



Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 17 de noviembre de 2025

Enfermedad inflamatoria intestinal

Lun243

FACTORES ASOCIADOS A FALTA DE RESPUESTA A ESTEROIDES EN PACIENTES CON CUCI GRAVE

S. I. Juárez-Cruz, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: En México, hasta el 15% de los pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) muestra actividad grave en el curso de su enfermedad. Es importante conocer los factores de falta de respuesta relacionados con resistencia a esteroides intravenosos (IV) con el fin de iniciar de manera oportuna tratamiento de rescate. No existen estudios previos realizados en esta población con este fin.

Objetivo: Identificar los factores vinculados con falta de respuesta a esteroides intravenosos en pacientes con CUCI grave en un centro de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio retrospectivo (2010-2025) que incluyó a pacientes con CUCI grave de acuerdo con los criterios de Truelove y Witts que se trataron con esteroides intravenosos pertenecientes a la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se recolectaron datos demográficos, clínicos y bioquímicos. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS v27. Se tomó un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Se analizó un total de 150 pacientes con CUCI grave (74 mujeres y 77 hombres); el 29,1% se diagnosticó después de los 40 años, mientras que el 70,9% lo hizo antes de esa edad. Las características demográficas y clínicas se ilustran en la **Tabla 1**. Los factores de riesgo relacionados con falta de respuesta a esteroides IV fueron la presencia de cualquier tipo de infección ($p = 0,002$; RM = 3,16; IC95%, 1,48-6,7), tener ≥ 8 evacuaciones sanguinolentas al día a las 72 horas ($p = 0,0001$; RM = 17,7; IC95%, 3-91); proteína C reactiva ultrasensible (PCR-us) $\geq 4,5$ mg/L ($p = 0,0001$; RM = 4,5; IC95%, 2,7-73,9), velocidad de sedimentación globular (VSG) ≥ 30 mm/h ($p = 0,0001$; RM = 2,2; IC95%, 1,97-25,3) y albúmina $< 2,8$ g/dL ($p = 0,0001$; RM = 869; IC95%, 49,4-152). Por último, el factor vinculado con falla a ciclosporina fue también la presencia de cualquier tipo de infección ($p = 0,008$; RM = 14,4; IC95%, 1,56-135,5), así como los factores vinculados con tratamiento quirúrgico fueron pancolitis ($p = 0,03$; RM = 8,5; IC95%, 1,1-66,12) y falla a ciclosporina ($p = 0,0003$; RM = 10,46; IC95%, 2,92-37,41). Es importante mencionar que el 43% desarrolló infección durante la hospitalización principalmente por *Clostridioides difficile* (19,2%), neumonía (13,2%), sepsis abdominal (12,2%) y citomegalovirus (6,6%).

Conclusiones: Los factores de riesgo vinculados con falta de respuesta a esteroides IV en pacientes con CUCI grave fueron la presencia de cualquier tipo de infección, > 8 evacuaciones sanguinolentas, PCR-us elevada $\geq 4,5$ mg/L, VSG elevada ≥ 30 mm/h e hipoalbuminemia a las 72 horas del inicio de esteroides.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con CUCI grave. (Lun243)						
Datos sociodemográficos		Marcadores serológicos de inflamación		Ingreso hospitalario	Día 3 hospitalario	Egreso hospitalario
Mediana de edad actual (años)	42	PCR $\geq 4,5$		100% (n = 150)	25,8% (n = 39)	11,3% (n = 17)
Diagnóstico de la CUCI ≤ 40 años (n = 106)	70,9%	VSG ≥ 30		100% (n = 150)	26,5% (n = 40)	11,3% (n = 17)
Pancolitits (n = 111)	74%	Albúmina $\leq 2,8$		100% (n = 150)	31,1% (n = 47)	17,9% (n = 27)
≥ 8 evacuaciones al tercer día de estancia hospitalaria (n = 39)	25,8%	HB ≤ 10		100% (n = 150)	70,9% (n = 107)	58,3% (n = 88)
Comorbilidades		Infecciones intrahospitalarias				
Diabetes mellitus (n = 16)	10,6%	CMV (n = 10)			6,6%	
Hipertensión arterial (n = 31)	20,5%	<i>Clostridioides difficile</i> (n = 29)			19,2%	

TVP (n = 32)	14,6%	Neumonía (n = 20)	13,2%
TDM/TAG (n = 35/38)	23,2/25,2%	Sepsis abdominal (n = 19)	12,2%
Tratamientos relacionados con la EII antes de hospitalización		Tratamiento hospitalario	
Tratamiento biológico (n = 6)	4%	Esteroides (n = 150)	100%
Mercaptopurina (n = 2)	1,3%	Ciclosporina (n = 33)	22%
Azatioprina (n = 75)	49,7%	Tratamiento quirúrgico (n = 21)	13,9%
5-ASA oral (n = 150)	100%	Tratamiento	Esteroides (n = 39)
Esteroides (n = 117)	77,5%	resistente	Ciclosporina (n = 11)
			25,8%
			7,3%

TVP, trombosis venosa profunda; TDM, trastorno depresivo mayor; TAG, trastorno de ansiedad generalizada; 5-ASA-5, 5-aminosalicilatos.

Lun244

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN MÉXICO

S. I. Juárez-Cruz, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: En los últimos 15 años, la incidencia de EII se ha incrementado casi seis veces. La frecuencia de enfermedades cardiovasculares (ECV) en pacientes ≥ 40 años con EII es del 7 a 14% en Estados Unidos y de 2 a 4% en Asia. Aunque se ha planteado una posible relación entre EII y mayor riesgo cardiovascular, la evidencia es inconsistente y en México no se han realizado estudios al respecto.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de ECV en pacientes mexicanos con EII en un hospital.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo (2010-2025) de 200 pacientes con EII atendidos en la clínica de EII del INCMNSZ; el análisis se efectuó en el programa SPSS v27 y se consideraron episodios cardiovasculares a los síndromes coronarios, enfermedad vascular periférica, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, isquemia vascular e insuficiencia cardíaca (incluidas arritmias e hipertrofia ventricular).

Resultados: Se incluyó a un total de 200 pacientes con EII, cuya distribución fue 133 pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y 67 con enfermedad de Crohn (EC). Las características demográficas y clínicas se observan en la **Tabla 1**. La frecuencia de ECV fue del 20% en la cual los factores metabólicos ya estaban presentes y la ECV se desarrolló después del diagnóstico, mientras que en el 5% ya la presentaban antes del diagnóstico de la EII. El riesgo de ECV aumentó considerablemente con la edad al diagnóstico de la EII ≥ 40 años ($p = 0,0001$; $RM = 3,9$; $IC95\%$, 1,9-8,1), así como los factores metabólicos ya conocidos, como diabetes mellitus ($RM = 4,8$) y dislipidemia ($RM = 2,3$). Por el contrario, la actividad leve y moderada de la CUCI de acuerdo con los criterios de Truelove y Witts, mostró incrementar el riesgo de ECV ($p = 0,01$; $RM = 3,2$; $IC95\%$, 1,22-9,0), mientras que el índice integral de Yamamoto-Furusho para actividad de CUCI (nIE) sólo confirmó que la actividad leve de la CUCI fue factor de riesgo ($p = 0,0007$; $RM = 3,9$; $IC95\%$, 1,3-11,1), así como la intervención quirúrgica que también elevó el riesgo ($p = 0,02$; $RM = 2,4$; $IC95\%$, 1,1-5,4). Por otro lado, el tratamiento tópico con enemas de mesalazina ($p = 0,03$; $RM = 0,32$; $IC95\%$, 0,10-0,96) y la azatioprina ($p = 0,04$; $RM = 0,45$; $IC95\%$, 0,20-0,98) fueron factores protectores de manera significativa. El uso de supositorios de mesalazina ($p = 0,08$; $RM = 0,47$; $IC95\%$, 0,20-1,1) fue un factor protector con tendencia a la significancia estadística.

Conclusiones: La frecuencia de ECV en pacientes mexicanos con EII fue del 25%; se considera que en el 20% ya había factores metabólicos establecidos y sólo el 5% de los pacientes desarrolló ECV posterior al diagnóstico de EII y

Tabla 1. Frecuencia de las variables evaluadas en relación con el desarrollo de ECV. (Lun244)

Total (n = 200)	Sin ECV (n = 160)	Con ECV (n = 40)				Sin ECV (n = 160)	Con ECV (n = 40)
Datos sociodemográficos			Características de la EII				
Mediana de edad en años	47	53	CUCI/Crohn (n = 67/133)			49/111	18/22
Sexo femenino/masculino (n = 110/90)	91/69	19/21	Extensión CUCI	E1 (n = 9)	8	1	
Obesidad (n = 20)	14	6		E2 (n = 22)	20	2	
Sobrepeso (n = 43)	31	12		E3 (n = 101)	83	18	
Diagnóstico de la EII ≥ 40 años (n = 68)	44	24		L1 (n = 18)	13	5	
Comorbilidades			Extensión Crohn	L2 (n = 20)	13	7	
Diabetes mellitus (n = 18)	9	9		L3 (n = 30)	24	6	
Dislipidemia mixta (n = 30)	20	10		L4 (n = 1)	0	1	
Ejercicio (n = 33)	28	5	Fenotipo	B1 (n = 22)	15	7	
Tratamientos relacionados con la EII				B2 (n = 32)	26	6	
Tratamiento biológico (n = 53)	46	7		B3 (n = 15)	9	6	
Supositorios de mesalazina (n = 63)	55	8	CDAI remisión (n = 37)			27	10
Azatioprina (n = 78)	68	10	Truelove y Witts	Con actividad (n = 75)	60	15	
Cirugía relacionada a EII (n = 39)	26	13		Sin actividad (n = 57)	50	7	
ASA-5 oral (n = 165)	133	32	Índice e integral de Yamamoto-Furusho para actividad de CUCI	Con actividad (n = 74)	59	15	
Enemas de mesalazina (n = 45)	41	5		Sin actividad (n = 58)	51	7	
Manifestaciones extraintestinales			Marcadores inflamatorios				
Presentes (n = 53)	44	9	PCR > 1 mg/dL (n = 44)			35	9
Ausentes (n = 147)	116	31	Calprotectina fecal < 250 (n = 77)			65	12

ASA-5, ácido 5-aminosalicílico; CUCI, colitis ulcerativa crónica inespecífica; Crohn, enfermedad de Crohn; CDAI, *Crohn's disease activity index*; PCR, proteína C reactiva; ECV, enfermedad cardiovascular.

