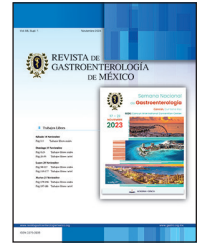




REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Domingo 19 de noviembre de 2023

Enfermedad inflamatoria intestinal

Dom032

PERFIL COMPARATIVO DE RIESGO-BENEFICIO DE LA TERAPIA DE INDUCCIÓN Y MANTENIMIENTO CON UPADACITINIB COMPARADA CON PLACEBO EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA ACTIVA DE MODERADA A SEVERA

I. Blumenstein, A. García-Martell, S. Xuan, R. Panaccione, F. Baert, M. Barreiro-de Acosta, B. Duk-Ye, J. Klaff, R. Vladea, G. Levy, Clínica de la Universidad de Goethe en Fráncfort, Alemania

Introducción: El upadacitinib (UPA) demostró eficacia y seguridad como tratamiento de inducción y mantenimiento para la colitis ulcerosa (CU) en los estudios en fase 3 U-ACHIEVE (NCT02819635) y U-ACCOMPLISH (NCT03653026).

Objetivo: Caracterizar en este análisis *post hoc* el perfil de riesgo-beneficio del tratamiento de inducción y mantenimiento del UPA en comparación con placebo en pacientes con CU activa de moderada a grave, con base en un análisis del número de pacientes necesario a tratar/dañar (NNT/NNH).

Material y métodos: Se incluyeron los datos de eficacia y seguridad de la población agrupada por intención de tratar de los estudios U-ACHIEVE y U-ACCOMPLISH. Los pacientes recibieron 45 mg de UPA (UPA45) una vez al día (QD) o placebo durante ocho semanas (estudios de inducción). Los pacientes respondedores clínicos (según la puntuación de Mayo adaptada), en la semana ocho de la inducción, se realeatorizaron para recibir 15 mg

(UPA15) o 30 mg (UPA30) de UPA QD, o placebo en el estudio de mantenimiento de 52 semanas. El criterio de valoración primario de la eficacia fue la remisión clínica según la puntuación de Mayo adaptada. Se informaron N, porcentajes y diferencias de resultados comparados con la prueba Z. La NNT/NNH se calculó como el inverso de la diferencia en las proporciones que lograron resultados de eficacia/seguridad para UPA en comparación con placebo. Los valores positivos de NNT indican una mayor eficacia y los valores negativos de NNH implican un menor riesgo de seguridad para UPA respecto del placebo.

Resultados: Una proporción significativamente mayor de pacientes logró la remisión clínica en la inducción (29,9% con UPA45 vs. 4,4% con placebo) y mantenimiento (40,4% con UPA15, 53,6% con UPA30 vs. 10,8% con placebo) con UPA en comparación con el placebo, así como en todos los criterios de valoración secundarios (todos $p < 0,001$). La NNT para la remisión clínica en la semana 8 fue de 4,0 y osciló entre 2,1 y 9,6 para los criterios de valoración secundarios. En la semana 52, el NNT para la remisión clínica fue de 2,4; el NNT para los criterios de valoración secundarios fluctuó entre 1,8 y 5,9. En la semana 8, los efectos adversos (EA) fueron menores para el empeoramiento de la CU para los pacientes tratados con UPA45 respecto de los tratados con placebo, y mayores para la elevación de la creatina fosfoquinasa (CPK), el acné, la neutropenia y la linfopenia ($p \leq 0,01$). En la semana 52, los EA fueron menores para UPA15 y UPA30 en comparación con el placebo para el empeoramiento de la CU, los EA que condujeron a la discontinuación (sólo UPA15) y la artralgia (sólo UPA30); y mayores para la elevación de la CPK, el herpes zóster, el trastorno hepático (sólo UPA15) y la neutropenia (sólo UPA30) ($p \leq 0,05$). Todos los demás EA fueron similares entre UPA y placebo. Entre los resultados de

seguridad significativamente diferentes entre UPA y placebo, el NNH para UPA respecto del placebo osciló entre 16,1 y 25,6.

