



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Sábado 16 de noviembre de 2024

Pediatría

Sab001

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIODES DIFFICILE* EN NIÑOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

T. D. P. Chay-Correa, L. P. Bilbao-Chávez, M. Cervantes-Garduño, S. M. Téllez-Salmerón, B. Araiza-Ramírez, V. Álvarez-Banda, M. Sosa-Arce, Hospital General Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: La alteración de la microbiota intestinal es un hallazgo constante en pacientes pediátricos que sufren enfermedad inflamatoria intestinal (EII). La presencia de este factor y su relación con la enfermedad predispone al desarrollo de infección por *Clostridioides difficile*, que tiene un efecto negativo sobre el pronóstico de la enfermedad al acompañarse de complicaciones, entre ellas aumento del tiempo de hospitalización, necesidad de practicar colectomía, mayor gravedad de la enfermedad y muerte.

Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores relacionados con infección por *Clostridioides difficile* en niños con enfermedad inflamatoria intestinal.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y analítico con los expedientes clínicos físicos y electrónicos de pacientes pediátricos (edades de 1 mes a 17 años y 11 meses), con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal en seguimiento por el servicio de gastroenterología pediátrica de la UMAE del Centro Médico La Raza del Hos-

pital General Gaudencio González Garza, del 2011 a agosto del 2023. Análisis estadístico: se calcularon mediana, rango intercuartílico y prueba de U de Mann-Whitney para variables cuantitativas; para variables cualitativas se calcularon frecuencias, porcentajes, χ^2 y prueba exacta de Fisher. La relación entre variables de estudio y el desarrollo de infección por *Clostridioides difficile* en niños con EII se calculó mediante razón de momios para prevalencia.

Resultados: Se incluyeron 74 expedientes de niños con EII. El sexo predominante fue el masculino con 52,7% y la mediana de edad al diagnóstico fue de 12 años con RIC de 7-14. El promedio de días de estancia hospitalaria en niños con infección por *Clostridioides difficile* fue de 55 días. La prevalencia de infección por *Clostridioides difficile* en niños con EII atendidos del 2011 a agosto del 2023 fue de 9,5%. Al comparar los grupos de niños conforme a la presencia o ausencia de infección por *Clostridioides difficile*, se encontró que los niños con infección tuvieron menor edad al diagnóstico de la EII ($p = 0,006$), recibieron antibióticos previos ($p = 0,021$) y se habían tratado con fármacos biológicos ($p = 0,005$). Al realizar el análisis de regresión logística binaria se observó que la infección por *Clostridioides difficile* en niños con EII se vinculó con el empleo de antibióticos previos (RMP 7,60; IC95% 1,473-39,213) y dentro del tratamiento de la EII con la administración de fármacos biológicos (RMP 1,709; IC95%, 1,709-134,446) (Tabla 1).

Conclusiones: El antecedente de antibióticos y el empleo de fármacos biológicos fueron los factores vinculados con infección por *Clostridioides difficile*. La prevalencia de infección por *Clostridioides difficile* en niños con enfermedad inflamatoria en esta unidad fue de 9,5%.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. (Sab001)				
Variable	Infección por <i>Clostridioides difficile</i>		RMP	IC95%
	Sí n = 7	No n = 67		
Sexo masculino ^a	4 (57,1)	35 (52,2)	0,820	0,170-3,950
Tipo de enfermedad inflamatoria ^a				
Colitis ulcerosa ^a	5 (71,4)	55 (82,1)	0,545	0,094-3,154
Enfermedad de Crohn ^a	2 (28,6)	10 (14,9)	2,280	0,388-13,415
Factores relacionados con el desarrollo de infección por <i>Clostridioides difficile</i>				
Empleo de antibióticos ^a	4 (57,1)	10 (14,9)	7,60	1,473-39,213
Tratamiento inmunosupresor ^a	7 (100)	57 (85,1)	0	-
Hospitalización prolongada ^a	2 (28,6)	9 (13,4)	2,578	0,433-15,345
Empleo de inhibidor de bomba de protones ^a	4 (57,1)	54 (80,6)	0,321	0,064-1,614
Antecedente de procedimientos quirúrgicos gastrointestinales ^a	2 (28,6)	11 (16,4)	2,036	0,349-11,867
Estancia en unidad de cuidados intensivos ^a	0	2 (3)	0	-
Tipo de tratamiento recibido en niños con enfermedad inflamatoria intestinal				
Corticoides ^a	6 (85,7)	52 (77,6)	1,731	0,193-15,520
Aminosalicilatos ^a	6 (85,7)	63 (94)	0,381	0,036-3,978
Inmunomoduladores ^a	5 (71,4)	61	0,246	0,039-1,551
Biológicos ^a	6 (85,7)	19 (28,4)	1,709	1,709-134,446