cuyos factores relacionados fueron la actividad leve y el tratamiento quirúrgico. Los factores de protección para el desarrollo de ECV en EII fueron el tratamiento tópico a base de mesalazina y la administración de azatioprina. **Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun245

IMPACTO DE LA DEFICIENCIA DE VITAMINA D Y SU SUPLEMENTACIÓN EN LOS DESENLACES CLÍNICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

S. I. Juárez-Cruz, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La deficiencia de vitamina D es frecuente en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), sobre todo en la enfermedad de Crohn (EC) por la afectación del intestino delgado. La frecuencia de deficiencia de vitamina D en pacientes con EII varía entre 30 y 40%, la cual se ha vinculado con mayor actividad de la enfermedad, recaídas y menor respuesta al tratamiento biológico; sin embargo, la evidencia actual es controversial. **Objetivo:** Evaluar el efecto en los desenlaces clínicos con la complementación con vitamina D en pacientes con EII. **Material y métodos:** Estudio de cohorte retrospectiva en individuos con diagnóstico confirmado de EII durante el periodo del 2010 al 2025. Se evaluó a aquellos sujetos que recibieron complementación con vitamina D y tenían al menos dos mediciones séricas de ésta, además de contar con escalas de evaluación de actividad clínica, bioquímica, endoscópica e histológica. Se empleó el programa SPSS versión 27 para el análisis estadístico. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Se incluyó a un total de 90 pacientes con EII (54 CUCI y 36 EC), de los cuales 50 eran mujeres y 40 hombres. Las características demográficas y clínicas se ilustran en la **Tabla 1**. La frecuencia de deficiencia de vitamina D fue del 73,3%, la insuficiencia del 20,9% y las cifras normales del 4,7% antes de la complementación de vitamina D; después de ésta, la deficiencia fue del 10,5%, la insuficiencia del 25,6% y las cifras normales del 64%. La deficiencia de vitamina D mostró tendencia a requerir intervención quirúrgica ($p = 0,05$; RM = 6,6; IC95%, 0,82-53,71). Asimismo, se encontró que la deficiencia grave de vitamina D se correlacionó de manera significativa con valores elevados de proteína C reactiva ultrasensible (PCR-us > 1 mg/dL) ($p = 0,02$; RM = 3,87; IC95%, 1,22-12,27). Los pacientes con CUCI y actividad grave de acuerdo con el índice integral de Yamamoto-Furusho se vinculó de manera significativa con deficiencia grave de vitamina D en comparación con la actividad leve ($p = 0,04$; RM = 11,5; IC95%, 1,7-131,2). Por su parte, el tratamiento con 5-ASA oral se relacionó significativamente para tener valores séricos normales de

vitamina D ($p = 0,01$; RM = 0,23; IC95%, 0,075-0,7), así como el uso de tratamiento biológico fue un factor protector para la deficiencia de vitamina D ($p = 0,03$; RM = 0,29; IC95%, 0,9-0,89). La complementación de vitamina D redujo de manera significativa las concentraciones de calprotectina fecal (basal: 2,489 μ g/g y final: 969 μ g/g, $p = 0,0001$). No se encontró relación entre los valores de calprotectina fecal, remisión clínica y bioquímica con respecto a las concentraciones séricas de vitamina D. **Conclusiones:** La deficiencia de vitamina D se relacionó con actividad grave en CUCI, así como PCR-us elevada e intervención quirúrgica en pacientes con EII. La complementación de vitamina D parece mejorar los valores de calprotectina fecal de manera significativa. **Financiamiento:** No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun246

ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN TERAPÉUTICA DE ACUERDO AL TREAT-TO-TARGET EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: UN ESTUDIO DE LA VIDA REAL

F. D. Gutiérrez-Herrera, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: En la actualidad, los objetivos terapéuticos de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se extienden más allá de la remisión clínica e intentan conseguir logros más ambiciosos, como la remisión bioquímica, endoscópica e histológica. La calprotectina fecal (CF) es un marcador inflamatorio no invasivo en heces. La estrategia *treat to target* (T2T) basada en biomarcadores como la CF y la proteína C reactiva (PCR) ha demostrado mayor eficacia que la estrategia basada sólo en los síntomas clínicos. **Objetivo:** Evaluar las estrategias de optimización más empleadas y su eficacia de acuerdo con la estrategia T2T en pacientes con EII. **Material y métodos:** Estudio de cohorte retrospectiva y observacional. Se incluyó a pacientes con el diagnóstico de EII tratados en la clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, quienes contaran con al menos dos mediciones de CF y PCR, una basal anterior a la optimización en la consulta y otra después de la optimización para valorar la respuesta al tratamiento. La optimización terapéutica se definió como la adición de un nuevo fármaco o el aumento de la dosis de uno ya prescrito. Se consideró como respuesta al tratamiento una disminución del 50% del valor basal o la disminución por debajo de 250 μ g/g de heces de CF, así como la disminución de PCR por debajo de 1 mg/dL. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS versión 25. Se tomó un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con EII. (Lun245)					
Datos sociodemográficos		Marcadores serológicos de inflamación		Antes de complementación	Posterior a complementación
Femenino/masculino (n = 50/40)		PCR ≥ 1		44,2% (n = 38)	26,7% (n = 23)
Diagnóstico de la CUCI ≤ 40 años (n = 31)		Calprotectina fecal		2489 $\pm$ 474	968 $\pm$ 175
CUCI (n = 54)		Albúmina $\leq 2,8$		12,2% (n = 11)	5,5% (n = 5)
CROHN (n = 36)		HB ≤ 10		12,2% (n = 11)	2,22% (n = 2)
Estadio clínico remisión		Valores de vitamina D			
Escala	Antes de complementación	Posterior a complementación		Antes de complementación	Posterior a complementación
CDAI	4,7% (n = 4)	10,5% (n = 9)	Deficiencia	73,3%	10,5%
Truelove y Witts	20,9% (n = 18)	25,6% (n = 22)	Insuficiencia	20,9%	25,6%
Índice e integral de Yamamoto-Furusho para actividad de CUCI	16,3% (n = 14)	32,6% (n = 28)	Suficiencia	4,7%	64%
Tratamientos relacionados con la EII antes de la complementación			Tratamiento posterior a la complementación		
Tratamiento biológico (n = 17)			Tratamiento biológico (n = 8)		
Azatioprina (n = 30)			Azatioprina (n = 29)		
Esteroides (n = 35)			Esteroides (n = 34)		
5-ASA oral (n = 63)			5-ASA oral (n = 72)		
Tratamiento quirúrgico (n = 21)			Tratamiento quirúrgico (n = 0)		

Resultados: Se incluyó a 127 pacientes, 70 mujeres y 57 hombres, 25 con diagnóstico de enfermedad de Crohn (EC) y 102 con el de colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI). En 80 de los 133 (63%) hubo respuesta a la optimización del tratamiento, de los cuales 33 (41,3%) presentaron respuesta bioquímica y 47 (58,7%) alcanzaron remisión bioquímica. La única estrategia del tratamiento con significancia estadística fue el uso de prednisona oral ($p = 0,04$; $RM = 6,5$, $IC95\%$, 1,03-53,0). Algunas otras variables mostraron tendencia a la significancia estadística como se ilustra en la **Tabla 1**.

Conclusiones: La aplicación estrategia de T2T fue efectiva en el 63% de los pacientes con EII, ya que alcanzaron respuesta y remisión bioquímica. La única estrategia que mostró significancia estadística fue el uso de prednisona, aunque el resto de las estrategias no alcanzó significancia por múltiples factores, entre ellos la adherencia del paciente y la disponibilidad del tratamiento en el hospital.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento alguno.

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes con EII. (Lun246)

Característica	Sin respuesta	Con respuesta	Total	Valor de p	
Edad, promedio (DE)	47,5 (17,4)	49,3 (15,4)	NA	NA	
Mujeres/hombres			127		
Crohn n = 25	6	19	25	0,13	
Localización Crohn	Íleon, n (%)	3	5	8	0,27
	Colon, n (%)	1	6	7	0,47
	Ileocolónico n (%)	2	8	10	0,70
Fenotipo Crohn	Inflamatorio	0	4	4	0,22
	Estenosante	5	10	15	0,18
	Fistulizante	1	5	6	0,62
CUCI n = 102	41	61	102	0,13	
Extensión	Proctitis	5	3	8	0,16
	Colitis izquierda	13	14	27	0,32
	Pancolitis	23	44	67	0,09
Resultados	Sin respuesta	Con respuesta	Total	Valor de p	
5ASA oral	20	40	60	0,41	
Enemas de mesalazina intermitente	8	19	27	0,31	
Enemas de mesalazina diarios	2	1	3	0,28	
Supositorios de mesalazina intermitentes	14	24	38	0,98	
Supositorios de mesalazina diarios	2	3	5	0,88	
Inicio de azatioprina	4	9	13	0,62	
Ajuste de dosis de azatioprina	2	6	8	0,46	
Uso de budesonida	17	23	40	0,38	
Uso de prednisona	1	10	11	0,04	
Inicio de biológico	2	7	9	0,34	
Realizar 1 intervención	27	36	63	0,17	
Realizar 2 intervenciones	15	28	43	0,72	
Realizar 3 intervenciones	4	11	15	0,37	
Realizar 4 intervenciones	1	5	6	0,29	

DE, desviación estándar; NA, no aplica; CUCI, colitis ulcerativa crónica idiopática; 5ASAA, aumento de 5-aminosalicilato.

Lun247

FACTORES DEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL CURSO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

F. D. Gutiérrez-Herrera, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ha presentado un incremento de la incidencia y prevalencia a nivel global y México se encuentra en una fase de incidencia acelerada. La etiología se desconoce y se ha propuesto un carácter multifactorial en el cual los factores ambientales contribuyen de manera considerable a su desarrollo; la hipótesis de la higiene tiene un papel relevante en el desarrollo de esta.

