



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Lunes 18 de noviembre de 2024

Enfermedad inflamatoria intestinal

Lun175

IMPACTO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

D. A. García-Alonso, J. Cruz-Ramírez, N. N. Parra-Holguín, J. G. López-Gómez, T. Cortés-Espinosa, Grupo Colaborativo: Centro de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Centro Médico Nacional CMN 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: El consumo de alcohol en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal ha sido controversial. Se considera que el alcohol tiene algunos mecanismos que pueden provocar recaídas en pacientes con EII; por ejemplo, puede modificar el microbioma intestinal y causar disbiosis, lo cual facilita la inflamación intestinal y también interrumpe las barreras físicas e inmunológicas, lo que expone el sistema inmunitario a bacterias y endotoxinas y ello activa al factor de necrosis tumoral α , IL-1 e IL-6, con ulceraciones de la mucosa, daño del epitelio y formación de microabscesos de cripta, todo lo cual desencadena un brote de la enfermedad. En las publicaciones médicas actuales se reconoce una tendencia hacia los efectos nocivos del consumo de alcohol en pacientes con EII, pero se necesita más investigación para emitir recomendaciones al respecto.

Objetivo: Determinar la posible relación entre el consumo de alcohol en pacientes con colitis ulcerativa y la actividad clínica, bioquímica y endoscópica.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo para describir la correlación entre el consumo de alcohol en pacientes con colitis ulcerativa y la actividad clínica, bioquímica y endoscópica en el CMN 20 de Noviembre. Se incluyó a 40 pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE. Variables analizadas: sexo, edad, años de evolución de la enfermedad, consumo de alcohol, Mayo clínico y endoscópico, PCR y número de reingresos hospitalarios al año por EII. Los datos se analizaron para sus medias y DE, con uso de la prueba ji cuadrada para determinar posibles diferencias.

Resultados: El total de 40 pacientes se dividió en dos grupos conforme al consumo de alcohol: 55% consumía alcohol y 45% no. Hasta 63,6% de los pacientes que consumían alcohol correspondió a mujeres y el resto (36,3%) a hombres. La edad promedio de los pacientes incluidos fue de $46 \pm 17,4$. La bebida alcohólica más consumida por los pacientes fue la cerveza seguida del vino. Se identificó una vinculación entre el consumo de riesgo de alcohol y la actividad endoscópica ($p = 0,038$). En cuanto a la actividad clínica ($p = 0,34$) y bioquímica ($p = 0,11$), no se halló relación con el consumo de alcohol. Para el cálculo de los reingresos por año se consideró el número de reingresos totales en este periodo sobre el tiempo de evolución de la enfermedad en años, lo cual no se vinculó con el consumo de alcohol ($p = 0,28$).

Conclusiones: En este estudio se observó que el consumo de alcohol de riesgo (> 10 g en mujeres y > 20 g en hombres) se relaciona con actividad endoscópica en pacientes con CUCI. Este estudio tiene como limitación el tamaño de la muestra.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Lun176

PREVALENCIA DE ESTEATOSIS Y FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y USO DE TERAPIA BIOLÓGICA

M. Murillo-López, R. T. Hernández-Rodríguez, A. Lazcano-Ornelas, M. F. Rivas-Orihuela, T. Cortés-Espinosa, J. G. López-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La fibrosis y la esteatosis hepática han experimentado un aumento relacionado con la obesidad y los trastornos metabólicos. La prevalencia calculada de la enfermedad por esteatosis hepática vinculada con disfunción metabólica (MASLD, *metabolic dysfunction-associated steatotic*

liver disease) es de 25% a 30%, y 90% de ellos corresponde a obesos. En la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se calcula una prevalencia de MASLD > 54%. La EII, una afección con inflamación crónica inmunomediada, se vincula con interacción de factores genéticos y ambientales, lo que modifica la respuesta inmunitaria y la microbiota intestinal. La barrera intestinal se daña y ello altera el eje hepático-intestinal, con un hígado expuesto a productos derivados de la microbiota, lo que activa la respuesta inflamatoria y el estrés oxidativo. También intervienen otros factores como la alteración de la anatomía intestinal posquirúrgica, el estado de desnutrición y la administración de fármacos esteatogénicos y hepatotóxicos. Existen métodos invasivos y no invasivos para evaluar la esteatosis y la fibrosis hepáticas. En un estudio se incluyó a 321 pacientes con EII y se comparó el uso del *Hepatic steatosis index* (HSI) con ultrasonido (US). La escala HSI mostró una AUC de 0,74 (IC95%, 0,68-0,80) y una precisión de 0,833. La MASLD se definió con HSI > 36 puntos y un *Index for liver fibrosis* (FIB-4) > 2,67 fue indicador de fibrosis hepática avanzada. En este estudio se decidió utilizar las escalas HSI y FIB-4, las cuales usan estudios bioquímicos disponibles en la mayoría de los centros de salud. **Objetivo:** Conocer la prevalencia de fibrosis y esteatosis hepática en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal bajo tratamiento biológica en un centro de alta especialidad de la Ciudad de México.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y observacional que incluyó a 84 pacientes del CMN 20 de Noviembre durante el periodo de enero del 2023 a marzo del 2024. Criterios de inclusión: diagnóstico de EII, individuos > 18 años y disposición de estudios bioquímicos necesarios. Se recolectaron las siguientes variables: edad, género, subtipo de EII y tratamiento biológico, diabetes, índice de masa corporal, pruebas de funcionamiento hepático, colesterol total, triglicéridos, proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular, y escalas HSI y FIB-4.

Resultados: En la **Tabla 1** se observa que 61% de los pacientes sufre colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) y 39% enfermedad de Crohn (EC), con una mediana de edad de 53,9 y 52,8, respectivamente. Un número de 50 individuos carecía de esteatosis y 34 la padecían, con un OR de 36,6 de tener MASLD en

pacientes con sobrepeso u obesidad (IC 2,1-5,9), $p < 0,001$; y OR de 0,979 en pacientes con diabetes tipo 2 (IC 0,155-6,19), $p < 0,001$. El 77% de los pacientes se hallaba bajo tratamiento biológico, con mayor uso de anti-TNF- α . En el subgrupo de EC: adalimumab con 8 (24%) y 33% sin riesgo de esteatosis; certolizumab con 8 (24%) y 50% de riesgo de esteatosis; infliximab con 6 (18%) y 50% de riesgo de esteatosis y 33% de alto riesgo de fibrosis; ustekinumab con 6 (18%) y 50% de riesgo de esteatosis; vedolizumab con 1 (3%) y riesgo de esteatosis. En el subgrupo de CUCI: adalimumab con 6 (18,1%) y 66% de riesgo de esteatosis; certolizumab con 11 (33,3%) y 65% de riesgo de esteatosis; infliximab con 9 (27%) y 44% de riesgo de esteatosis; ustekinumab con 6 (18%) y 5% de riesgo de esteatosis; vedolizumab con 5 (15%) y 6% de riesgo de esteatosis. De los pacientes con riesgo elevado de fibrosis hepática, 9% con EC y 1,9% con CU, dos tenían prescripción de infliximab.

