mesalazina conlleva el riesgo de precipitar distintas reacciones adversas, como dolor abdominal, fiebre, cefalea, exantema, náusea, vómito y, en menor medida, manifestaciones pulmonares. El diagnóstico de la enfermedad pulmonar intersticial difusa secundaria a la mesalazina representa un reto, puesto que se han informado en algunas series hasta un 5% de enfermedad digestiva y pulmonar concomitante en la colitis ulcerosa. La prevalencia de la enfermedad pulmonar intersticial difusa relacionada con el uso de mesalazina no se conoce con exactitud, y en la bibliografía médica sólo se registra como “frecuencia no reportada”. A su vez, los pacientes no pueden prescindir del tratamiento en la mayoría de los casos, puesto que más de un 26% experimenta recurrencia en un periodo de dos años. El periodo de tiempo desde el inicio del tratamiento hasta la aparición de los síntomas es muy heterogéneo, desde días hasta más de 10 años de acuerdo con series de casos notificados. No hay evidencia que sugiera que la enfermedad sea dependiente de la dosis.

Conclusiones: La enfermedad pulmonar intersticial difusa relacionada con mesalazina es una entidad poco descrita.

Financiamiento: No se recibió financiamiento por la descripción de este caso.

Lun162

¿ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CON DISPLASIA NEURONAL INTESTINAL?

A. K. Aguayo-Elorriaga, R. Vázquez-Frias, J. A. Blasí-Mendiola, P. F. Valencia-Mayoral, A. Consuelo-Sánchez, Consulta privada

Introducción: La displasia neuronal intestinal (DNI) es una alteración del sistema nervioso entérico que afecta a un segmento o todo el intestino. Existen dos tipos de DNI, la A y la B; el tipo A es sumamente raro y se caracteriza por hipoplasia o aplasia congénita de la inervación simpático-adrenérgica; en la de tipo B hay células ganglionares gigantes hiperplásicas y plexos ectópicos. La presentación pediátrica del tipo A se acompaña de diarrea, evacuaciones sangui-nolentas, pérdida de peso y fiebre. Se presenta el caso de una paciente con DNI de tipo B, en el contexto de una enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Objetivo: Dar a conocer cambios histológicos escasamente descritos en EII.

Informe de caso: Niña que ingresó a los cuatro años de edad por diarrea y hematoquecia de cuatro meses de evolución. La exploración física revela palidez generalizada y abdomen doloroso a la palpación; estudios de laboratorio iniciales: hemoglobina 7.9 g/dL, leucocitos 13.6 103/μL, plaquetas 990 103/μL, albúmina 2.6 g/dL, velocidad de sedimentación globular (VSG) 12 mm/h, proteína C reactiva (PCR) < 0.32 mg/dL, calprotectina fecal 2 390 μg/g. Panendoscopia: antro con erosiones leves y colonoscopia con hiperplasia de la mucosa similar a pseudopólipos, friable y edematosa, con natas de fibrina y aspecto nodular desde el recto hasta el ciego. En el estudio histopatológico se encontró ileítis crónica y en el colon cambios concordantes con EII del tipo de la colitis ulcerosa (CU) de actividad moderada. Se trató de forma inicial con azatioprina e infliximab y cursó con múltiples brotes de la enfermedad que exigieron bolos de esteroide. A los cinco años de edad presentó perforación intestinal en la cara posterior del colon descendente y se practica una ileostomía de dos bocas. Dada la falta de respuesta al tratamiento farmacológico y la persistencia de la enfermedad se sometió a colectomía total, con descenso ileoanal tipo Swenson por doble vía. Con posterioridad llamó la atención la persistencia de marcadores inflamatorios

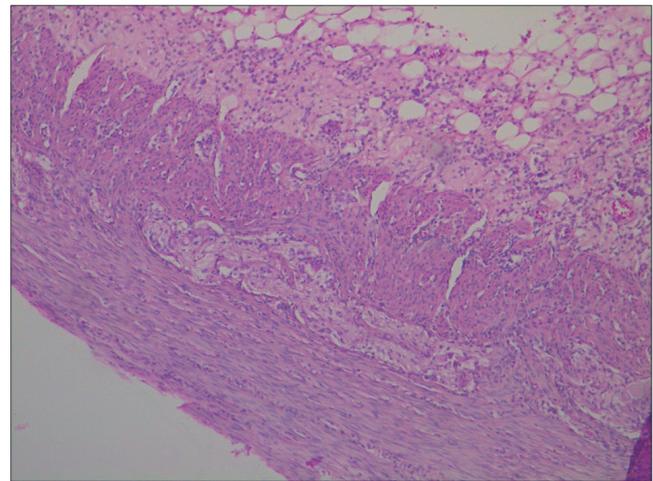
elevados (VSG 31 mm/h, PCR 9.4 mg/dL), albúmina 2.9 g/dL y plaquetas 711 103/μL. La revisión de las laminillas del colon mostró plexos mientéricos hiperplásicos y continuos, plexos con neuronas aumentadas en número y tamaño, además de hallarse dentro de las capas musculares interna y externa; lo anterior se reveló mediante inmunohistoquímica con anticuerpos anticalretinina y se propuso la posibilidad de una displasia neuronal tipo B (Fig. 1).