Objetivo: Identificar factores demográficos con los desenlaces y curso clínico en pacientes mexicanos con EII.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectiva en el que se incluyó a pacientes con diagnóstico confirmado de EII que tenían un seguimiento de al menos cinco años documentado en el expediente clínico en la clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se recabaron las características demográficas, como lugar de nacimiento (urbano vs. rural), sexo, edad, migración a otras localidades, edad informada de inicio de síntomas, grado de estudios y características de la enfermedad. Se evaluó el curso clínico de acuerdo con el estudio IBSEN que lo catalogó en cuatro tipos: 1, actividad alta seguida de una remisión clínica prolongada; tipo 2: actividad baja que evoluciona a actividad alta; tipo 3: actividad crónica continua; tipo 4: actividad crónica intermitente con periodos de remisión. La comunidad urbana se estableció de acuerdo con la definición de la ONU que toma una población de 50 000 habitantes o más (las poblaciones con menos de 50 000 habitantes se consideraron como comunidades rurales). El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS versión 25. Se tomó un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Se incluyó a 230 pacientes, 91 hombres y 139 mujeres, 58 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Crohn (EC), dos con EII no clasificada y 170 con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI). La frecuencia de los pacientes con EII originarios de zonas urbanas fue del 79,6% y el 20,4% de zonas rurales. Los factores demográficos vinculados de manera significativa con algún curso clínico fueron haber nacido en zona rural con el curso clínico tipo 2 ($p = 0,04$; $RM = 8$, $IC95\%$, 1,7-91,2); en pacientes con EC haber nacido en zona urbana se relacionó con fenotipo fistulizante ($p = 0,03$; $RM = 5,7$, $IC95\%$, 1,2-27,5). La ocupación de tipo profesión se vinculó con la necesidad de tratamiento biológico ($p = 0,01$; $RM = 1,97$; $IC95\%$, 1,12-3,34) en contraste con la ocupación de tipo oficio que fue protectora del uso de fármacos biológicos ($p = 0,02$; $RM = 0,53$; $IC95\%$, 0,33-0,91). Las características clínicas y resultados se observan en la **Tabla 1**.

Conclusiones: El factor relacionado con un curso clínico menos agresivo de la EII fue haber nacido en zona rural, mientras que en pacientes con Crohn

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes con EII. (Lun247)

Característica	Rural	Urbana	Total	Valor de p	
Edad, promedio (DE)	49,7 (14,7)	50,3 (16,4)	NA	NA	
Mujeres/hombres	28/19	111/72	230	0,892	
Crohn n = 58	9	49	58	0,283	
Localización Crohn	Íleon, n (%)	2	16	18	0,534
	Colon, n (%)	3	7	10	0,164
	Ileocolónico n (%)	4	26	30	0,634
Fenotipo Crohn	Inflamatorio	1	12	13	0,376
	Estenosante	4	31	35	0,289
	Fistulizante	4	6	10	0,030
CUCI n = 170	38	132	170	0,225	
Extensión	Proctitis	1	10	11	0,271
	Colitis izquierda	4	19	23	0,529
	Pancolitis	33	102	135	0,224
EII no clasificable n = 2	0	2	2	0,472	

Resultados	Rural	Urbana	Total	Valor de p	
CC tipo 1	21	67	88	0,310	
CC tipo 2	2	1	3	0,046	
CC tipo 3	11	38	49	0,693	
CC tipo 4	13	77	90	0,071	
MEI	29	106	135	0,639	
Cirugía	8	40	48	0,467	
Dependencia de corticoides	21	85	106	0,828	
Trabajo	Oficio		Total	p	RM
Necesidad de biológicos	Sí	No			
40	95	135	0,023	0,53	
Trabajo	Profesionista		Total	p	RM
Necesidad de biológicos	Sí	No			
36	42	78	0,01	1,97	

MEI, manifestaciones extraintestinales; DE, desviación estándar; NA, no aplica.

nacer en zona urbana se vinculó con el fenotipo fistulizante. Desempeñarse como profesionista fue factor de riesgo para la necesidad de fármacos biológicos, en contraste con quienes se dedican a un oficio en los que esto fue factor protector del uso de fármacos biológicos.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento alguno.

Lun248

NUEVO FENOTIPO (CUCROHN) DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES MEXICANOS: SERIE DE CASOS

F. D. Gutiérrez-Herrera, I. E. Bravo-Espinoza, I. P. Padilla-Betancourt, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tiene dos subgrupos, la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI). En fecha reciente se describió un nuevo fenotipo de la EII llamado UC2CD por sus siglas en inglés, el cual se ha denominado en español CUCrohn

y se caracteriza por tratarse de pacientes que inicialmente se diagnosticaron como CUCI y luego desarrollaron características propias de la EC.

Objetivo: Describir las características demográficas y clínicas de una serie de casos con nuevo fenotipo de la EII.

Reporte de casos: Se incluyó a un total de ocho pacientes clasificados como CUCrohn (seis mujeres y dos hombres) cuyo diagnóstico se estableció antes de los 40 años de la CUCI en cinco de ocho pacientes, así como a residentes de zonas urbanas en siete de ocho de los casos. Todos presentaron pancolitis con un intervalo de evolución para la transformación de cinco a 29 años de duración. Tres de los ocho pacientes tuvieron un fenotipo fistulizante y cinco un fenotipo estenosante. En cuatro de ocho pacientes se identificaron manifestaciones extraintestinales (MEI). En siete de ocho se registraron valores elevados de globulinas por arriba de 2,5 mg/dL antes de la transformación. El tratamiento se describe con detalle en la **Tabla 1**. Seis de ocho pacientes se trataron con la modalidad convencional y sólo dos con tratamiento biológico (adalimumab). Ya establecido el fenotipo CUCrohn, cuatro de ocho se trataron con fármacos biológicos, dos con adalimumab y dos con ustekinumab, quienes fueron resistentes al tratamiento convencional antes del nuevo fenotipo. En seis de ocho casos fue necesario el tratamiento quirúrgico, el cual consistió en cinco casos en proctocolectomía y en un paciente en colectomía subtotal debido a la resistencia al tratamiento médico; otro más sufrió una complicación (perforación intestinal). Véase la **Tabla 1** para el desglose de los casos.

Discusión: En el estudio de Li *et al.* se propuso este nuevo fenotipo (UC2CD), al que los autores han llamado en español CUCrohn, y destacó la descripción de un nuevo subtipo de la EII con características clínicas y serológicas típica, así como resistencia al fármaco biológico antifactor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa) y mayor riesgo de presentar MEI; en dicho estudio proponen un modelo predictor basado en globulinas, velocidad de sedimentación globular (VSG), OmpC, ASCA-IgA y CBir-1. Cabe destacar que en la práctica clínica de los autores en México existe una limitante en la medición de marcadores serológicos y sólo se determinan de manera sistemática globulinas y VSG. Es importante mencionar que siete de ocho tenían globulinas > 2,5 g/dL de acuerdo con el punto de corte propuesto por Li *et al.* y, en relación con la VSG, sólo uno de los pacientes registró valores > 30 mm/h antes de su transformación. De acuerdo con el estudio de Li, se observó que los pacientes tratados con anti-TNF alfa fueron resistentes y requirieron tratamiento quirúrgico, así como cifras de globulinas elevadas > 2,5 mg/dL. En lo que respecta a las MEI, se identificó que el 50% las experimentó, en el límite superior de la prevalencia de MEI informada en las publicaciones médicas.

Conclusiones: En esta serie de casos, los signos importantes de este nuevo fenotipo llamado CUCrohn se caracterizan por tener edad al diagnóstico menor a 40 años, presencia de pancolitis, MEI, valores elevados de globulinas > 2,5 mg/dL y resistencia al tratamiento convencional, así como la necesidad de tratamiento quirúrgico.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento alguno.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con CUCrohn. (Lun248)

Caso	Sexo	Edad dx	Tiempo evol	Tx antes	Glob antes G/DI	VSG antes mm/H	Tx después	Glob después G/DI	VSG después mm/h	Imagen
1	Fem	22	21	MSZ + AZA	3,1	7	MSZ + AZA	2,4	3	Estenosis en íleon distal y terminal
2	Masc	23	5	MAZ + enemas + prednisona	3,1	3	MTX + supositorios	2,76	3	Estenosis en íleon terminal
3	Fem	39	10	MSZ + supositorios	3,68	37	MTX + enemas	3,65	33	Fístulas enteroentéricas + estenosis íleon distal
4	Masc	28	26	Ciprofloxacina	3,1	8	ADA + sulfasalazina + MTX	4,65	27	Fístulas perianales + estenosis en íleon distal
5	Fem	45	17	ADA	3,43	3	USTE + sulfasalazina	2,84	36	Estenosis en íleon terminal
6	Fem	14	29	ADA	3,81	3	USTE	3,39	3	Fístulas perianales + estenosis en íleon terminal
7	Fem	40	18	MSZ + AZA + enemas + supositorios	3,05	3	ADA + AZA + MSZ	3,61	19	Fístulas rectovaginal y transesfintérica
8	Fem	42	11	Sulfasalazina	2,24	10	MTX	4,25	12	No realizada

Fem, femenino; Masc, masculino; DX, diagnóstico; MUT, mutación; evol, evolución; TX, tratamiento; Glob, globulinas; VSG, velocidad de sedimentación globular; MSZ, mesalazina; ADA, adalimumab; AZA, azatioprina; MTX, metotrexato; USTE, ustekinumab; INFLIXI, infliximab.

Lun249

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD EN VIDA REAL DE RISANKIZUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN MODERADA-GRAVE EN UN ENTORNO GLOBAL

B. R. Tapia-Contla, A. Dignass, N. Joshi, R. Lukanova, F. Dawod, W. Jones, K. Kligys, J. A. Zambrano, A. Canción, J. Griffith, Departamento de Medicina I, Hospital Agaplesion Markus

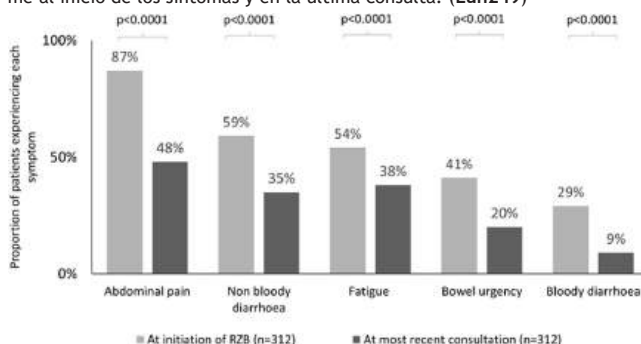
Introducción: Los objetivos primarios del tratamiento en la enfermedad de Crohn (EC) son controlar los síntomas, como el dolor Abdominal y la diarrea, e inducir la remisión endoscópica a largo plazo. El risankizumab biológico (RZB) recibió aprobación en el año 2022 para el tratamiento de pacientes adultos con EC moderada a grave.