Conclusiones: El 77% de estos enfermos recibe tratamiento biológico y la mayoría tiene el subtipo CU, 42% con alto riesgo de desarrollar esteatosis hepática. Se observó que ante sobrepeso u obesidad se eleva 36,6 veces el riesgo de ocasionar esteatosis hepática, lo cual sugiere establecer una vigilancia más estrecha con estos pacientes para permitir una detección temprana y prevenir la hepatopatía crónica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun177

ALTERACIONES HEPÁTICAS ENCONTRADAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

K. M. Bastida-Guadarrama, D. B. Lorenzo-Valle, V. López-Ladrón de Guevara, J. L. De León-Rendón, E. Contreras-Avilés, F. Higuera-De-la-Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Tabla 1. Características de los subgrupos en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (n = 84). (Lun176)

		Enfermedad de Crohn, n = 33 (%)			Colitis ulcerosa crónica idiopática, n = 51 (%)		
Sexo		Mujeres 19 (57,6) Hombres 14 (42,4)			Mujeres 28 (54,9) Hombres 23 (45,1)		
Edad		52,8 ± 16,7			53,9 ± 17,6		
Estado hepático		Normal 18 (54,5):	Esteatosis 12 (36,3):	Fibrosis 3 (9):	Normal 28 (54,9):	Esteatosis 22 (43,1):	Fibrosis 1 (1,9):
Tratamiento	Tx. convencional	3 (9)	0	1 (3)	Tx. convencional	8 (24,2)	5 (15,1)
	Adalimumab	6 (18)	2 (6)	0	Adalimumab	2 (6)	4 (12,1)
	Certolizumab	4 (12)	4 (12)	0	Certolizumab	4 (12,1)	7 (21,2)
	Infliximab	1 (3)	3 (9)	2 (6)	Infliximab	5 (15,1)	4 (12,1)
	Ustekinumab	4 (12)	2 (6)	0	Ustekinumab	5 (15,1)	1 (3)
	Vedolizumab	0	1 (3)	0	Vedolizumab	4 (12,1)	1 (3)
IMC	Normal	8 (24)	2 (6)	3 (9)	Normal	22 (66,6)	1 (3)
	Bajo peso	4 (12)	0	0	Bajo peso	3 (9)	0
	Sobrepeso	6 (18)	5 (15)	0	Sobrepeso	3 (9)	12 (36,3)
	Obesidad G1	0	4 (12)	0	Obesidad G1	0	5 (15,1)
	Obesidad G2	0	1 (3)	0	Obesidad G2	0	4 (12,1)
Diabetes tipo 2	Presente	1 (3)	2 (6)	0	Presente	1 (3)	0
	Ausente	17	10	3 (9)	Ausente	0	0
Bioquímicos:		Valor (DS)			Valor (DS)		
	ALT	28,9 ± 27,4			ALT	25,8 ± 15,3	
	AST	28,9 ± 30,1			AST	25,8 ± 9,07	
	ALB	4,1 ± 0,72			ALB	4,3 ± 0,35	
	PLA	271 970 ± 92 900			PLA	299 200 ± 117 300	
	INR	1 ± 0,29			INR	0,9 ± 0,08	
	CT	164 ± 41,7			CT	181 ± 50,2	
	TG	122 ± 59			TG	123 ± 53	
	GLU	92,3 ± 13,8			GLU	100 8 ± 40,2	
	PCR	12,2 ± 18,2			PCR	9,03 ± 24,5	
	VSG	29,7 ± 17,5			VSG	23,9 ± 15,2	

IMC, índice de masa corporal; DS, desviación estándar; ALT, alanina aminotransferasa; AST, aspartato aminotransferasa; ALB, albúmina; PLA, plaquetas; INR, índice internacional normalizado; CT, colesterol total; TG, triglicéridos; GLU, glucosa; PCR, proteína C reactiva; VSG, velocidad de sedimentación glomerular.

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) engloba dos anomalías: la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU). Se ha descrito la vinculación entre estas afecciones con enfermedades hepáticas autoinmunitarias. La frecuencia de enfermedades hepáticas varía de 11% a 49% tanto en EC como en CU, pero los trastornos hepáticos autoinmunitarios se encuentran en un porcentaje menor, cercano al 1% a 8%. Es probable que, debido a ello, sus mecanismos de relación aún no se conocen por completo.

Objetivo: Notificar la frecuencia de las alteraciones hepáticas en la población de un hospital de tercer nivel.

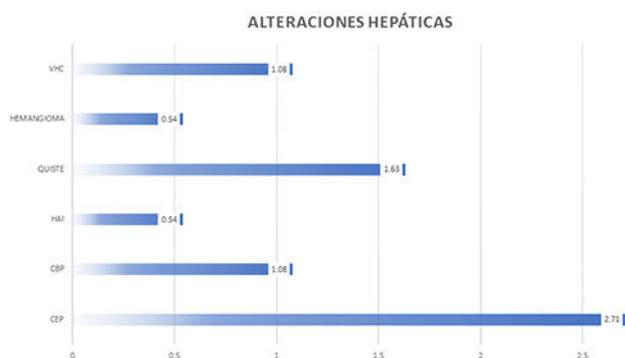
Material y métodos: Observacional, retrospectivo, descriptivo, de tipo serie de casos. Se integró a pacientes con diagnóstico de EII, incluidas sus dos variantes, EC y CU. Se realizó una búsqueda intencionada de alteraciones en el perfil bioquímico hepático, hallazgos en métodos de imagen y su correlación clínica, colangitis biliar primaria (CBP), colangitis esclerosante primaria (CEP), hepatitis autoinmunitaria (HAI), entre otras alteraciones anatómicas. Los datos cualitativos se expresaron en porcentajes y los cuantitativos en media \pm DE.

Resultados: Se incluyó a 184 pacientes, de los cuales 85 eran hombres y 99 mujeres, con media de edad de $43 \pm 14,46$ (14,67-71,33). En esta población se estudió a 22 pacientes con EC (11,97%) y 162 pacientes con CU (88,04%). Como se muestra en la **Figura 1**, se identificó a 14 pacientes (7,6%) con alguna alteración hepática informada, de las cuales 8 (4,34%) tenían enfermedades hepáticas autoinmunitarias, cinco con CEP (2,71%), dos con CBP (1,08%) y uno con HAI (0,54%). Al efectuar la búsqueda intencionada de alteraciones morfológicas hepáticas y hallazgos incidentales se reconocieron 3 (1,63%) casos de quiste hepático simple, 1 (0,54%) de hemangioma hepático y 2 (1,08%) de infecciones por el virus de la hepatitis C (VHC).

Conclusiones: De acuerdo con las publicaciones internacionales, se informó una frecuencia baja de alteraciones autoinmunitarias relacionadas con la enfermedad inflamatoria intestinal de 4,34%; sin embargo, aún no se ha establecido el mecanismo fisiopatológico de desarrollo de esta vinculación. Dentro del estudio de la población se identificaron hallazgos incidentales de variables anatómicas que no tenían repercusión clínica ni bioquímica al momento del estudio. Otro hallazgo incidental, especialmente relevante, fue la frecuencia elevada de VHC comparada con la descrita en la bibliografía internacional, lo cual debería estudiarse para confirmar la infección y, en caso necesario, realizar un abordaje diagnóstico para descartar falsos positivos y dar seguimiento a los pasos positivos; esto se debe a que, ante antecedentes de hemorragia digestiva y transfusiones frecuentes por la enfermedad de base, es imperativo descartar dicha infección.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Alteraciones hepáticas en EII. (Lun177)



Lun178

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓICA ASOCIADA A LA DISFUNCIÓN METABÓLICA, FIBROSIS AVANZADA Y CIRROSIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESINAL

G. F. Pérez-Roa, L. A. Rosales-Rentería, R. M. Miranda-Cordero, J. D. Prieto-Nava, Grupo Colaborativo: Departamento de Gastroenterología y Endoscopia, Centro Médico, Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios ISSEMyM Toluca

Introducción: La enfermedad hepática esteatósica metabólica (MASLD, *metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease*) es una comorbilidad común en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y es una causa emergente de preocupación en esta población. Un metaanálisis de Navarro *et al.* publicó una prevalencia de NAFLD (*non-alcoholic fatty liver disease*) del 24,4% (IC95%, 19,3-29,8) en EII, 20,2% (18,3-22,3) en la enfermedad de Crohn y 18,5% (16,4-20,8) en la colitis ulcerativa (CU), con una prevalencia de fibrosis del 16,7%. Algunos de los factores de riesgo infrecuentes para desarrollar MASLD y fibrosis avanzada (FA) en pacientes con EII son la esteatosis mediada por inflamación sistémica o la administración de fármacos, pero no hay evidencia que demuestre causalidad en la población latina.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de esteatosis hepática, fibrosis avanzada y cirrosis en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y factores de riesgo atípicos para MASLD y FA.