Conclusiones: Este análisis *post hoc* de fase 3 demuestra una mayor eficacia y una seguridad casi siempre comparables de UPA respecto del placebo, lo que indica un perfil de riesgo-beneficio favorable para UPA en los pacientes con CU activa de moderada a grave.

Financiamiento: Abbvie Farmacéuticos.

Dom033

USTEKINUMAB EN COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA: UNA EXPERIENCIA EN LA VIDA REAL

J. V. Andoney-Mayén, N. N. Parra-Holguín, M. Murillo-López, T. Cortés-Espinosa, J. G. López-Gómez, M. V. Ramos-Gómez, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye dos tipos de alteraciones, la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI).

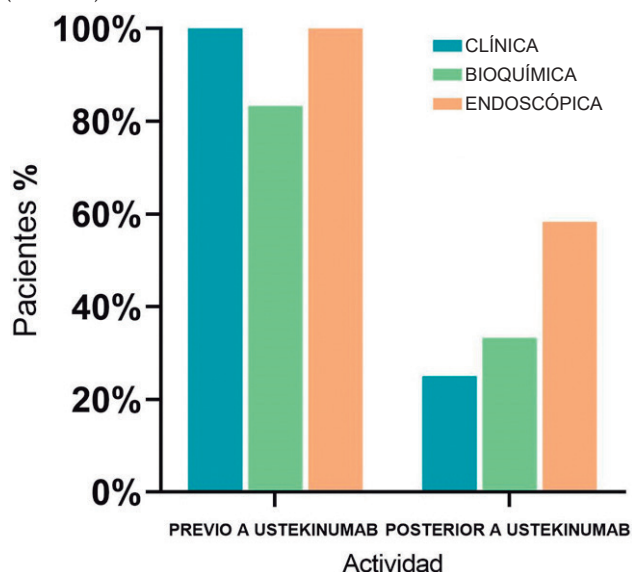
La CUCI es una anomalía con afectación principal del colon y mayor compromiso del recto. Tiene una prevalencia mundial de 200 a 300 casos por cada 100.000 años y estas cifras no han dejado de aumentar. La CUCI se debe a una interacción de diversos factores genéticos y ambientales y la microbiota intestinal. El diagnóstico de CUCI se establece mediante parámetros clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos, que se emplean para valorar la respuesta al tratamiento y la remisión de la enfermedad. Hoy en día se han instituido múltiples tratamientos, entre ellos los corticoides, los 5-aminosalicilatos, los inmunomoduladores y los fármacos biológicos. De los últimos tratamientos propuestos para la inducción y mantenimiento de la remisión en CUCI destaca el ustekinumab, un anticuerpo monoclonal contra la subunidad p40 de las interleucinas 12 y 3, que ha recibido ya aprobación para el tratamiento de la psoriasis, artritis psoriásica y enfermedad de Crohn. Como se describió en el estudio UNIFI, se espera una remisión clínica a las ocho semanas, con una dosis de 6 mg/kg cada ocho semanas, y lograr una mejor calidad de vida para los pacientes.

Objetivo: Describir la experiencia de la vida real de pacientes con CUCI moderada a grave en tratamiento con ustekinumab en un centro de referencia de tercer nivel.

Material y métodos: Se incluyó a un total de 12 pacientes con diagnóstico de CUCI basado en características clínicas, bioquímicas (proteína C reactiva), endoscópicas (índice de Mayo) y confirmado por histopatología, durante el periodo de 2019-2023 en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE. Se compararon la remisión clínica, bioquímica, endoscópica e histología antes y después del inicio del tratamiento con ustekinumab.

Resultados: Esta población incluyó a un total de 12 pacientes, de los cuales 58,3% correspondió a mujeres y 41,7% a hombres, con una mediana de edad de 31,5 (18-74) años. Respecto de las características clínicas, los pacientes tenían un promedio de $84,08 \pm 3,09$ meses de evolución desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el inicio del tratamiento. El tiempo en tratamiento con ustekinumab fue una mediana de 19,5 meses. En cuanto a la extensión de la enfermedad, se registraron Mayo E3 en 83,3% y Mayo E2 en 16,7%. El ustekinumab se administró en todos los pacientes que presentaron actividad clínica de moderada a grave, a una dosis de 6 mg/kg de peso cada ocho semanas. El 100% de los pacientes tenía actividad clínica al inicio del tratamiento en comparación con el 25,0% de los pacientes luego del tratamiento; la actividad bioquímica se registró en el 83,3% antes del tratamiento respecto del 33,35% después; la actividad endoscópica pretratamiento y posttratamiento se identificó en el 100% y 58,3% respectivamente, como se muestra en la Figura 1.