Objetivo: Evaluar el efecto del RZB en la remisión de la enfermedad y el control de síntomas para optimizar los resultados del tratamiento en pacientes con EC, dado que los datos sobre la utilización y la efectividad del RZB son limitados.

Material y métodos: Los datos se extrajeron del *Adelphi Real World CD Disease Specific Programme*, una encuesta transversal con recolección retrospectiva de datos de gastroenterólogos (IG) en Francia, Alemania, Italia, España, Reino Unido y Estados Unidos de febrero de 2023 a octubre de 2024. Los IG proporcionaron datos sobre sus pacientes consultantes con clasificación subjetiva al inicio del RZB La EC moderada a grave registró demografía, características clínicas y síntomas al inicio de la RZB y en la consulta más reciente. Los análisis fueron descriptivos, la prueba de Wilcoxon firmó los rangos y la prueba de McNemar se utilizó para comparar la gravedad y los síntomas al inicio de RZB y en la consulta más reciente, respectivamente.

Resultados: En general, 206 IG proporcionaron datos sobre 333 pacientes con EC moderada a grave que recibieron RZB. La media de edad del paciente fue de 40,8 (13,0) y la duración de la enfermedad fue de 4,7 (5,8) años; 54% se sometió a tratamiento avanzado (AT que comprende fármacos biológicos y de molécula pequeña) ingenuo y 46% a AT experimentada (Figura 1). Entre todos los pacientes, 85% recibió RZB como monoterapia; 6% recibió RZB con corticosteroides y 9% con 5-aminosalicilatos o inmunomoduladores; el tiempo medio (DE) en RZB entre aquellos con una Duración de tratamiento conocida (n=299) fue de 7,5 (7,5) meses. Entre los pacientes que reciben RZB por > 6 meses (n = 140), el 55% se encontraba en remisión clínica informada por IG en el momento más reciente de consulta. Entre todos los pacientes, la gravedad de la enfermedad moderada a grave señalada por IG se redujo significativamente desde el inicio del RZB (100% de los pacientes) hasta la consulta más reciente (55%; $p < 0,0001$). Los síntomas clave experimentados al inicio de la RZB (dolor abdominal, 87%; diarrea sanguinolenta, 29%; diarrea no sanguinolenta, 59%; fatiga, 54%; urgencia intestinal, 41%) disminuyeron en grado significativo en la consulta más reciente con tratamiento continuado con RZB (48%, 9%, 35%, 38%, 20%, respectivamente; $p < 0,0001$).

Figura 1. Proporción de pacientes con EC que recibieron risankizumab, informe al inicio de los síntomas y en la última consulta. (Lun249)



Conclusiones: En un entorno global del mundo real, los pacientes con EC moderada a grave tratados con RZB experimentaron una reducción significativa de la gravedad de la enfermedad notificada por IG y una mejoría de los síntomas clave, y más de la mitad de los pacientes estaban en remisión clínica informada por IG. La mejoría en los síntomas y gravedad fue mayor entre los pacientes tratados durante más tiempo con RZB. Estos resultados resaltan la efectividad del RZB en el mundo real en el control de la actividad de la enfermedad y la carga de síntomas entre los pacientes a lo largo del tiempo.

Financiamiento: Abbvie farmacéuticos.

Lun250

EFECTOS SOSTENIDOS LIBRES DE CORTICOSTEROIDES EN LA TERAPIA DE MANTENIMIENTO CON UPADACITINIB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN DE MODERADA A GRAVE: RESULTADOS A 2 AÑOS. ESTUDIO DE EXTENSIÓN A LARGO PLAZO U-ENDURE

B. R. Tapia-Contla, V. Jairath, M. C. Dubinsky, L. Biedermann, T. Fuji, C. Cunneen, E. Dubcenco, S. Ford, A. Garrison, E. Loftus, Departamento de Medicina, Western University

Introducción: El uso a largo plazo de corticosteroides (CS) es una preocupación para los pacientes con enfermedad de Crohn (EC), ya que el uso prolongado se acompaña de una mayor mortalidad y resultados adversos. El upadacitinib (UPA), un inhibidor oral selectivo y reversible de la cinasa Janus, está aprobado para el tratamiento de la EC moderada a grave con eficacia de conservación de CS demostrada, con un perfil de seguridad consistente a lo largo de la semana de mantenimiento 52.

Objetivo: Evaluar la eficacia a largo plazo de UPA para lograr resultados clínicos y endoscópicos libres de CS en pacientes inscritos en el estudio U-ENDURE de extensión a largo plazo (LTE) en curso.

Material y métodos: Los pacientes que completaron el estudio de mantenimiento U-ENDURE de 52 semanas fueron elegibles para el estudio LTE posterior en el que continuaron su tratamiento previamente asignado (UPA de 15 mg una vez al día [UPA15] o UPA de 30 mg [UPA30]). La eficacia se evaluó a partir de LTE semanas 0 a 48, entre pacientes con dos (100 semanas) de tratamiento de mantenimiento total, dentro de la población general y en pacientes con uso basal de CS (semana de inducción 0). Los criterios de valoración libres de CS (sin uso de CS durante ≥ 90 días antes de la evaluación), incluyeron remisión clínica (por frecuencia fecal/puntuación de dolor abdominal [SF/APS] e índice de actividad de CD [CDAI]), respuesta endoscópica, y remisión endoscópica, y se evaluaron con métodos de imputación tanto observada como no responde-dora (NRI), con análisis de NRI presentado en texto.

Resultados: Entre los pacientes con dos años de tratamiento de mantenimiento total, 35,7% (87/244) recibió CS al inicio, 13,1% (32/244) lo hizo en cualquier momento durante el estudio LTE, independientemente del uso de CS de referencia. Entre los pacientes que tomaban CS basal y los que recibieron CS en cualquier momento durante el estudio LTE (n = 20), la mediana (intervalo) de tiempo de uso de CS fue de 127,5 (2-1589) días. La remisión clínica libre de CS se logró a LTE semanas 0 y 48 por SF/APS (población general: UPA15, 71,7%, 58,9%; UPA30, 81,8%, 57,7%; pacientes con uso basal de CS: UPA15, 71,8%, 53,8%; UPA30, 79,2%, 54,2%, NRI, Figura 1A-B) y criterios CDAI (población general: UPA15, 74,8%, 60,7%; UPA30, 83,9%, 65,0%; pacientes con uso basal de CS: UPA15, 74,4%, 56,4%; UPA30, 81,3%, 58,3%, NRI, Figura 1C-D). En LTE semana 48, una fracción alta de pacientes tratados con UPA logró respuesta endoscópica libre de CS (población general: UPA15, 48,6%; UPA30, 55,5%; pacientes con CS basal de uso: UPA15, 38,5%; UPA30, 60,4%, NRI) y remisión endoscópica libre de CS (población general: UPA15, 33,6%; UPA30, 46,0%; pacientes con uso de CS basal: UPA15, 28,2%; UPA30, 54,2%, NRI).

Conclusiones: Los pacientes con EC moderada a grave que recibieron tratamiento de mantenimiento con UPA de largo plazo sostuvieron tasas elevadas de resultados clínicos y endoscópicos libres de CS, lo que sugiere que el UPA puede servir como un tratamiento eficaz de conservación de la CS a largo plazo.

Financiamiento: Abbvie farmacéuticos.

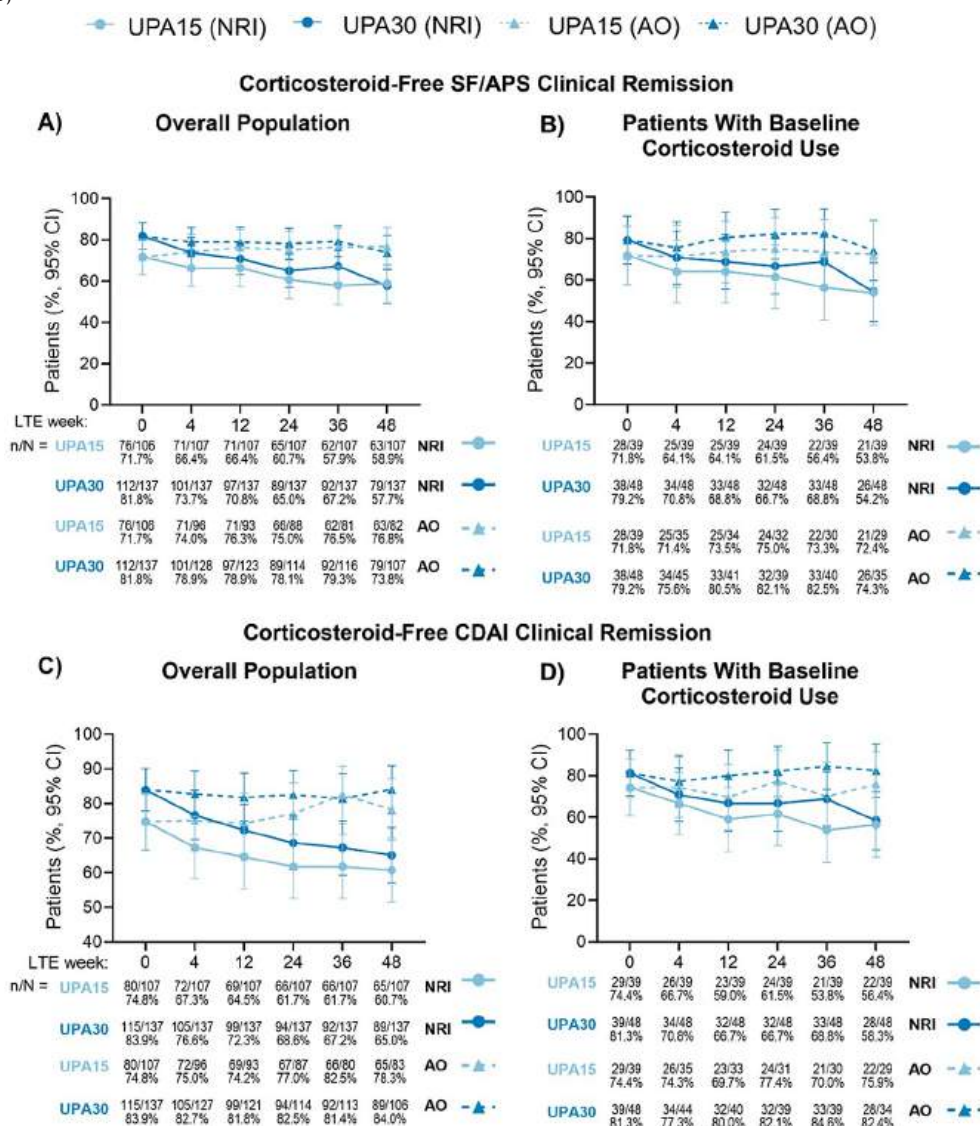
Lun251

EFICACIA Y SEGURIDAD DE UPADACITINIB DESPUÉS DE 4 AÑOS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA DE MODERADA A SEVERAMENTE ACTIVA: DATOS PROVISIONALES A LARGO PLAZO DEL ESTUDIO DE EXTENSIÓN ABIERTA DE FASE 3 (U-ACTIVATE)

M. A. Leyte-Altamirano, R. Panaccione, G. Lichtenstein, J. F. Colombel, K. Nakase, S. Vermeire, University of Calgary

Introducción: El upadacitinib (UPA), un inhibidor oral reversible de la cinasa Janus, está aprobado para el tratamiento de la colitis ulcerosa (CU) moderada a grave activa.