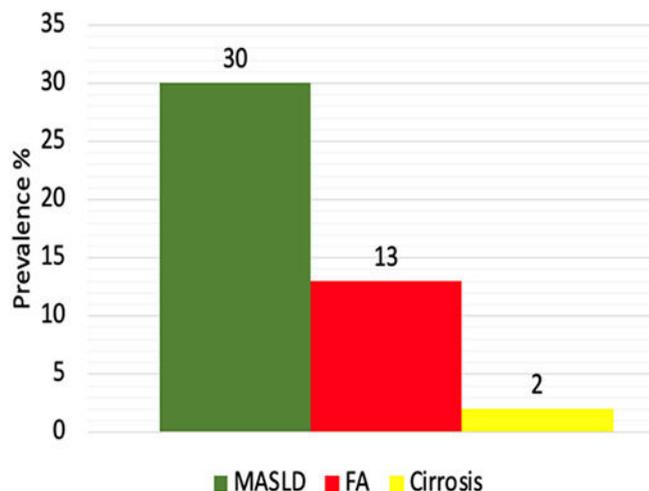
Material y métodos: Se trata de un estudio prospectivo, unicéntrico, transversal y de prevalencia que incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de EII en el periodo de marzo del 2024 al 10 de julio del 2024, evaluados de acuerdo con el fenotipo de la enfermedad, datos antropométricos, administración de fármacos convencionales y tratamiento biológico. Se realizó elastografía transitoria controlada por vibraciones (VCTE) mediante equipo FibroScan Echosens 630. Se excluyó a los pacientes con antecedente de enfermedad hepática preexistente, cirrosis hepática y hepatocarcinoma.

Resultados: De un total de 107 pacientes con EII seguidos durante el periodo descrito, 52 se sometieron a VCTE. El subtipo más frecuente de EII fue la colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) que representó el 77% de la población. El género masculino fue más prevalente en el grupo de MASLD y FA, con 64% y 62%, respectivamente, y la media de edad de cada subgrupo fue similar con 55,1 y 54,1, respectivamente. La prevalencia de pacientes con MASLD, FA y cirrosis fue de 30%, 13% y 2%, respectivamente. Para los factores vinculados con MASLD en el análisis de regresión logística, el índice cintura-cadera mostró una relación estadísticamente significativa para desarrollar MASLD (OR 1,11; IC95% 1,27-2,58; $p = 0,04$) e inversamente la presencia de CUCI, para el caso de que solo se mostrara como un factor protector para enfermedad hepática esteatósica (OR 0,23; IC95% 0,06-0,94; $p = 0,04$). Respecto de los factores relacionados con FA en el análisis univariado, la circunferencia abdominal (OR 2,3; IC95% 1,7-4,2; $p = 0,001$), el índice cintura-cadera (OR 7,9%; IC95% 5,3-10,2; $p = 0,001$), el consumo actual de anti-TNF (OR 3,7%; IC95% 1,2-4,9; $p = 0,04$) y la dependencia de corticoides (OR 9,8%; IC95% 7,3-17; $p = 0,001$) se identificaron con un momio estadísticamente significativo para desarrollar FA. Después del análisis de regresión multivariable, ajustado por peso, sexo biológico e IMC, solo el índice cintura-cadera (OR 2,3%; IC95% 1,07-3,37; $p = 0,001$) y la dependencia de corticoides (OR 3,16; IC95% 1,45-4,61; $p = 0,42$) permanecieron como variables estadísticamente significativas para FA (**Figura 1**).

Conclusiones: Este estudio es el primer protocolo clínico de su tipo en una población latinoamericana que confirma la carga epidemiológica de MASLD en la EII. Además, demuestra otros factores no cardiometabólicos comunes que intervienen en el desarrollo de MASLD y FA.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Figura 1. Prevalencia de MASLD, fibrosis avanzada (FA) y cirrosis en pacientes con EII. (Lun178)



Lun179

MANTENIMIENTO DE LA REMISIÓN CLÍNICA CON BIO-COMPARABLE ADALIMUMAB (ABP 501) A SEIS MESES DE TRATAMIENTO Y FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS

N. N. Parra-Holguín, M. M. Alamilla-Pérez, T. Cortés-Espinosa, J. G. López-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: Los fármacos biológicos han cambiado el tratamiento clínico en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) al inducir la remisión y el mantenimiento de la enfermedad, lo que previene la evolución a un daño intestinal irreversible, así como el control de las manifestaciones extraintestinales. El adalimumab (ADA), un anticuerpo monoclonal totalmente humano dirigido contra el TNF soluble y unido a la membrana, ha sido eficaz y seguro durante los últimos años en el tratamiento de la EII. Debido a su elevado costo, estas modalidades avanzadas representan una gran carga económica para los sistemas de salud. En consecuencia, es necesario contar con un fármaco biocomparable que reduzca los costos y mantenga la remisión en los pacientes con EII.

Objetivo: Evaluar el mantenimiento de la remisión clínica y bioquímica a seis meses tras realizar el cambio de tratamiento con un biocomparable de ADA, así como los efectos adversos leves presentados durante este periodo.

Material y métodos: Es un estudio de cohorte, retrospectivo y observacional en el que se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de EII que se encontraban en tratamiento con ADA original y con cambio a su biocomparable ABP 501 por razones no médicas en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE; se evaluó el mantenimiento de la remisión clínica, bioquímica y la frecuencia de efectos adversos a los seis meses del cambio terapéutico.

Resultados: Se incluyó a un total de 16 pacientes con diagnóstico confirmado de EII, de los cuales 10 (62,5%) tenían diagnóstico de colitis ulcerosa crónica idiopática y 6 (37,5%) de enfermedad de Crohn; 9 (56,3%) eran hombres y 7 (43,8%) mujeres, con una edad promedio de 56 (34-45) años. Todos los pacientes se encontraban en remisión clínica y bioquímica al momento de iniciar con el cambio al compuesto biocomparable y tenían un tiempo de administración de ADA de 8 (2-15) años. A los seis meses de permanecer con el tratamiento biosimilar, todos los pacientes mantuvieron remisión clínica, pero 3 (18,3%) mostraron actividad bioquímica. En cuanto a los efectos adversos, 10 (62,5%) pacientes experimentaron algunos efectos, los más frecuentes de los cuales fueron eritema en el sitio de aplicación (43,8%), dolor 5 (31,3%), inflamación 4 (25,0%) y cefalea 3 (18,3%). Ningún paciente tuvo efectos adversos graves.

Conclusiones: El ADA biosimilar logró mantener la respuesta clínica en todos los pacientes que se encontraban bajo tratamiento con ADA; solo el 18,3% desarrolló actividad bioquímica, pero la frecuencia de efectos adversos fue superior a la registrada en otras poblaciones (62,5% vs. 36,3%).