Figura 1. Actividad previa y posterior al uso del ustekinumab. (Dom033)



Conclusiones: Si bien es un grupo pequeño la población estudiada, puede reconocerse la adecuada respuesta clínica de los pacientes a las ocho semanas de tratamiento; esto representa una mejoría en la calidad de vida de los pacientes. Por lo tanto, es importante conducir más estudios en México para aportar más datos sobre los beneficios de una anti-IL 12-23.

Agradecimiento: Dra. Roxana Hernández.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Dom034

RELACIÓN ENTRE CANTIDAD Y TIPO DE FIBRA DIETÉTICA CON EL GRADO DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PERSONAS CON COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA IDIOPÁTICA (CUCI)

J. M. Corral-Ceballos, S. E. Martínez-Vázquez, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) está marcada por periodos alternados de actividad con exacerbación y remisión, con cambios de los síntomas gastrointestinales. La actividad se evalúa en los planos clínico, histológico, endoscópico o bioquímico o mediante índices como el de Truelove-Witts. En la actualidad se considera que la dieta es un factor determinante para el curso de esta enfermedad y que la fibra podría coadyuvar a la regulación de la disbiosis, aunque no se han precisado la cantidad ni el tipo de fibra dietética con efectos protectores.

Objetivo: Determinar la relación entre la cantidad y el tipo de fibra dietética y el grado de actividad en personas con CUCI.

Material y métodos: Estudio transversal en adultos de cualquier sexo atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal entre octubre del 2019 y junio del 2023 con diagnóstico de CUCI. Se incluyó a aquellos en quienes se estableció el diagnóstico, que firmaron una carta de consentimiento informado y que contestaron el cuestionario de alimentación; se registró cualquier tipo de actividad de la enfermedad, la cual confirmó el clínico. No se incluyó a los individuos sometidos antes a colectomía parcial o total. El consumo de fibra se obtuvo a través de un recordatorio de 24 horas

de pasos múltiples y se cuantificó mediante el Food Processor v.11.11.32. Las variables cuantitativas se trataron con medianas y rangos intercuartílicos; las variables cualitativas se describieron con frecuencias y porcentajes. Se efectuaron comparaciones entre los grupos con actividad de la enfermedad y sin ella con U de Mann-Whitney. Se realizó regresión logística binaria para determinar la acción de la cantidad y el tipo de fibra sobre la actividad de la enfermedad.

Resultados: Se incluyó a 152 personas, con una mediana de edad de 41 años y 10 años de evolución; 51,3% correspondió a mujeres. El 64,5% de las personas no sufrió alguna recaída de la enfermedad en el último año y el 40,8% carecía de actividad de la afección. Se observaron diferencias significativas en el consumo de fibra insoluble en el grupo sin actividad histológica, tras consumir mayor cantidad de ésta, con un promedio de 3,48 g/día (DE = 1,74), en comparación con el grupo con actividad histológica y consumo promedio de 2,89 g/día (DE = 1,34; $p = 0,023$); lo mismo sucedió en el grupo que no registró actividad endoscópica con consumo promedio de 4,37 g/día (DE = 0,87), en contraste con el grupo con actividad y 2,93 g/día (DE = 1,34; $p = 0,008$). El consumo energético y de otros nutrientes no tuvo diferencias significativas. A través de la regresión logística binaria se observó que el consumo > 3 g/día de fibra insoluble tenía una tendencia significativa como protector para la actividad histológica (OR = 0,488; IC95%, 0,222-1,072; $p = 0,074$) y para la actividad endoscópica (OR = 0,122; IC95%, 0,013-1,16; $p = 0,068$).