Figura 1. Remisión clínica libre de corticosteroides en pacientes tratados con upadacitinib a través de la semana 48 del estudio de extensión a largo plazo U-ENDURE. (Lun250)



Objetivo: Notificar la eficacia y la seguridad del UPA desde la extensión a largo plazo (LTE) del estudio U-ACTIVATE (NCT03006068).

Material y métodos: Los pacientes tuvieron aproximadamente cuatro años de tratamiento de mantenimiento, que consiste en un año de mantenimiento de U-ACHIEVE y tres años de LTE. Los pacientes se aleatorizaron para recibir placebo (PBO) o UPA de 45 mg una vez al día (QD) para la inducción de ocho semanas. Los respondedores clínicos se realeatorizaron a PBO, UPA de 15 mg QD (UPA15), o UPA de 30 mg QD (UPA30) para el mantenimiento de 52 semanas. Los pacientes en remisión clínica (RC) por puntuación de Mayo adaptada (AMS) a la semana 52 de mantenimiento continuaron su tratamiento doble ciego al ingresar al LTE. Los no respondedores originalmente asignados al azar a UPA15 eran elegibles para escalar a UPA30, los asignados cegados aleatoriamente a UPA30 continuaron con UPA30 y los asignados a PBO eran elegibles para escalar a UPA15 de manera ciega. El estudio no fue diseñado para comparar las dosis de UPA15 y UPA30. La eficacia se evaluó mediante CR (por AMS y puntuación parcial de Mayo), mantenimiento de CR por AMS, mejora endoscópica (ME), mantenimiento de ME, remisión endoscópica (RE), mantenimiento de RE, y RC libre de corticosteroides (CS) por AMS durante la LTE a la semana 144. Los datos de eficacia se presentan tal y como se observa (AO), así como la imputación de no respondedor modificada (MnRI), a menos que se indique lo contrario. Los datos de seguridad se presentan como tasas de eventos ajustadas por exposición (EAER; eventos por 100 pt-años [E/100 PY]); fecha límite: 30 de junio de 2024.

Resultados: A LTE semana 144 se observaron mejoras y mantenimiento en RC por AMS en más de la mitad de los pacientes tratados con UPA15 o UPA30. Los pacientes en RC por AMS a LTE semana 144 estuvieron libres de CS $\geq$ 90 días con UPA15 (98,6%, N/n = 69/70), UPA30 (98,8%, 84/85) y PBO (100,0%, 8/8). RE se logró en casi la mitad de los pacientes y más de la mitad de ellos mantuvo RE en LTE en la semana 144 con UPA15 y UPA30. Por seguridad, se analizaron 369 pacientes (UPA15, n = 142; UPA30, n = 227) con 1043,5 PY (UPA15, 397,4 PY; UPA30, 646,1 PY) de exposición a UPA. Las tasas de efectos adversos graves (EA) y EA que llevaron a la interrupción del tratamiento fueron similares en todos los grupos de tratamiento. Se registró un EA que condujo a la muerte (EAER: 0,2 E/100 PY) en un paciente que requirió hospitalización prolongada por empeoramiento de la infección por COVID-19 en el grupo UPA30.

Conclusiones: A LTE semana 144 se observaron mejoras y mantenimiento en RC por AMS en más de la mitad de los pacientes tratados con UPA15 o UPA30. Los pacientes en RC por AMS a LTE semana 144 estuvieron libres de CS $\geq$ 90 días con UPA15 (98,6%, N/n = 69/70), UPA30 (98,8%, 84/85) y PBO (100,0%, 8/8). RE se logró en casi la mitad de los pacientes y más de la mitad de los pacientes mantuvo RE en LTE semana 144 con UPA15 y UPA30. Por seguridad, se analizó a 369 pacientes (UPA15, n = 142; UPA30, n = 227) con 1043,5 PY (UPA15, 397,4 PY; UPA30, 646,1 PY) de exposición a UPA. Las tasas de efectos adversos graves (EA) y EA que llevaron a la interrupción del tratamiento fueron similares en todos los grupos de tratamiento. Se registró un EA que condujo a la muerte (EAER: 0,2 E/100 PY) en un paciente que requirió

hospitalización prolongada por empeoramiento de la infección por COVID-19 en el grupo UPA30.

Financiamiento: AbbVie financió este estudio y contribuyó a su diseño, investigación, análisis, recolección de datos, interpretación de datos, y la revisión y aprobación de este resumen.

Lun252

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL RISANKIZUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN MODERADA A GRAVE: RESULTADOS DEL ESTUDIO DE EXTENSIÓN A LARGO PLAZO ABIERTO DE UN AÑO DE SEQUENCE

M. A. Leyte-Altamirano, L. Peyrin-Biroulet, R. Atreya, S. Danés, J. O'lindsay, J. C. Chapman, Nancy University Hospital

Introducción: La segunda parte del estudio SEQUENCE en curso examina la eficacia y seguridad a largo plazo del risankizumab (RZB), un inhibidor de la interleucina-23 p19, en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) moderada a grave.

Objetivo: Notificar los resultados de un año de la segunda parte del estudio SEQUENCE.

Material y métodos: En la segunda parte del protocolo SEQUENCE (NCT04524611), los pacientes asignados aleatoriamente al grupo RZB que completaron la visita de la semana 48 podían continuar la recepción de una dosis de mantenimiento de RZB de 360 mg por vía subcutánea (SC) de etiqueta abierta cada 8 semanas. Los pacientes con respuesta inadecuada (aumento de los síntomas más un marcador objetivo de inflamación) durante la segunda fase pudieron recibir tratamiento de rescate (1×600 mg de RZB intravenoso, luego 360 mg de RZB SC cada 8 semanas). La remisión clínica (según el índice de actividad de CD [CDAI] y la frecuencia de deposiciones [FS]/puntuación de dolor abdominal [APS]), la remisión clínica sin esteroides, la respuesta al Cuestionario de enfermedad inflamatoria intestinal (IBDQ) y la remisión del IBDQ se evaluaron en las semanas 56 (inicial de la EIO), 80 y 104. Se evaluaron los datos de todos los pacientes con intención de tratar y se utilizó la observación (OA), independientemente del tratamiento de rescate. También se evaluaron los datos según la imputación de no respondedores (IRN) y se categorizó a los pacientes como NR en las visitas con evaluaciones no realizadas, las visitas tras la interrupción prematura del estudio y las visitas tras el inicio del tratamiento de rescate (si correspondía). Se analizaron los efectos adversos emergentes del tratamiento (EAET) notificados durante o después de la primera dosis en la segunda parte (fecha límite: 11 de julio de 2024).

Resultados: Un total de 224 pacientes ingresaron a la segunda parte de SEQUENCE. Entre los pacientes con intención de tratar, las tasas de remisión clínica (según los datos de AO) se mantuvieron estables desde la semana 56 hasta la 104 (CDAI: 75,3% [168/223] a 84,4% [141/167]; SF/APS: 71,2% [158/222] a 74,7% [124/166]). La mayoría de los pacientes que alcanzaron la remisión clínica no recibía esteroides en las visitas correspondientes. Los pacientes también mostraron mejoras sostenidas y clínicamente significativas en la respuesta al cuestionario IBDQ (86,7% [157/181]; datos de la AO) y en la remisión del cuestionario IBDQ (65,3% [126/193]; datos de la AO) en la semana 104. Se observaron resultados similares a los de la AO según los datos del NRI. Dieciséis (7,1%) pacientes recibieron tratamiento de rescate durante la segunda parte, de los cuales el 77,8 % (7/9) alcanzó la remisión clínica en la semana 104 (CDAI y SF/APS) (datos de AO). Los perfiles de efectos adversos graves (EAA) y efectos adversos graves (EAA) de interés para la seguridad fueron consistentes con el perfil de seguridad conocido de RZB, y los efectos adversos cardiovasculares mayores, las neoplasias malignas, las infecciones graves y los efectos hepáticos adjudicados permanecieron estables sin que se identificaran nuevos riesgos de seguridad. No ocurrieron muertes durante la OLE.

Conclusiones: Los pacientes que recibieron 104 semanas de tratamiento continuo con RZB en SEQUENCE demostraron eficacia clínica duradera y beneficios en la calidad de vida. El perfil de seguridad es consistente con el perfil de seguridad conocido de RZB y respalda el tratamiento con RZB a largo plazo.

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

Lun253

IMPACTO DEL RISANKIZUMAB EN LOS RESULTADOS REPORTADOS POR LOS PACIENTES Y LOS BIOMARCADORES A LO LARGO DEL TIEMPO: ANÁLISIS *POST HOC* DE LOS ESTUDIOS INSPIRE Y COMMAND DE LA FASE 3

M. A. Leyte-Altamirano, J. O'lindsay, M. Ferrante, A. Armuzzi, L. Peyrin-Biroulet, M. C. Dubinsky, S. Danés, R. Panaccione, Queen Mary University

Introducción: Los pacientes con colitis ulcerosa (CU) pueden experimentar síntomas debilitantes que afectan su calidad de vida.

Objetivo: Evaluar en este análisis *post hoc* los cambios en los resultados referidos por el paciente (PRO) y biomarcadores a lo largo del tiempo durante el tratamiento de mantenimiento con risankizumab (RZB), un inhibidor específico de IL-23, entre los pacientes que respondieron al tratamiento de inducción de RZB.