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun180

TERAPIA AVANZADA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

D. A. García-Alonso, M. A. Rocha-Ramos, N. N. Parra-Holguín, J. G. López-Gómez, T. Cortés-Espinosa, Grupo Colaborativo: Centro de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Centro Médico Nacional CMN 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye a la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU), que son afecciones crónicas que se caracterizan por brotes que interrumpen la remisión y afectan la calidad de vida de los pacientes. La calidad de vida relacionada con la salud se define como "bienestar al realizar actividades de la vida diaria y la satisfacción con los niveles de funcionamiento y control de la enfermedad". El cuestionario *Inflammatory bowel disease questionnaire* 32 (IBDQ-32) consta de 32 preguntas, ya validadas al español, que sirven como instrumento de medición de la calidad de vida en pacientes con EII. Se clasifican según sea la puntuación: 160 a 224 puntos para la alta calidad de vida, 96 a 159 puntos para la moderada y 32 y 95 puntos para la baja. Actualmente existen múltiples tratamientos biológicos y moléculas pequeñas para lograr remisión de la EII y por tanto influir en la calidad de vida, algo que debe considerarse para tomar decisiones.

Objetivo: Comparar la calidad de vida de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal que reciben tratamiento avanzado.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal para comparar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, de acuerdo con el tratamiento avanzado mediante el cuestionario IBDQ-32, realizado en el CMN 20 de Noviembre del ISSSTE.

Resultados: Se incluyó a 36 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, de los cuales 27 (75%) tenían diagnóstico de CUCI y 9 (25%) de EC. El 77,8% correspondió a mujeres y el 22,2% a hombres. La edad promedio fue de 42 ± 15 años. Todos se hallaban bajo tratamiento biológico o con moléculas pequeñas desde al menos seis meses antes. Los fármacos analizados fueron: infliximab (10), ustekinumab (8), vedolizumab (6), certolizumab (5), adalimumab (5), tofacitinib (1) y upadacitinib (1). En cuanto a la percepción de la calidad de vida, 22 (61,1%) pacientes tuvieron una percepción alta, 12 (33,3%) media y 2 (5,6%) baja. Al comparar los resultados en relación con el tratamiento biológico, se advirtió que no hay una diferencia significativa entre los tratamientos biológicos (Kruskal-Wallis, $p = 0,607$). Los dos pacientes con calidad de vida percibida como baja se explican por síntomas digestivos.

Conclusiones: Estos hallazgos ayudan a concluir la necesidad de realizar el cuestionario IBDQ-32 a los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal para determinar su calidad de vida y tomar medidas en cuanto al cambio de tratamiento avanzado o posible necesidad de instituir apoyo multidisciplinario. No se identificó una diferencia entre la percepción de la calidad de vida entre los pacientes al comparar de acuerdo con el tratamiento biológico recibido.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Lun181

PREVALENCIA DE QUANTIFERON POSITIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ELEGIBLES PARA TERAPIA BIOLÓGICA: ANÁLISIS CLÍNICO Y DEMOGRÁFICO

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

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), cuando se atiende con tratamientos biológicos, incrementa el riesgo de infecciones, como la tuberculosis (TB). El QuantiFERON-TB Gold (QFT) es una herramienta diagnóstica empleada para reconocer tuberculosis latente (TL) en pacientes inmunosuprimidos. Evaluar la prevalencia del QFT positivo en pacientes con EII elegibles para tratamientos biológicos es de suma importancia. Comprender la prevalencia de TB latente en esta población ayudará a instituir mejores estrategias preventivas y terapéuticas.

Objetivo: Evaluar la positividad del QFT en pacientes con EII y los desafíos clínicos en la atención anterior a la administración de tratamientos biológicos.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal y relacional en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga con 67 pacientes diagnosticados con EII y elegibles para la administración de tratamientos biológicos. Se obtuvieron las características clínicas y demográficas de cada paciente, incluidos los resultados del QuantiFERON-TB Gold (QFT). Todos los pacientes fueron objeto de baciloscopia, cultivo y PCR para tuberculosis. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de tendencia central (media y desviación estándar) para variables continuas y frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Se efectuaron comparaciones entre grupos mediante las pruebas t de Student para variables continuas y ji cuadrada para las categóricas. El análisis se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 29.

Resultados: De los 67 pacientes con EII incluidos en el estudio, el 26,86% resultó positivo para QuantiFERON. Se identificaron diferencias significativas en la edad al diagnóstico ($45 \pm 16,59$ años en positivos vs. $35,16 \pm 14,64$ años en negativos, $p < 0,05$) y en el tiempo con la enfermedad ($12 \pm 0,73$ meses en positivos vs. $36 \pm 0,64$ meses en negativos, $p < 0,05$). Además, se observó una mayor prevalencia de artralgias en los pacientes positivos (61,1% vs. 38,8%, $p < 0,05$). No se identificaron diferencias significativas en el género, edad, tipo de diagnóstico (CUCI vs. EC) ni en el curso clínico de la enfermedad entre los grupos. A todos los pacientes se les realizaron baciloscopia, cultivo y PCR para tuberculosis, con resultados negativos. Los pacientes que iniciaron tratamientos avanzados recibieron medidas profilácticas antifímicas.

Conclusiones: Este estudio registró una prevalencia del 26,86% de QuantiFERON positivo en pacientes con EI. Los resultados proporcionan datos cruciales sobre las características demográficas y clínicas de esta población, y en particular resaltó la importancia de la detección de la tuberculosis latente y la implementación de profilaxis antifúngica antes de iniciar tratamientos biológicos. Estas medidas son fundamentales para prevenir la reactivación de la TB y mejorar la atención clínica de los pacientes con EI.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Lun182

EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD EN MÉXICO: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN PERIODO DE 10 AÑOS

R. T. Hernández-Rodríguez, M. Murillo-López, J. I. Hernández-Honorato, J. G. López-Gómez, M. V. Ramos-Gómez, T. Cortés-Espinosa, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Introducción: En América Latina, la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), que conforman la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), tenían una prevalencia de 15,65 a 71,19 por 100 000 habitantes y 15,45 a 18,08 por 100 000 habitantes, respectivamente, en los años

2015 y 2016, con una incidencia de 1,45 por 100 000 habitantes en la EC y 0,34 por 100 000 habitantes en la CUCI. La relación hombre:mujer en la CUCI es de 1:1,5 y en la EC de 1:1,28, con una tasa de recaída de 63,3% y 72,5% para CUCI y EC, respectivamente.

Objetivo: Conocer las características epidemiológicas en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en un centro médico de alta especialidad en la Ciudad de México.

Material y métodos: La población del estudio incluyó a 145 pacientes con EI del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, en el periodo comprendido entre enero de 2013 y marzo de 2024. Tipo de estudio: descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional. En la ficha electrónica de recolección de datos se registraron las siguientes variables: género, edad, comorbilidades, tratamiento médico y quirúrgico para la EI, distribución anatómica (clasificación de Montreal) y escala de Mayo (para la EC se emplearon adicionalmente CDAI y la escala de Rutgeerts).