^aLos valores se presentan como frecuencias y porcentajes. RMP, razón de momios para prevalencia; IC, intervalo de confianza.

Sab002

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, BIOQUÍMICAS Y ENDOSCÓPICAS DE RIESGO PARA LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE INICIO MUY TEMPRANO

A. M. García-Barrón, J. F. Cadena-León, F. E. Zárate-Mondragón, E. M. Toro-Monjaraz, K. R. Ignorosa-Arellano, R. Cervantes-Bustamante, E. Montijo-Barrios, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal de inicio muy temprano (EIIIMT) se ha convertido en un campo de innovación y oportunidad en la gastroenterología pediátrica. Su incidencia y prevalencia han aumentado en el plano mundial debido a factores ambientales y genéticos. La EIIIMT tiene un curso más agresivo, inflamación más grave y resistencia al tratamiento.

Objetivo: Identificar las características clínicas, bioquímicas y endoscópicas de riesgo para la respuesta al tratamiento en pacientes con EIIIMT diagnosticados en el periodo de 2012 a 2023 en el Instituto Nacional de Pediatría.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, unicéntrico, observacional y descriptivo mediante la revisión de expedientes clínicos de niños menores de seis años de edad con diagnóstico de EIIIMT en el Instituto Nacional de Pediatría, en el periodo de 2012 a 2023.

Resultados: Hasta 16 pacientes se diagnosticaron con EIIIMT, 50% del sexo femenino. Un total de 14 (87,5%) tenía colitis ulcerativa (UC) y 2 (12,5%) enfermedad de Crohn (CD). La media de edad al inicio de los síntomas fue de 23,1 meses y la media de edad en que se realizó el diagnóstico de 58,6 meses. Cinco (31,2%) tenían antecedente de alergia a las proteínas de la leche de vaca, 8 (50%) habían recibido lactancia materna y 9 (56,2%) sufrieron detención del crecimiento; 5 (31,2%) mostraron error innato de la inmunidad, 71,4% de los pacientes con UC tuvo actividad moderada a grave al diagnóstico según el *Score Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index* (PUCAI). Uno de los pacientes con CD registró actividad moderada a grave de acuerdo con el *Score Pediatric Crohn's Disease Activity Index* (PCDAI). Al diagnóstico, 100% sufría diarrea con sangre, 62,5% dolor abdominal y 37,5% pérdida de peso. Hasta 75% mostró manifestaciones extraintestinales. Se observó que no hay significación estadística del PUCAI inicial y a los 12 meses con una $p = 0,745$. Tampoco la hubo con el PCDAI inicial y a los 12 meses con una $p = 1,000$. Los parámetros bioquímicos no revelaron significación estadística de respuesta al tratamiento. En la