Material y métodos: Los pacientes con respuesta clínica a 12 semanas de tratamiento intravenoso (IV) con RZB de los estudios de inducción INSPIRE de fase 2b y fase 3 se aleatorizaron 1:1:1 al retiro de placebo (PBO) subcutáneo (SC), 180 mg de RZB SC, o 360 mg de RZB SC cada ocho semanas durante el mantenimiento (COMMAND). Los PRO individuales se examinaron como sin urgencia intestinal, sin dolor abdominal, sin deposiciones nocturnas, sin tenesmo, sin incontinencia fecal, sin interrupción del sueño relacionada con la CU y sin fatiga (Evaluación funcional de la enfermedad crónica-fatiga [FACIT-F] ≥ 40). Los biomarcadores examinados fueron calprotectina fecal (FCP) y proteína C reactiva de alta sensibilidad (hs-CRP). Los resultados se registraron como el porcentaje de pacientes que lograron cada resultado para todos los PRO y los valores medios para biomarcadores en la semana 0 de inducción y cada ocho semanas de la semana 0 a 52 de mantenimiento, a menos que se indique lo contrario para FACIT-F $\geq 40,1$, HS-CRP y FCP. Se utilizó la imputación de no respondedores sin un manejo especial de los datos faltantes debido a restricciones logísticas (COVID-19 o el conflicto geopolítico en Ucrania y las regiones circundantes afectadas) para los datos faltantes.

Resultados: En total, 548 pacientes (PBO SC, n = 183; RZB 180 mg SC, n = 179; RZB 360 mg SC, n = 186) se aleatorizaron en el estudio de mantenimiento. Una mayor proporción de pacientes logró PRO en la semana de mantenimiento 0 en comparación con la línea basal de inducción. A lo largo del mantenimiento, el logro de PRO persistió en pacientes que recibían RZB, independientemente de la dosis, a excepción de la ausencia de deposiciones nocturnas, ninguna incontinencia fecal, y ninguna interrupción del sueño relacionada con la CU, lo que mostró una ligera disminución de la respuesta para todos los grupos de tratamiento. A partir de la semana 32 se observó una disminución en el logro de todos los PRO en el brazo del retiro de PBO. Ambos biomarcadores mostraron una disminución de los niveles medios desde la semana de inducción 0 hasta la semana de mantenimiento 0. Durante el mantenimiento, los niveles medios de FCP fueron menores para ambas dosis de RZB en comparación con PBO. Los niveles medios más bajos de HS-CRP persistieron durante el mantenimiento, pero fueron similares entre todos los grupos de tratamiento.

Conclusiones: Las mejoras en la mayoría de los PRO y biomarcadores se sostuvieron durante todo el mantenimiento, con disminuciones observadas en el grupo de mantenimiento de PBO probablemente debido al retiro de RZB del tratamiento de inducción de RZB. Estos hallazgos muestran que el RZB puede disminuir los síntomas comunes relacionados con la CU y mejorar la calidad de vida y la carga inflamatoria de los pacientes.

Financiamiento: AbbVie financió este estudio y contribuyó a su diseño, investigación, análisis, recolección de datos, interpretación de datos, y la revisión y aprobación de este resumen.

Lun254

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DIFÍCIL DE TRATAR: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

V. N. Sebastián-Ocampo, E. Contreras-Avilés, M. Phillipe-Ponce, R. Y. López-Pérez, P. Rosales-Téllez, R. E. González-López, J. A. Chida-Romero, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), puede presentar formas clínicas complejas y resistentes al tratamiento. En respuesta a esta necesidad clínica, el consenso IOIBD 2023 propuso una definición estandarizada de EII difícil de tratar (IBD-DTT), basada en criterios terapéuticos, quirúrgicos y psicosociales. Esta clasificación permite identificar a pacientes con mal pronóstico que requieren un enfoque multidimensional. Sin embargo, los datos sobre la caracterización de esta población en países de ingresos medios son limitados. En este contexto, resulta relevante explorar la frecuencia y las particularidades fenotípicas de IBD-DTT en cohortes reales de atención terciaria, con el fin de optimizar estrategias diagnósticas y terapéuticas en escenarios con recursos restringidos.

Objetivo: Describir las características clínicas, terapéuticas y quirúrgicas de los pacientes con IBD-DTT, según los criterios diagnósticos del consenso IOIBD 2023, en una cohorte de un hospital de referencia de tercer nivel en México.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal realizado en la clínica de EII del Hospital General de México entre marzo de 2023 y junio de 2025. Se incluyó a pacientes con diagnóstico confirmado de CUCI o EC que cumplieran con al menos uno de los criterios del consenso IOIBD 2023 para IBD-DTT. Se recolectaron variables clínicas, demográficas, terapéuticas y quirúrgicas a partir del expediente institucional. El análisis se realizó con SPSS versión 29.0. Se utilizaron medias y desviaciones estándar en variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas en cualitativas. Se aplicaron las pruebas ji cuadrada o exacta de Fisher para comparar proporciones, y t de Student para comparar medias. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: De un total de 298 pacientes con EII, 40 (13,4%) cumplieron con al menos uno de los criterios establecidos por el consenso IOIBD 2023 para IBD-DTT. De éstos, 15 tenían CUCI y 25 EC. Las características demográficas, clínicas, terapéuticas y diagnósticas se describen en la **Tabla 1**. No se encontraron diferencias significativas en edad ni sexo entre ambos grupos. El uso de tratamiento convencional fue más frecuente en CUCI (53,3% vs. 20,0%, $p = 0,0223$), mientras que el tratamiento avanzado, particularmente con ustekinumab, predominó en EC (80,0% vs. 46,7%, $p < 0,0001$). La reservoritis resistente y los problemas psicosociales fueron más comunes en CUCI ($p < 0,001$ y $p = 0,04$, respectivamente). En contraste, la necesidad de cirugía fue significativamente mayor en pacientes con EC (88,0% vs. 40,0%, $p = 0,0336$). El criterio diagnóstico más frecuente de IBD-DTT fue la enfermedad perianal compleja en la enfermedad de Crohn, presente en el 35% de los casos. El 7,5% de los pacientes con EII (3 de 40) cumplió con dos o más criterios del consenso IOIBD, todos ellos con diagnóstico de enfermedad de Crohn.

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con IBD-DTT, el 13,4% cumplió con al menos uno de los criterios del consenso IOIBD 2023, más frecuente en EC que en CUCI. Se observaron patrones diferenciales en el uso de tratamientos, indicación quirúrgica y manifestaciones relacionadas entre ambos fenotipos. La enfermedad perianal compleja fue el criterio más prevalente en pacientes con EC. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar estrategias terapéuticas individualizadas, basadas en el fenotipo clínico de la EII, que permitan optimizar el abordaje de los casos difíciles.

Financiamiento: Sin patrocinio.

Lun255

FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS A LA NECESIDAD DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN: ANÁLISIS RETROSPECTIVO EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

V. N. Sebastián-Ocampo, E. Contreras-Avilés, G. Morales-Hernández, R. E. González-López, P. Rosales-Téllez, H. Rodríguez-Cruz, V. Hernández-Antolín, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) es una alteración inflamatoria intestinal crónica y multifactorial, caracterizada por inflamación transmural de distribución discontinua en cualquier segmento del tracto gastrointestinal. Su evolución clínica es heterogénea y suele acompañarse de complicaciones como estenosis, fístulas o abscesos, que en muchos casos requieren tratamiento quirúrgico. Aunque los tratamientos inmunomoduladores y biológicos han mejorado el abordaje clínico, la cirugía es todavía esencial en pacientes con enfermedad resistente o complicaciones estructurales.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas, terapéuticas y criterios diagnósticos de pacientes con EII difícil de tratar según el consenso IOIBD 2023. (Lun254)

Variable	EII (n = 40)	CUCI (n = 15)	EC (n = 25)	Valor de p
Sexo masculino, n (%)	19 (47,5%)	6 (40,0%)	13 (52,0%)	0,68
Sexo femenino, n (%)	21 (52,5%)	9 (60,0%)	12 (48,0%)	0,68
Edad media (años $\pm$ DE)	43,7 $\pm$ 13,1	41,1 $\pm$ 10,7	45,3 $\pm$ 14,3	0,28
Clasificación				NA
Montreal-CUCI*, n (%)				
E1	—	2 (13,3%)	—	
E2	—	4 (26,7%)	—	
E3	—	9 (60,0%)	—	
Clasificación				NA
Montreal-enfermedad de Crohn*, n (%)				
A1	—	—	2 (8,0%)	
A2	—	—	14 (56,0%)	
A3	—	—	9 (36,0%)	
L1	—	—	3 (12,0%)	
L2	—	—	9 (36,0%)	
L3	—	—	8 (32,0%)	
L4	—	—	5 (20,0%)	
B1	—	—	11 (44,0%)	
B2	—	—	10 (40,0%)	
B3	—	—	4 (16,0%)	
P	—	—	10 (40,0%)	
Enfermedades crónicas degenerativas, n (%)	11 (27,5%)	6 (40,0%)	5 (20,0%)	0,0025
Tratamiento convencional, n (%)	13 (32,5%)	8 (53,3%)	5 (20,0%)	0,0223
Tratamiento avanzado, n (%)	27 (67,5%)	7 (46,7%)	20 (80,0%)	< 0,0001
Vedolizumab	5 (12,5%)	4 (26,7%)	1 (4,0%)	0,0002
Infliximab	4 (10,0%)	2 (13,3%)	2 (8,0%)	0,27
Ustekinumab	14 (35,0%)	0 (0,0%)	14 (56,0%)	0,68
Adalimumab	2 (5,0%)	1 (6,7%)	1 (4,0%)	0,68
Guselkumab	2 (5,0%)	0 (0,0%)	2 (8,0%)	—
Manifestaciones extraintestinales, n (%)	17 (42,5%)	6 (40,0%)	11 (44,0%)	0,31
Hospitalizaciones, n (%)	28 (70,0%)	9 (60,0%)	19 (76,0%)	0,06
Tratamiento quirúrgico, n (%)	28 (70,0%)	6 (40,0%)	22 (88,0%)	0,0336
Abdominal	21 (52,5%)	6 (40,0%)	15 (60,0%)	0,06
Perianal	7 (17,5%)	0 (0,0%)	7 (28,0%)	0,62
Reservoritis resistente, n (%)	6 (15,0%)	5 (33,3%)	1 (4,0%)	< 0,0001
Enfermedad perianal, n (%)	14 (35,0%)	0 (0,0%)	14 (56,0%)	0,67
Criterios IOIBD para EII difícil de tratar**				
Falla a ≥ 2 mecanismos terapéuticos, n (%)	5 (12,5%)	2 (13,3%)	3 (12,0%)	0,82
Recurrencia posoperatoria en EC tras ≥ 2 resecciones, n (%)	11 (27,5%)	0 (0,0%)	11 (44,0%)	0,30
Reservoritis resistente a antibióticos, n (%)	6 (15,0%)	5 (33,3%)	1 (4,0%)	0,0014
Enfermedad perianal compleja, n (%)	14 (35,0%)	0 (0,0%)	14 (56,0%)	0,29
Problemas psicosociales, n (%)	7 (17,5%)	6 (46,6%)	0 (0,0%)	0,04
Cumple ≥ 2 criterios IOIBD DTT-IBD**, n (%)	3 (7,5%)	0 (0,0%)	3 (12,0%)	0,02