Resultados: En la Tabla 1 se muestran las características de la población; 93 pacientes (64,1%) tenían CUCI y 52 (35,8%) EC. La media de edad al diagnóstico fue de 52 años. En la CUCI, 44 (47,3%) eran hombres y 49 (52,7%) mujeres. La actividad al diagnóstico predominante fue de Mayo 2 (34,4%) y después del tratamiento de Mayo 0 (21,5%), Mayo 1 (31,2%), Mayo 2 (17,2%) y Mayo 3 (17,2%). Los fármacos empleados desde el diagnóstico fueron la mesalazina en 21 (22,6%), infliximab en 20 (44,4%), adalimumab en 8 (19,8%), certolizumab en 5 (14,3%), ustekinumab en 3 (8,8%) y vedolizumab en 1 (3,3%), con necesidad de cambiar a otra modalidad en el transcurso de 11 años en 35 (37,6%). Comorbilidades relacionadas: diabetes tipo 2 (DT 2) en 4 (4,3%), hipertensión arterial sistémica (HAS) en 5 (5,4%), DT 2+ HAS en 4 (3,2%), colangitis

Tabla 1. (Lun182)

	Enfermedad de Crohn, n = 52 (%)				Colitis ulcerosa crónica idiopática, n = 93 (%)		
Pacientes atendidos	Mujeres: 31 (59,6)	Hombres: 21 (40,4)			Mujeres: 49 (52,7)	Hombres: 44 (47,3)	
Pacientes hospitalizados	Mujeres: 6 (11,5)	Hombres: 8 (15,3)			Mujeres: 10 (10,7)	Hombres: 3 (13,9)	
Defunciones	Mujeres: 2 (3,8)	Hombres: 1 (1,9)			Mujeres: 1 (1)	Hombres: 1 (1)	
Actividad de la enfermedad	CDAI leve	Inicial	Final		Mayo 0	Inicial	Final
		34 (65,4)	27 (75)			15 (16,1)	20 (21,5)
	CDAI moderado	14 (26,9)	8 (22,2)		Mayo 1	17 (18,3)	29 (31,2)
		CDAI grave	4 (7,7)	1 (2,8)		Mayo 2	32 (34,4)
					Mayo 3	29 (31,2)	16 (17,2)
Localización endoscópica	A: M. edad	1: 5 (9,6)	2: 16 (30,8)	3: 31 (59,6)		Proctitis	28 (30,1)
	L: M. localización	1: 19 (36,5)	2: 22 (42,3)	3: 11 (21,2)		Colitis izquierda	12 (12,9)
	B: M. comportamiento	1: 17 (32,7)	2: 24 (46,2)	3: 7 (13,5)	4: 4 (7,7)	Colitis extensa	53 (57)
Tratamiento	Mesalazina	13 (25)			Mesalazina	21 (22,6)	
	Infliximab	10 (19,2)			Infliximab	20 (44,4)	
	Ustekinumab	2 (3,8)			Ustekinumab	3 (8,8)	
	Adalimumab	7 (13,5)			Adalimumab	8 (19,8)	
	Vedolizumab	2 (3,8)			Vedolizumab	1 (3,3)	
	Certolizumab	5 (9,6)			Certolizumab	5 (14,3)	
	Cambio doble	8 (15,4)			Cambio doble	27 (29)	
	Cambio triple	5 (9,6)			Cambio triple	8 (8,6)	
Comorbilidades	DT 2	3 (5,8)			DT 2	4 (4,3)	
	HAS	2 (7,7)			HAS	5 (5,4)	
	DT 2+ HAS	2 (3,8)			DT 2 + HAS	4 (3,2)	
	CEP	1 (1,9)			CEP	4 (8,6)	
	Otras	9 (17,3)			Otras	16 (17,2)	
Cáncer	Presente	3 (5,8)			Presente	10 (1,8)	
Intervención quirúrgica	Presente	16 (30,8)			Presente	17 (18,3)	
Posintervención quirúrgica	Rutgeerts	i0: 6 (37,5)			Pouchitis	6 (35,3)	
		i1: 3 (18,8)					
		i2: 1 (6,3)					
		i3: 1 (6,3)					
		i4: 5 (31,3)					

CDAI, índice clínico de actividad de la enfermedad de Crohn; CEP, colangitis esclerosante primaria; DT2, diabetes tipo 2; HAS, hipertensión arterial sistémica; M, Montreal.

esclerosante primaria (CEP) en 4 (8,6%) y otras en 16 (17,2%). Se identificó cáncer en 10 (10,8%). Los pacientes intervenidos quirúrgicamente fueron 17 (18,3%), con persistencia de pouchitis en 6 (35,3%). La incidencia acumulada (IA) de hospitalizaciones fue de 24,7% y la mortalidad de 5 (2,1%), dos por causa externa a la EI. En la EC, 21 (40,4%) fueron hombres y 31 (59,6%) mujeres. La actividad al diagnóstico predominante fue CDAI leve (65,4%), después del tratamiento CDAI leve (75%), moderada (22,2%) y grave (2,8%). El tratamiento empleado fue mesalazina en 13 (25%), infliximab en 10 (19,2%), adalimumab en 7 (13,5%), certolizumab en 5 (9,6%), ustekinumab en 2 (3,8%) y vedolizumab en 2 (3,8%), con cambio de modalidad en 13 (25%). Comorbilidades relacionadas: DT 2 en 3 (5,8%), HAS en 2 (7,7%), DT 2 + HAS en 2 (3,8%), CEP en 1 (1,9%), otras en 9 (17,3%) y existencia de cáncer en 3 (5,8%). Los individuos intervenidos quirúrgicamente fueron 16 (30,8%), con calificaciones de Rutgeerts i0: 6 (37,5%), i1: 3 (18,8%), i2: 1 (6,3%), i3: 1 (6,3%), i4: 5 (31,3%); IA de la EC de 26,2% para hospitalizaciones y defunción de 5,7%, uno caso por causa externa a la EI. Las hospitalizaciones fueron mayores en la CUCI y en mayores de 60 años (en las hospitalizaciones predominó la escala Montreal E3); en la EC, las características de pacientes hospitalizados se calificaron con Montreal A3 en 12 (52%), L2 en 22 (95%) y B2 en 8 (34%).

Conclusiones: Conocer las características epidemiológicas permitirá la vigilancia a largo plazo de la EI, lo cual posibilitará un mejor tratamiento local de la enfermedad. En esta población se identificó un control de la enfermedad en seguimiento, con predominio del sexo femenino y mayor hospitalización en personas mayores de 60 años; dicha información permite acercarse a futuras tendencias para atender las necesidades de la población.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun183

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL COMO CAUSA DE DEPRESIÓN: IMPORTANCIA EN EL MANEJO MULTIDISCIPLINARIO

S. M. Narváez-Chávez, R. S. Vélez-Ramírez, D. A. García-Alonso, Y. J. Cruz-Ramírez, T. Cortés-Espinosa, M. V. Ramos-Gómez, J. G. López-Gómez, N. N. Parra-Holguín, R. T. Hernández-Rodríguez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EI), que incluye a la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, es una enfermedad crónica, recurrente, de curso variable y en ocasiones grave. La EI suele diagnosticarse en la edad adulta temprana y puede provocar una atenuación sustancial de la calidad de vida. La frecuencia de depresión en la EI puede alcanzar el 60%. No reconocer la depresión puede retrasar el tratamiento e influir negativamente en la calidad de vida. La escala de calificación de la depresión de Montgomery-Asberg tiene buena sensibilidad y especificidad diagnóstica para evaluar la depresión. Entre sus ventajas se encuentran la posibilidad de evaluar de forma dirigida la ideación suicida y los trastornos del sueño y su aplicación por el médico en el consultorio.

Objetivo: Determinar la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre mediante la escala de Montgomery-Asberg (MADRS) e identificación de la enfermedad como causa de la depresión.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo realizado en pacientes con EI. Se entrevistó a 25 pacientes mediante muestreo consecutivo. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de EI confirmado. Con la aplicación de la escala MADRS se definió la actividad bioquímica de acuerdo con los valores de la proteína C reactiva y la actividad clínica con escala de Mayo en pacientes con colitis ulcerativa e índice de Harvey-Bradshaw en pacientes con enfermedad de Crohn. Se analizaron los datos con estadística descriptiva y se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y medias y desviaciones estándar para las variables continuas mediante el programa SPSS v26. Se utilizaron pruebas de relación como ji cuadrada y t de Student según correspondiera. Todos los pacientes proporcionaron su consentimiento y, en aquellos que tuvieron algún grado de depresión, se canalizaron al servicio de psiquiatría.