evaluación endoscópica, de acuerdo con la clasificación de París, en 71,4% de los pacientes con UC se identificó pancolitis y en 28,5% colitis izquierda. Se registró un UCEIS (*Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity*) moderado a grave en 85,7% y leve en 14,2%. La totalidad de los pacientes con CD tuvo localización ileocecal. El CDEIS (*Crohn's Disease Endoscopy Index of Severity*) fue moderado a grave en 100%. Se observó que no hay significación estadística del UCEIS inicial y el PUCAI a los 12 meses con una $p = 0,655$. Asimismo, el CDEIS inicial y el PCDAI a los 12 meses tuvieron una $p = 1,000$. Una cifra de 28,5% con UC requirió fármaco biológico a los 12 meses del diagnóstico y, en contraste, el 100% de los pacientes con CD se mantenía con biológicos a los 12 meses tras el inicio del tratamiento. El 64,2% y 100% de los pacientes con UC y CD, respectivamente, desarrollaron resistencia a los corticoides; 85,7% de los pacientes con UC y 100% con CD presentaron dependencia a estos fármacos; 12,5% necesitó medias quirúrgicas y 6,2% trasplante de células madre hematopoyéticas. El 87,5% de los pacientes experimentó remisión clínica, 50% remisión bioquímica y 81,2% remisión endoscópica.

Conclusiones: La evolución clínica de los pacientes estudiados fue un curso grave, la mayoría con resistencia a los corticoides y dependencia a estos fármacos, además de uso prolongado del tratamiento biológico. Se concluyó que los parámetros clínicos, bioquímicos y endoscópicos no son factores vinculados con la respuesta al tratamiento en este grupo de pacientes, ya que no se halló nexo estadístico. Como limitante del estudio debe considerarse que la muestra fue a conveniencia del estudio.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Sab003

APROVECHAMIENTO DE RESIDUO MEDIANTE TÉCNICA DE PUENTE COMO TERAPIA ADYUVANTE EN NIÑOS CON DERIVACIÓN INTESTINAL DE MANERA DOMICILIARIA

L. E. Álvarez-Valencia, S. Villalpando-Carrión, Hospital Infantil de México

Introducción: Las resecciones ileales y yeyunales se relacionan con la formación de estoma proximal y una fístula mucosa distal; la técnica de puente consiste en recolectar el residuo del estoma proximal e infundirlo a través de la fístula mucosa distal, a semejanza de la trayectoria fisiológica del contenido

intestinal, de tal modo que se prevenga la atrofia del intestino distal y se promueva la absorción de líquidos y nutrientes. Ya se ha analizado su eficacia, pero no se han documentado estudios en las publicaciones médicas que fundamenten su uso y eficacia de forma domiciliaria.

Objetivo: Evaluar la relación entre el estado nutricional y la técnica de puenteo domiciliario, describir el porcentaje de pacientes sometidos a la técnica de puenteo en casa y calcular la mejoría del estado nutricional.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, analítico y longitudinal. Población y variables a estudiar: pacientes atendidos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez en quienes se realizó una resección intestinal, con creación de ostomía en intestino delgado y sometidos a la técnica de puenteo en domicilio. Se consideraron la edad, la edad al momento de la intervención, el diagnóstico, la longitud del segmento residual, la presencia o falta de válvula ileocecal, los días de inicio de la técnica de puenteo y el estado nutricional.

Resultados: Se identificó a 15 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión (dos se excluyeron por pérdida de seguimiento). En cuanto a la distribución del género, 53% (n = 8) correspondió al masculino y 46% al femenino

(n = 7). Todos los pacientes fueron objeto de resección intestinal, la más frecuente de las cuales fue secundaria a atresia intestinal con 33% (n = 5), seguida de gastrosquisis y enfermedad de Hirschsprung en 20% (n = 3). En cuanto a la técnica de puenteo, al 100% de los pacientes se sometió a puenteo en un medio hospitalario y el 40% (n = 6) a puenteo domiciliario. Se efectuó la comparación del estado nutricional antes del puenteo hospitalario con discreta mejoría sin encontrar significancia estadística. De igual manera, se comparó el estado nutricional antes del puenteo domiciliario y se identificó una significancia estadística (p = 0,02), lo que traduce una mejoría del estado nutricional una vez que se inicia el puenteo en el domicilio.

Conclusiones: Estos hallazgos destacan que los pacientes objeto de puenteo domiciliario muestran mejoras significativas en el estado nutricional, así como en los parámetros hepáticos vinculados con el uso de NPT. Esto sugiere que la técnica en sí misma tiene implicaciones importantes en el pronóstico y tratamiento de los pacientes, lo que podría justificar su uso estandarizado en hospitales nacionales.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.