Objetivo: Identificar las características clínicas, demográficas y bioquímicas relacionadas con la necesidad de intervención quirúrgica en pacientes con enfermedad de Crohn atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en una cohorte de 72 pacientes con diagnóstico confirmado de EC, atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México entre 2023 y 2025. Se recopilaron variables demográficas, clínicas y bioquímicas, incluidos la localización y el comportamiento de la enfermedad según la clasificación de Montreal (ALBP), así como los índices de actividad clínica *Crohn's disease activity index* (CDAI) y *Harvey-Bradshaw index* (HBI). También se documentaron manifestaciones extraintestinales, comorbilidades, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y tratamientos recibidos. Las variables cuantitativas se describieron mediante medidas de tendencia central y dispersión, y las cualitativas en frecuencias absolutas y relativas. Para la comparación entre pacientes operados y no operados se utilizaron las pruebas t de Student y ji cuadrada. La capacidad discriminativa de los índices HBI y CDAI para predecir la necesidad de cirugía se evaluó mediante curvas ROC (*receiver operating characteristic*), tras calcular el área bajo la curva (AUC) con su intervalo de confianza al 95%. Finalmente, se determinaron *odds ratio* (OR) con intervalos de confianza al 95% para identificar el riesgo relacionado con variables clínicas relevantes. Un valor de $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó a 72 pacientes con EC, de los cuales 40,3% requirió intervención quirúrgica. El patrón estenosante (B2) estuvo presente en 41,4% de los pacientes operados y se vinculó significativamente con la necesidad de cirugía ($p = 0,001$). Un índice de HBI > 4 también se relacionó con mayor frecuencia de cirugía ($\chi^2 = 10,979$; $p < 0,001$; OR = 2,023, IC95%, 1,235-3,315), con una AUC de 0,700 (IC95%, 0,576-0,824; $p = 0,002$). De forma similar, un CDAI > 150 mostró relación significativa con la indicación quirúrgica ($\chi^2 = 5,855$; $p = 0,016$), aunque la mayor razón de momios se observó en pacientes con CDAI < 150 (OR = 2,360; IC95%, 1,087-5,126; AUC = 0,670; $p = 0,007$). No se identificaron relaciones significativas entre la necesidad de cirugía y la edad al diagnóstico, la localización de la enfermedad ni la presencia de enfermedad perianal ($p > 0,05$).

Conclusiones: En esta cohorte, la necesidad de cirugía en pacientes con enfermedad de Crohn se vinculó significativamente con el patrón estenosante y con actividad clínica elevada (HBI > 4 y CDAI > 150). Ambos índices mostraron capacidad discriminativa para predecir riesgo quirúrgico, con mejor desempeño del HBI. Estos resultados respaldan su utilidad en la estratificación del riesgo y subrayan la importancia del seguimiento estrecho en pacientes con enfermedad más activa o estructuralmente complicada.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Lun256

ÍNDICE FIBRINÓGENO-LINFOCITO COMO PREDICTOR DE SEVERIDAD EN LA COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

J. A. Chida-Romero, H. Rodríguez-Cruz, V. Hernández-Antolín, V. N. Sebastián-Ocampo, E. Contreras-Avilés, P. Rosales-Téllez, R. E. González-López, R. Y. López-Pérez, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad inflamatoria intestinal de curso crónico y evolución variable. Aunque la colonoscopia con toma de biopsia es el método estándar para valorar su actividad, su carácter invasivo y costo limitan su uso. Ante esta necesidad, el presente estudio evalúa el índice fibrinógeno-linfocito (IFL) como posible marcador accesible y no invasivo para predecir la gravedad de la enfermedad y su correlación con índices clínicos, endoscópicos e histológicos establecidos.

Objetivo: Determinar la relación y correlación del índice fibrinógeno-linfocito con la actividad de la colitis ulcerosa crónica idiopática.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional y analítico en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México. Se incluyó a 62 pacientes con diagnóstico confirmado de colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) mediante criterios clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos. Se recolectaron datos clínicos, endoscópicos, histológicos y de laboratorio. Las variables principales fueron:

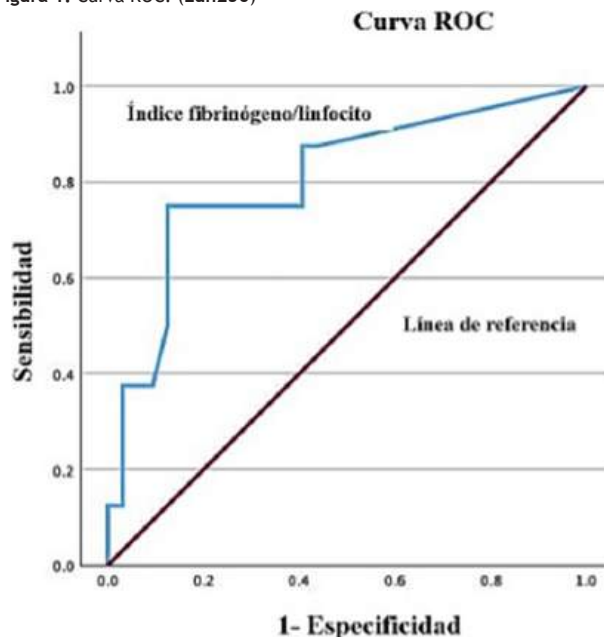
índice fibrinógeno-linfocito (IFL), escalas de actividad clínica (Truelove y Witts), endoscópica (Montreal y Mayo), e histológica (Riley). El análisis estadístico se realizó con SPSS v29. Se emplearon pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov; t de Student, U de Mann-Whitney, ANOVA y Kruskal-Wallis para comparación de variables cuantitativas; y ji cuadrada o Fisher para variables categóricas. Se construyó un análisis ROC para determinar el punto de corte del IFL y su capacidad diagnóstica, al considerar $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: De los 62 pacientes, 64,5% correspondió a mujeres, con una edad promedio de $41,16 \pm 12,99$ años. El 12% tenía antecedente de tabaquismo y el promedio de evolución de la enfermedad fue de 6,74 años. Según Truelove y Witts, el 79% de los pacientes se hallaba sin actividad clínica, 19% con actividad leve y 1,6% con moderada a grave. El patrón de actividad mostró que el 72,5% estaba inactivo, el 9,6% activo y el 19,3% alternante. El 33,8% experimentó manifestaciones extraintestinales, en particular las artralgias (27,4%). Por extensión endoscópica (Montreal): 51,6% con colitis extensa, 35,4% con colitis izquierda y 12,9% con proctitis. Según la escala de Mayo, 45,16% tenía actividad moderada, 22,5% leve y 20,9% grave. En la escala de Riley, 40,3% registró actividad leve, 30,64% moderada y 14,5% grave. El análisis estadístico mostró que no hubo correlación significativa entre el IFL y la actividad clínica. Sin embargo, sí se observó relación significativa entre IFL y actividad endoscópica moderada a grave ($p = 0,03$), así como actividad histológica ($p = 0,02$). El análisis ROC estableció que un IFL > 198 predecía actividad endoscópica o histológica moderada a grave, con AUC de 0,807, sensibilidad de 75%, especificidad de 87,5% y VPN de 70%, como se observa en la Figura 1. No se encontró relación del IFL con extensión, manifestaciones extraintestinales, tipo de tratamiento o necesidad de cirugía.

Conclusiones: El índice fibrinógeno linfocito puede ser de gran utilidad en el tratamiento de pacientes con CUCI, ya que podría suministrar un acercamiento para predecir a pacientes con actividad moderada a grave y con ello poder indicar intervenciones sin necesidad de someterlos a estudios invasivos, además de tener buena sensibilidad y especificidad para correlacionar con la actividad y un bajo costo.

Financiamiento: Sin patrocinio.

Figura 1. Curva ROC. (Lun256)



Lun257

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL A TRAVÉS DEL USO DE IBD DISK EN POBLACIÓN DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

J. I. Hernández-Honorato, J. G. López-Gómez, M. V. Ramos-Gómez, T. Cortés-Espinosa, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

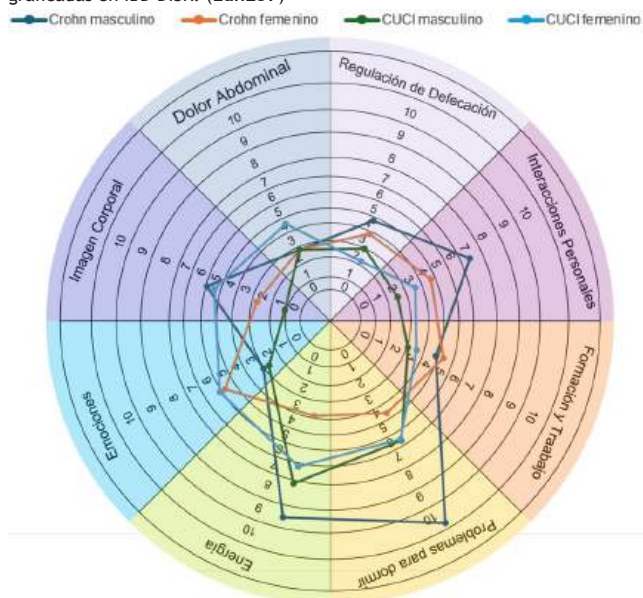
Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un trastorno que afecta de manera polifacética la vida del paciente y los aspectos físico y psicológico. Actualmente se ha intentado cumplir como parte del tratamiento de la EII mejorar la calidad de vida de los pacientes y el retorno a una vida normal. Por este motivo se han realizado distintos cuestionarios para evaluar la esfera psicosocial, afectiva y física del paciente. Uno de ellos es el disco de enfermedad inflamatoria intestinal (IBD DISK por sus siglas en inglés). En el cuestionario se evalúa el dolor abdominal, la regulación de la defecación, las interacciones personales, formación y trabajo, sueño, energía, emociones, imagen corporal, funciones sexuales y dolor articular. Se obtiene una representación visual del estado actual de la enfermedad para el paciente y para el médico: entre mayor sea el valor mayor será la afectación. La puntuación del IBD DISK se ha validado en otras poblaciones como en el estudio VALIDation, en el cual se tomaron en cuenta los cuestionarios del IBD DISK y el IBD-DI y fue un estudio para evaluar la reproducibilidad y validez del cuestionario en la población francesa. Al concluir el estudio se confirmó que el IBD DISK fue válido y reproducible como una herramienta para evaluar la discapacidad de los pacientes con EII. Ante la falta de un estudio que aplique el IBD DISK en población mexicana se decidió realizar la aplicación del IBD DISK en una cohorte de pacientes con EII del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre para evaluar el estado actual de la enfermedad, incluidos pacientes con tratamiento avanzado y sintomático.