Resultados: Se incluyó a un total de 25 pacientes, de los cuales 19 tenían colitis ulcerosa (76%) y seis enfermedad de Crohn (24%). El 60% de los pacientes mostró síntomas de depresión (15/25) y el 28% (7/25) señaló ideación suicida. Los pacientes con síntomas de depresión fueron en su mayoría mujeres (12/15, 80%). Ante síntomas de depresión, el 40% (6/15) se atribuyó a la

EI; el resto identificó otros factores psicosociales como precipitante. No se reconoció una vinculación entre el grado de actividad clínica de la enfermedad y la presencia de síntomas depresivos; sin embargo, todos los pacientes con actividad bioquímica (4/25) tenían síntomas de depresión (Tabla 1). Se identificó una prevalencia elevada de depresión en pacientes con EI, similar a la notificada en otros estudios. En México se validó la escala *Hospital anxiety and depression scale* autoadministrada para la búsqueda de síntomas depresivos en la EI; sin embargo, no cuenta con reactivos específicos para la identificación de ideación suicida, registrada alta en este estudio. Estas alteraciones de la salud psicológica deben identificarse y, si están presentes, considerarse como un objetivo terapéutico dentro del tratamiento multidisciplinario de los pacientes con EI.

Conclusiones: La prevalencia de depresión en los pacientes con EI fue del 60% en esta población. El 28% de los pacientes registró ideación suicida. La ideación suicida es un indicador de depresión grave que requiere intervención inmediata, por lo que la valoración mediante MADRS en consultorio es útil para la referencia temprana de estos pacientes. Se requieren más estudios para confirmar la prevalencia de ideación suicida en pacientes con EI.

Financiamiento: No se dispuso de ningún financiamiento.

Tabla 1. Características de la población. (Lun183)

	Con depresión (15)	Sin depresión (10)	p
Edad, años X (DE)	41 (16)	52 (19)	0,653
Sexo, mujer f (%)	12 (80)	3 (30)	0,034
Diagnóstico			0,465
Crohn f (%)	4 (66,6)	2 (33,3)	
CUCI f (%)	11 (57,9)	8 (42,1)	
Tiempo de evolución, años X (DE)	9,47 (6,9)	9,90 (5,3)	0,868
Tratamiento biológico (%)	11 (61,1)	7 (38,9)	0,999
5 ASA	3	4	
Infliximab	3	5	
Ustekinumab	5	2	
Vedolizumab	3	0	
Adalimumab	1	0	
Certolizumab	1	1	
Tofacitinib	2	0	
Alteraciones del sueño f (%)	15 (78,9)	4 (21,1)	0,001
Actividad clínica (%)			0,28
Remisión	8 (50)	8 (50)	
Actividad leve	4	2	
Actividad moderada	0	0	
Actividad grave	3	0	
Actividad bioquímica (%)	4 (100)	0 (0)	0,125
Proteína C reactiva (PCR)			
Depresión relacionada con actividad de la EI f (%)	6 (40)	-	
Ideación suicida f (%)	7 (100)	0 (0)	0,021

X, media; DE, desviación estándar; f, frecuencia; CUCI, colitis ulcerosa; EI, enfermedad inflamatoria intestinal.

Lun184

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

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

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EI) abarca un grupo de trastornos crónicos y recurrentes caracterizados por diarrea crónica con sangre y moco, los cuales modifican en grado significativo la salud de los pacientes

y los recursos del sistema de salud. Las principales formas de EII son la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), ambas con una prevalencia en aumento mundial. En México, la CUCI es más común que la EC, y afecta sobre todo a los jóvenes y deteriora su calidad de vida y sus actividades diarias. Comprender la epidemiología de estas enfermedades es esencial para optimizar los tratamientos y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Objetivo: Analizar y describir los aspectos médico-quirúrgicos de los pacientes con EII atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal (CEII) del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga (HGMEI).

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo en el que se incluyó a 204 pacientes con EII atendidos en la CEII-HGMEI entre marzo de 2023 y junio de 2024. Se recopilaron datos clínicos y demográficos detallados, que incluyeron edad, edad al momento del diagnóstico, extensión de la enfermedad, curso clínico, tratamiento médico-quirúrgico, hospitalizaciones y manifestaciones extraintestinales. Para el análisis de los datos se utilizaron técnicas de estadística descriptiva, tales como frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión para las variables continuas. El análisis estadístico se efectuó con el programa SPSS versión 29.

Resultados: De los 204 pacientes con EII, 159 se diagnosticaron con CUCI y 45 con EC. Se observó un predominio del sexo femenino, que representó el 55,4% de los casos. La edad media de los pacientes fue de 44,17 años y fue menor en los casos de CUCI (42,62 años) en comparación con los de EC (49,64 años). La clasificación de Montreal reveló un predominio de pancolitis en pacientes con CUCI (51%), mientras que en la EC se observaron diversas localizaciones (L1-L4). El tratamiento convencional fue más común entre los pacientes con CUCI (88%), en tanto que los tratamientos biológicos se utilizaron con mayor frecuencia en los pacientes con EC (64,4%). La intervención quirúrgica fue necesaria en el 20,5% de los sujetos y fue más frecuente en la EC (35,6%). Las manifestaciones extraintestinales se reconocieron en el 29,4% de los pacientes y fueron más prevalentes en aquellos con EC (42,2%).

Conclusiones: Este estudio proporciona una visión integral del tratamiento y las características de los pacientes con EII en la CEII-HGMEI. La distribución demográfica, la gravedad de la enfermedad, el tipo de tratamiento recibido y las complicaciones destacan las diferencias significativas entre CUCI y EC. Estos hallazgos son esenciales para mejorar el control clínico de la EII y desarrollar estrategias terapéuticas personalizadas que puedan aplicarse en la práctica clínica diaria y en la formulación de políticas de salud pública.

Financiamiento: Sin ningún tipo de financiamiento.

Lun185

RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, IMPACTO CLÍNICO Y SOCIOECONÓMICO

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

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, tiene síntomas clínicos inespecíficos, como dolor abdominal, diarrea y sangrado rectal, lo que dificulta su diagnóstico. Este retraso puede agravar la enfermedad y reducir la calidad de vida del paciente. Los factores como la similitud de los síntomas con otras afecciones, la variabilidad de la gravedad de los síntomas, y la falta de experiencia de los profesionales de la salud contribuyen a este problema. Además, los factores demográficos y socioeconómicos, como el acceso limitado a la atención médica especializada y las disparidades en el sistema de salud, agudizan el retraso del diagnóstico. La falta de concientización y educación sobre la EII también juega un papel importante en los diagnósticos tardíos.

Objetivo: Analizar, identificar y describir los factores demográficos y clínicos que retrasan el diagnóstico en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal (CEII) del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga (HGMEI).

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo con 86 pacientes de EII que evaluó los factores demográficos y el tiempo desde el inicio de síntomas hasta el diagnóstico. Se registraron diagnósticos erróneos previos y se analizaron los costos directos e indirectos del tratamiento. Los datos se analizaron con estadísticas descriptivas para entender el efecto del retraso diagnóstico en la calidad de vida y la economía de los pacientes.

Resultados: Se estudió a 86 pacientes: 38,4% hombres y 61,6% mujeres. Se diagnosticó al 34,9% con EC y al 65,1% con CUCI (la edad promedio al diagnóstico fue de 46,68 años). La duración media de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 7,25 años; el 57% se diagnosticó en menos de un año. Los diagnósticos erróneos afectaron al 73,3%, incluidos el síndrome de intestino irritable (19,8%), la gastroenteritis (16,3%) y la gastritis (14%). El 53,5% refirió pérdida de empleo; los costos directos oscilaron entre 10 125 y 65 750 pesos y los indirectos entre 475 y 5 000 pesos.