Discusión: En el seguimiento de este paciente se observaron persistencia de inflamación clínica y bioquímica, así como cambios histológicos consistentes con displasia neurointestinal tipo B.

Conclusiones: Aunque estos cambios pudieran explicarse como resultado de una inflamación excesiva con lesión de los plexos neuronales, la relación entre displasia neuronal tipo B y EII no se ha notificado en las publicaciones médicas.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Colon con plexos mientéricos hiperplásicos continuos, plexos con neuronas aumentadas en número y tamaño, dentro de las capas musculares interna y externa. (Lun162)



Lun163

ABORDAJE QUIRÚRGICO COMBINADO CON ANASTOMOSIS KONO-S Y ESCISIÓN MESENTÉRICA EXTENDIDA PARA LA PROFILAXIS QUIRÚRGICA DE LA RECURRENCIA ANASTOMÓTICA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN. PRIMER CASO REPORTADO EN MÉXICO

J. L. De León-Rendón, M. Aceves-Valdez, J. A. Villanueva-Herrero, A. E. Ramírez-Nava, J. L. Serna-Soto, M. Zambrano-Lara, H. E. Estrada-González, B. Jiménez-Bobadilla, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La resección ileocólica para la enfermedad de Crohn (EC) no incluye casi nunca una ligadura alta del pedículo ileocólico y se realiza con una anastomosis ileocólica laterolateral mecánica. El mesenterio se ha mencionado recientemente en la fisiopatología de la EC. Se han desarrollado dos técnicas quirúrgicas relacionadas con una reducción de la recurrencia posoperatoria de la EC: la anastomosis Kono-S que excluye el mesenterio enfermo del sitio de anastomosis y la escisión mesentérica extendida que elimina el mesenterio afectado.

Objetivo: Notificar los resultados obtenidos tras emplear el abordaje quirúrgico combinado con anastomosis Kono-S y escisión mesentérica extendida en un paciente con EC estenosante.

Informe de caso: Paciente masculino de 54 años, quien inició alrededor de un año antes con dolor abdominal en hemiabdomen derecho intermitente tipo cólico, evacuaciones incrementadas en frecuencia, Bristol 7 y pérdida ponderal de 10 kg en un mes. En este centro hospitalario se documentó mediante TAC a nivel del íleon terminal, válvula ileocecal y región cecal un engrosamiento irregular circunferencial de 13.76 mm, que producía estrechez de su luz hasta en un 70%. En los estudios de laboratorio destacan antígeno carcinoembrionario de 0.77, calprotectina fecal de 2 200 µg/g, sin datos de anemia o leucocitosis, proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular dentro de parámetros de normalidad. No se realizó estudio endoscópico por riesgo de perforación. Bajo la sospecha EC estenosante, se planea y realiza intervención quirúrgica (mayo de 2022), que consistió en una hemicolectomía derecha con una escisión mesentérica extendida + anastomosis ileotransversal con técnica de Kono-S (Fig. 1) (identificación de la lesión y resección del segmento intestinal afectado de manera transversal a 0.5-1 cm del mesenterio, con engrapadora lineal, y luego superposición de los extremos y afrontamiento de manera manual con sutura absorbible para crear así una “columna de soporte”. Se practicó una enterotomía longitudinal de 7 a 8 cm en el borde antimesentérico a 1 cm de la anastomosis de la columna, para realizar al final una anastomosis manual entre estas dos “bocas” con el procedimiento de Heineke-Mikulicz). El procedimiento quirúrgico se lleva a cabo sin complicaciones. El paciente presenta adecuada evolución clínica y egresa al sexto día posoperatorio. El informe de patología describe una ileítis crónica con actividad grave transmural consistente con el diagnóstico de EC. Hasta este momento, el paciente se halla sin complicaciones posquirúrgicas ni datos de recurrencia clínica-bioquímica. Continúa en vigilancia y tratamiento médico con inmunomodulador.

Discusión: Diversas revisiones sugieren que la anastomosis Kono-S se vincula con una incidencia muy baja de recurrencia quirúrgica en comparación con controles principalmente históricos que utilizan técnicas anastomóticas “estándar”. La técnica también reduce la

recurrencia endoscópica y sugiere que la tasa de fuga anastomótica puede ser menor. Los datos sobre la preservación mesentérica sugieren que la escisión mesentérica más radical tiene como resultado una menor recurrencia de la EC, sin complicaciones quirúrgicas relacionadas.

Conclusiones: La combinación de la anastomosis Kono-S con escisión mesentérica extendida parece ser una técnica segura y efectiva para reducir el riesgo de recurrencia quirúrgica en la EC. Éste es el primer caso de la técnica informado en este país. El paciente no mostró complicaciones de corto plazo. Debe continuarse un seguimiento estrecho para la vigilancia de recurrencia a mediano y largo plazos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. A. Pieza quirúrgica obtenida de la resección intestinal que muestra una escisión mesentérica extendida. **B.** Creación de la anastomosis Kono-S. (Lun163)