Objetivo: Evaluar el efecto de la enfermedad en pacientes con EII del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre por medio de la aplicación del cuestionario IBD DISK.

Material y métodos: Estudio prospectivo con la aplicación del cuestionario IBD DISK en una cohorte de pacientes de un centro de referencia de tercer nivel en la Ciudad de México. Se utilizó una versión ya validada en español. Se realizó análisis de datos con t de Student para encontrar relación entre variables. Para el análisis de datos se utilizó SPSS 30.

Resultados: Se incluyó a un total de 33 pacientes en el estudio (11 EC, 22 CUCI), de los cuales 23 eran femeninos y 10 masculinos con una media de edad de $51,78 \pm 16,62$; hasta 75,7% de los pacientes se encuentra bajo algún tipo de tratamiento avanzado: 24% con infliximab, 16% con ustekinumab, 48% con certolizumab, 8% con tofacitinib y 4% con adalimumab. Se realizó una media de los resultados y se separó en cuatro grupos a los pacientes, en género femenino, masculino y tipo de EII. De acuerdo con la Figura 1 se encontró que la esfera con mayor afectación es la del sueño, seguida de la energía y las interacciones personales. Se realizó prueba de t de Student; sin embargo, esta prueba no identificó relación estadísticamente significativa entre el tipo de fármaco biológico y los síntomas evaluados en IBD DISK.

Figura 1. Promedio de puntuaciones de síntomas por enfermedad y género graficadas en IBD DISK. (Lun257)



Conclusiones: Este estudio evidencia que el IBD Disk es una herramienta útil y visualmente accesible para evaluar el efecto de la enfermedad inflamatoria intestinal en la vida cotidiana de los pacientes. De acuerdo con los resultados obtenidos puede concluirse que existe una necesidad de un abordaje

integral que considere los síntomas, así como el bienestar emocional y social de los pacientes. Se requiere una muestra más amplia para poder encontrar alguna asociación entre terapia y sintomatología. Los resultados ofrecen una primera aproximación del perfil de discapacidad en personas con EII en México y abren la puerta a futuras investigaciones con un mayor tamaño de muestra y seguimiento longitudinal. Implementar el IBD DISK puede facilitar la vigilancia personalizada del control de la enfermedad.

Financiamiento: Este trabajo no obtuvo algún financiamiento.

Lun258

FRECUENCIA DE POUCHITIS CRÓNICA EN PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. Gutiérrez-Castillo, J. D. Prieto-Nava, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La inflamación del reservorio ileal posterior a una proctocolectomía con anastomosis ileoanal se conoce como pouchitis, la cual puede ocurrir hasta en 70% de los pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI). La pouchitis se clasifica en aguda y crónica y esta última puede dividirse en dependiente de antibióticos o resistente a los antibióticos con necesidad de tratamiento avanzado con fármacos biológicos.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de pouchitis crónica en pacientes mexicanos con antecedente de CUCI y proctocolectomía total, anastomosis ileoanal y reservorio ileal.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal en el que se analizó a pacientes con CUCI que contaran con reservorio ileal posterior a una proctocolectomía con anastomosis ileoanal durante el periodo del 1 de enero del 2020 al 31 de mayo del 2025 pertenecientes a la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se definió pouchitis aguda como aquella con una duración menor de 30 días y crónica mayor de 30 días; esta última se subdividió en dependiente de antibióticos (recaída posterior a la suspensión de éstos) y resistente a los antibióticos (persistencia de síntomas pese al consumo de éstos). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 27.

Resultados: Se incluyó a un total de 18 pacientes con CUCI que se proctocolectomizaron y que contaran con reservorio ileal. La distribución por sexo fue del 50% para cada uno de ellos con mediana de edad al diagnóstico de 38,5 años (intervalo, 11-59 años). En todos los casos había antecedente de pancolitis, 10 de 18 (55,6%) presentaron manifestaciones extraintestinales y en 9 de 18 (50%) se practicó proctocolectomía electiva (actividad persistente o desarrollo de proceso maligno), mientras que 7 de 18 (38,9%) fueron intervenidos de manera urgente (falla al tratamiento en CUCI grave o perforación intestinal). El primer cuadro de pouchitis apareció con una mediana de 2,5 años (intervalo, 1-21 años) posterior a la proctocolectomía con reservorio ileoanal. Hasta 7 de 18 pacientes (38,9%) se clasificó como pouchitis aguda, mientras que en los restantes 11 casos (61,1%) se desarrolló pouchitis crónica, con cinco casos (27,8%) dependientes de antibióticos y 6 (33,3%) resistentes a los antibióticos. En relación con el tratamiento utilizado durante los episodios de pouchitis se encontró que 15 pacientes (83,3%) se trataron con metronidazol, 11 (61,1%) con ciprofloxacina y 6 (33,3%) tratamiento combinado con ciprofloxacina y metronidazol. Nueve de 11 pacientes con pouchitis crónica (50%) se trataron con fármaco biológico, ocho a base de vedolizumab (44,4%) y uno con ustekinumab (5,55%); un paciente tratado con vedolizumab sufrió falla anterior al adalimumab y en los demás pacientes se indicó vedolizumab como primera línea (Tabla 1).

Tabla 1. Clasificación y tratamiento de la pouchitis. (Lun258)

Pacientes proctocolectomizados con reservorio ileal	
Pouchitis n = 18 (%)	
Género (femenino)	9 (50)
Edad al diagnóstico, mediana (mínimo-máximo)	38,5 años (11-59)
Extensión (pancolitis)	18 (100)
Manifestaciones extraintestinales	10 (55,6)
Proctocolectomía electiva	9 (50)

Proctocolectomía urgente	7 (38,9)
Tipo de pouchitis	
Aguda	7 (38,9)
Crónica	11 (61,1)
Dependiente de antibióticos	5 (27,8)
Resistente a antibióticos	6 (33,3)
Tratamiento	
Metronidazol	15 (83,3)
Ciprofloxacina	11 (61,1)
Combinación (ciprofloxacina/metronidazol)	6 (33,3)
Vedolizumab	8 (44,4)
Ustekinumab	1 (5,55)

Conclusiones: La frecuencia de pouchitis crónica fue del 61.1% y en la mayoría de los casos se indicó tratamiento biológico con vedolizumab, debido a la dependencia o resistencia a los antibióticos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun259

COEXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y LA INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

J. D. Prieto-Nava, C. E. Aguirre-Aguilar, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se compone, principalmente, de la colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC); ambas se caracterizan por una inflamación crónica intestinal y un aumento de la activación inmune. La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) afecta a alrededor de 340 000 mexicanos, de acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), y también a la actividad de la inmunidad relacionada con linfocitos T CD4. La presentación concomitante es rara: se han informado menos de 200 casos en el mundo.

Objetivo: Conocer el comportamiento clínico de la EII en pacientes infectados por VIH.

Informe de casos: En la **Tabla 1** se describe a los cuatro pacientes con las características de la EII, así como el estado de la infección por VIH. Cabe destacar que el comportamiento clínico de los pacientes con CUCI ha tenido un curso benigno, ya que han respondido de manera satisfactoria al tratamiento convencional y no han requerido la modalidad biológica, además de que sus cuentas de CD4 son normales con carga viral negativa. Por otro lado, en el caso del paciente con EC, inicialmente tenía el diagnóstico de EII no clasificable y pero tras un episodio de oclusión que exigió tratamiento quirúrgico se estableció el diagnóstico de adenocarcinoma de colon y EC. En relación con su estado del VIH, se encuentra con cuentas de CD4 normales y carga viral indetectable. Esta serie incluyó a cuatro pacientes con EII e infección por VIH, dos con infección por VIH antes de la detección de EII y dos con detección posterior al diagnóstico de EII.

Discusión: El desbalance inmunológico generado por dichas anomalías puede explicar el curso atenuado de la EII en estos pacientes en el cual, en un estudio previo de 65 pacientes, se identificó mayor número de pacientes tratados sólo con aminosalicilatos y menor uso de tiopurinas, metotrexato y fármacos biológicos respecto de la población sin infección por VIH.

Conclusiones: El comportamiento clínico de la EII es benigno debido al mayor uso del tratamiento convencional para lograr la remisión, la cual podría explicarse por alteraciones del estado inmunológico en pacientes con VIH. La presentación de la EII en el contexto de una infección por VIH es rara.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características clínicas de pacientes mexicanos con EII y VIH. (Lun259)

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Edad actual	62 años	35 años	38 años	55 años
Edad Dx EII	58 años	29 años	38 años	36 años
Edad Dx VIH	59 años	32 años	22 años	27 años
Sexo	Hombre	Hombre	Hombre	Hombre
Tipo EII	CUCI E3	CUCI E3	CUCI E3	EC A3L2B2
Manifestaciones extraintestinales	No referidas	No referidas	No referidas	Eritema nodoso
Tratamiento EII	Mesalazina vía oral	Sulfasalazina Mesalazina tópica Azatioprina	Mesalazina vía oral Mesalazina tópica	Mesalazina vía oral Ustekinumab (en protocolo)
Años evolución EII	4 años	6 años	Menor a 1 año	19 años
CD4 al Dx VIH	198	23	213	No especificados
CV al Dx VIH	600.225	126.666	Desconocida	No especificada
CD4 actual	309	334	787	506
CV actual	Indetectable	Indetectable	Indetectable	Indetectable
TAR	BIC/TAF/FTC	BIC/TAF/FTC	BIC/TAF/FTC	BIC/TAF/FTC

BIC/TAF/FTC, bictegravir/tenofovir alafenamida/emtricitabina.