Conclusiones: El retraso del diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal en México es considerable, en particular debido a la falta de experiencia médica, las similitudes de síntomas con otras enfermedades y las barreras socioeconómicas. Este retraso conlleva diagnósticos erróneos frecuentes y un efecto negativo significativo en la calidad de vida y economía de los pacientes. Se subraya la urgencia de mejorar el acceso a la atención especializada y la educación sobre la EII, tanto para profesionales de la salud como para la población general.

Financiamiento: Sin ningún tipo de financiamiento.

Lun186

PREVALENCIA DE CÁNCER EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: COHORTE RETROSPECTIVA DE 10 AÑOS EN EL CMN "20 DE NOVIEMBRE"

M. Murillo-López, R. T. Hernández-Rodríguez, A. Lazcano-Ornelas, M. F. Rivas-Orihuela, J. G. López-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un padecimiento crónico en el que se han relacionado diversas neoplasias debido al proceso inflamatorio. Entre las neoplasias más frecuentes figuran el cáncer colorrectal (CCR), el adenocarcinoma del intestino delgado, el linfoma intestinal y el cáncer anal. Entre las neoplasias extraintestinales deben mencionarse el colangiocarcinoma, el cáncer de piel, las neoplasias hematológicas, el cáncer genitourinario, el cervicouterino y el prostático; estas malformaciones, junto con la fisiopatología de la EII, se vinculan al parecer con tratamientos inmunosupresores. La EII es una afección fluctuante; durante los periodos de actividad aumentan más los mediadores proinflamatorios, lo que genera mayor estrés oxidativo y citocinas y se favorecen diversas vías de mutagénesis del DNA, angiogénesis y migración celular, lo cual acelera el proceso de carcinogénesis y alteración de genes reguladores del ciclo celular; todo ello da lugar a un proceso neoplásico. Esto podría provocar alteraciones celulares causantes de neoplasias. Hoy en día, con el aumento de la prevalencia y la sobriedad de EII, se han incrementado las comorbilidades, entre ellas el riesgo de neoplasias. Una de las neoplasias malignas más comunes en pacientes con EII es el CCR; se ha calculado un riesgo de CCR del 1%, 2% y 5% después de 10, 20 y > 20 años desde el diagnóstico inicial de EII, respectivamente. Además de la duración de la EII y la extensión de la enfermedad del colon, existen factores de riesgo adicionales que elevan el riesgo de CCR entre los pacientes con EII. Esto incluye inflamación acumulada (calculada al sumar la gravedad de la enfermedad endoscópica en cada endoscopia de vigilancia), la colangitis esclerosante primaria (CEP) concomitante, los antecedentes familiares de CCR, entre otros.

Objetivo: Conocer la prevalencia y el riesgo relativo de cáncer en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, con una cohorte retrospectiva de 10 años en un centro de alta especialidad en la Ciudad de México.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a 145 pacientes del CMN 20 de Noviembre mayores de 18 años de edad con diagnóstico clínico, endoscópico e histopatológico de EII. Variables: edad, género, subtipo de EII, fecha de diagnóstico y tratamiento de EII, fecha diagnóstica y tipo de cáncer.

Resultados: Hasta 64,1% tenía colitis ulcerativa (CU) y 35,8% enfermedad de Crohn (EC), con una mediana de edad de 52 años. Solo 12 (8,4%) contaban con diagnóstico de cáncer: colon (2), gástrico (1), renal (2), mama (2), cervicouterino (1), basocelular (2), astrocitoma (1), melanoma y pulmón (1)). Se presentó cáncer en 5,8% y 15,6% de los pacientes con EC y CU, respectivamente; en la **Figura 1** se observa que un paciente tenía astrocitoma antes del inicio del tratamiento y diagnóstico de EII, mientras que los demás pacientes desarrollaron cáncer posterior al diagnóstico de EII, con una media al diagnóstico de 8,9 años. En la **Figura 2** se muestra la relación del tratamiento biológico con el tipo de cáncer. De los pacientes con tratamiento convencional,

15,6% desarrolló alguna neoplasia; entre los enfermos con la modalidad biológica, en 8,3% se identificó alguna neoplasia, RR de 0,4 de cáncer y tratamiento biológico (IC 0,85-7,4; p = 0,08).

Conclusiones: No se halló relación entre el número de casos de cáncer y el tratamiento convencional o el biológico. Si bien antes del inicio del tratamiento solo había un caso de cáncer, después de este se identificaron 11 casos aislados de cáncer en estos pacientes, con mayor incidencia en CU pero no significativa. Se requiere mayor seguimiento y tomar en cuenta factores de riesgo externos para vincular las neoplasias en estos pacientes.

Financiamiento: No se utilizó ningún financiamiento para este estudio.

Figura 1. Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y cáncer: tiempo de diagnóstico de cáncer en la EII. (Lun186)

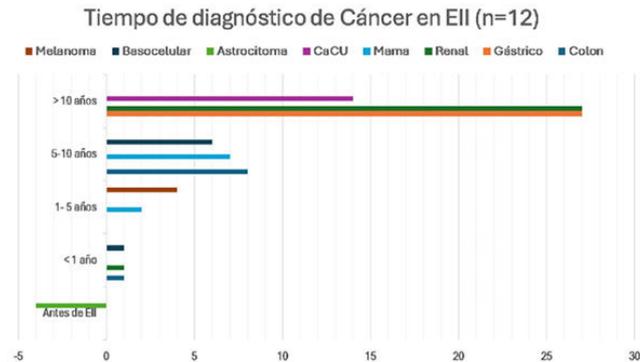
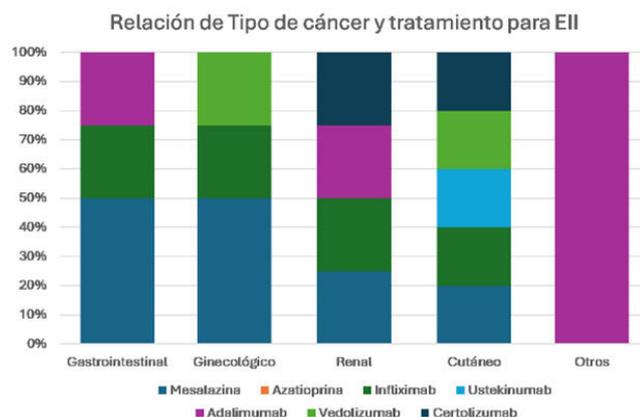


Figura 2. Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y cáncer: relación del tipo de cáncer y tratamiento en la EII. (Lun186)



Lun187

DIAGNÓSTICO DE CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA INESPECÍFICA: ESTUDIO OBSERVACIONAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

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

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias malignas más comunes y una causa significativa de mortalidad mundial. La colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI) se acompaña de un mayor riesgo de desarrollar CCR. La incidencia de CCR en pacientes con CUCI oscila entre 2% y 5%, con una prevalencia que aumenta con la duración y la extensión de la enfermedad.

Objetivo: Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes con CUCI que desarrollaron CCR durante su seguimiento en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, entre marzo de 2023 y junio de 2024.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo y observacional en la CEII-HGMEL desde marzo de 2023 hasta junio de 2024. Durante este periodo se incluyó a 159 pacientes con diagnóstico de CUCI. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con diagnóstico confirmado de CUCI mediante criterios clínicos, endoscópicos e histopatológicos, y que desarrollaron CCR durante el seguimiento. Los datos se recopilaron a partir de los expedientes clínicos. Las variables analizadas incluyeron datos demográficos como género y edad, así como datos clínicos, como el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de CUCI hasta el diagnóstico de CCR, la clasificación de Montreal para CUCI, las manifestaciones extraintestinales, el fenotipo intestinal del CCR, la localización del CCR y el estadio clínico del CCR. El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS versión 29. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables categóricas en frecuencias y porcentajes, y las variables continuas como medias y desviaciones estándar (DE).

Resultados: Entre marzo de 2023 y junio de 2024 se atendió a 159 pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, de los cuales 6 (3,8%) pacientes desarrollaron cáncer colorrectal (CCR). De los seis pacientes con CCR, 3 (50%) eran hombres y 3 (50%) mujeres. La edad promedio de los pacientes fue de 49,50 años (DE ± 6,65), con un intervalo de edad de 43 a 61 años. El tiempo promedio transcurrido desde el diagnóstico de CUCI hasta el diagnóstico de CCR fue de seis años, con límites de tres a 12 años. Según la clasificación de Montreal para CUCI, 1 (16,7%) paciente presentó extensión limitada al recto (E1), 2 (33,3%) tenían extensión hasta el colon izquierdo (E2), y 3 (50%) pancolitis (E3). En cuanto a las manifestaciones extraintestinales, 5 (83,3%) pacientes no mostraron manifestaciones extraintestinales significativas, mientras que 1 (16,6%) desarrolló colangitis esclerosante primaria (CEP). El fenotipo intestinal mostró que 5 (83%) pacientes tenían adenocarcinoma y 1 (17%) carcinoma mucinoso. La localización del CCR fue el colon izquierdo en 2 (33,5%) pacientes y el recto en 4 (66,5%). En términos del estadio clínico al momento del diagnóstico de CCR, 4 (66,5%) se encontraban en estadio III y 2 (33,5%) en el IV. Las características demográficas y clínicas de los pacientes con CUCI y CCR se resumen en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con CUCI y CCR. (Lun187)

Variable	Pacientes (n = 6)
Género, n (%)	
Masculino	3 (50,0)
Femenino	3 (50,0)
Edad (X ± DE)	49,50 ± 6,65
Intervalo de edad (mín-máx)	(43 - 61)
Años transcurridos desde el diagnóstico de la CUCI hasta el diagnóstico de CCR, años	6,0
Intervalo de años (mín-máx)	(3 - 12)
Clasificación de Montreal CUCI, n (%)	
E1	1 (16,7)
E2	2 (33,3)
E3	3 (50,0)
Manifestaciones extraintestinales, n (%)	
Sin MEIS	5 (83,3)
CEP	1 (16,6)
Fenotipo intestinal, n (%)	
Adenocarcinoma	5 (83,0)
Carcinoma mucinoso	1 (17,0)
Localización, n (%)	
Colon izquierdo	2 (33,5)
Recto	4 (66,5)
Estadio clínico, n (%)	
III	4 (66,5)
IV	2 (33,5)

CUCI, colitis ulcerosa crónica idiopática; CCR, cáncer colorrectal; X ± DE, media ± desviación estándar; MEIS, manifestaciones extraintestinales; CEP, colangitis esclerosante primaria.

Conclusiones: En este estudio se observó que el 3,8% de los pacientes con CUCI desarrolló CCR, lo cual resalta la importancia de la vigilancia estrecha en esta población. La elevada frecuencia de diagnósticos en estadios avanzados subraya la necesidad de mejorar las estrategias de detección temprana y vigilancia continua. Implementar protocolos de seguimiento rigurosos y personalizados es esencial para reducir la mortalidad relacionada con el CCR.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Lun188

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN UNA SERIE DE CASOS DE COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA E INFECCIÓN POR VIH EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Y. Sánchez-Sánchez, A. Vela-Torres, J. A. Villanueva-Herrero, L. Ortiz-Pacheco, F. Higuera-De-la-Tijera, J. L. Pérez-Hernández, L. V. Cupil-Escobedo, J. L. De León-Rendón, Grupo Colaborativo: Servicio de Gastroenterología y Hepatología y Servicio de Coloproctología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El VIH afecta negativamente al sistema inmunológico al dirigirse a las células T, en especial a las CD4. Durante la infección primaria por VIH, más del 50% de las células CD4 se agotan en los tejidos linfoides relacionados con el intestino, lo que destaca la importancia del compartimiento mucoso en la patogenia. Por otro lado, la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), como la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), se caracterizan por una inflamación crónica de la mucosa intestinal y una activación inmunológica. La CUCI se vincula con una respuesta inmunitaria de células Th2/células T (NK), mientras que la EC se distingue por una reacción inmunitaria de células Th1/Th17. Estas dos enfermedades representan extremos de un espectro, con la EII relacionada con un exceso de actividad inmunológica y el VIH con una disminución de la actividad inmunológica. La intersección de estas dos enfermedades es todavía poco clara y rara. Los estudios previos sugirieron que la infección concomitante por VIH podría atenuar el curso clínico de la EII, con base en la hipótesis de la disminución de los recuentos de CD4. Sin embargo, es posible que diversos factores confusos llevaran a conclusiones erróneas y datos inconsistentes.

Objetivo: Evaluar las características clínicas de pacientes con CUCI e infección por VIH atendidos en un hospital de tercer nivel en México.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se presentan los datos más relevantes de tres pacientes con CUCI e infección por VIH. Se analizaron las características demográficas, clínicas y tratamientos establecidos en esta serie de casos atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga durante el periodo 2022-2023. Se enfocó en identificar y destacar las características clínicas más importantes de la infección por VIH y la actividad clínica de la enfermedad en cada caso.

Resultados: Los pacientes con infección por VIH y CUCI presentaron la enfermedad de forma temprana y la CUCI fue la primera en manifestarse. La infección por VIH se diagnosticó durante el proceso diagnóstico de la enfermedad, tras episodios de remisión, y fue un factor desencadenante de la actividad del padecimiento a pesar del tratamiento óptimo. La **Tabla 1** muestra los tratamientos establecidos y el tipo de actividad en el momento del diagnóstico, así como antes de la falla del tratamiento o el motivo de ingreso debido a la actividad del trastorno.

Conclusiones: La CUCI es una enfermedad de origen multifactorial en la que la hiperactividad del sistema inmunológico es el principal factor que lesiona la mucosa intestinal. En contraste, en pacientes con infección por el VIH, la disminución o la anergia inmunológica juegan un papel importante. Los hallazgos indican que la infección por VIH se presenta después del diagnóstico de CUCI y la reducción en la respuesta inmunológica del individuo podría considerarse un desencadenante de la falta de respuesta al tratamiento médico, tal vez debido al mayor riesgo de infecciones relacionado con la enfermedad.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Tabla 1. Características de los pacientes con VIH y CUCI. (Lun188)

	Paciente A	Paciente B	Paciente C
Edad, años	24	37	38
Años evolución, CUCI	1	12	2
Años evolución, VIH	2	0	1
Tabaquismo	No	Sí	No
Afectación de la enfermedad	Colitis izquierda	Colitis izquierda	Pancolitis
Manifestaciones extraintestinales	Sí	No	No
Actividad clínica	Activo-inactivo	Activo-inactivo	Actividad continua
Actividad clínica, escala Trulove-Witts al diagnóstico CUCI	Inactivo (9)	Inactivo (10)	Brote leve (13)
Actividad clínica, escala Trulove-Witts al diagnóstico de VIH	Brote leve (13)	Brote leve (12)	Brote grave (19)
Escala actividad endoscópica de Mayo al diagnóstico de CUCI	Moderado	Leve	Moderado
Actividad histológica por índice de Riley	Actividad leve sin displasia	Actividad leve sin displasia	Actividad leve sin displasia
Nuevo índice integral de enfermedad	Inactivo	Actividad leve	Actividad grave
Calprotectina fecal al diagnóstico de VIH	1 900	95	> 800
Linfocitos #	2 100	1 990	300
Proteína C reactiva	0,39	2,54	4,05
Tratamiento antes del brote de enfermedad	Tratamiento combinado con 5-ASA	Tratamiento combinado con 5-ASA	Tratamiento combinado con 5-ASA