Conclusiones: El consumo > 3 g/día de fibra insoluble puede ser factor protector para la actividad histológica y endoscópica de la CUCI. Es necesario realizar estudios de seguimiento para confirmar este resultado.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom035

ASOCIACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE VITAMINA D CON ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA

L. Meza-López, J. K. Yamamoto-Furusho, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El estado serológico de la vitamina D (25-hidroxivitamina D) puede clasificarse en normal (> 30 ng/mL), insuficiente (20-29 ng/mL) y deficiente (< 20 ng/mL). Además de sus efectos habituales sobre la mineralización ósea, la vitamina D también juega un papel importante en la proliferación celular, diferenciación, inmunomodulación y la microbiota intestinal, de tal modo que posee implicaciones importantes en las anomalías inmunomediadas. Se ha señalado que la deficiencia de esta vitamina es mayor en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, sobre todo en pacientes con enfermedad de Crohn, y postulado que puede deberse a la propia fisiopatología de la enfermedad, a las carencias nutricionales o a los fármacos como los corticoesteroides administrados con frecuencia en estos padecimientos.

Objetivo: Investigar la relación entre la actividad endoscópica, histológica, bioquímica e integral (con uso del índice integral de Yamamoto-Furusho) y los valores serológicos de 25-hidroxivitamina D en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI).

Material y métodos: Pacientes con diagnóstico de CUCI de la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal en el Instituto Nacional de

Tabla 1. Relación de los valores de vitamina D con la actividad de la CUCI. (Dom035)

	Valores normales de vitamina D n = 13 (31%)	Valores insuficiencias de vitaminas D n = 25 (40,3%)	p	Valores deficientes de vitamina D n = 24 (38,7%)	p
Actividad de acuerdo con IIFYF					
Remisión, n = 19 (30,6)	7	7		5	
Actividad leve, n = 17 (27,4)	5	10	0,59	2	0,93
Actividad moderada, n = 20 (32,3)	1	8	0,14	11	0,03
Actividad grave, n = 6 (9,7)	0	0	0,37	0	1
Actividad endoscópica					
Mayo 0, n = 18 (29)	9	4		5	
Mayo 1, n = 10 (16,1)	2	6	0,12	2	1
Mayo 2, n = 18 (29)	2	10	0,025	6	0,18
Mayo 3, n = 16 (25,8)	0	5	0,04	11	< 0,01
Actividad histológica					
Sin actividad, n = 10 (16,1)	3	4		3	
Actividad leve, n = 17 (27,7)	4	9	0,96	4	1
Actividad moderada, n = 25 (24,2)	4	4	1	7	0,97
Actividad grave, n = 20 (32,3)	2	8	0,63	19	0,09
Proteína C reactiva ultrasensible					
< 1 mg/dL, n = 40 (64,5)	12	17		11	
> 1 mg/dL, n = 22 (35,5)	1	8	0,2	13	0,01
Actividad bioquímica					
Calprotectina fecal < 250 mcg/g, n = 16 (32)	7	7		2	
Calprotectina fecal > 250 mcg/g, n = 34 (68)	3	13	0,15	28	< 0,01
Consumo de esteroides					
Sí, n = 26 (41,9)	2	7	0,13	17	< 0,01
No, n = 36 (58,1)	11	7		7	

Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán que tuvieron el cálculo del índice integral de Yamamoto-Furusho (IIFY) un mes antes o después de la medición sérica de la 25-hidroxivitamina D. Es un estudio analítico de corte transversal y observacional. Se analizaron las variables sexo, edad, años de evolución, extensión de la enfermedad, tratamiento farmacológico, actividad de la enfermedad de acuerdo con el IIFY, cifras séricas de 25-hidroxivitamina D y concentraciones de calprotectina fecal. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 25 y se tomó un valor de $p < 0.05$ como significativo.

Resultados: Se incluyó a 62 pacientes, 21 hombres y 41 mujeres, de los cuales 19 (30,6%) se encontraban con remisión según el IIFY, 17 (27,4%) con actividad leve, 20 (32,3%) con actividad moderada y 6 con actividad grave (9,7%). Sólo 13 (31%) pacientes registraron valores normales de 25-OH vitamina D, 25 (40,3%) cantidades insuficientes y 24 (38,7%) cifras deficientes con una media de 23,15 ng/mL (8,79). Hasta 16 (25,8%) pacientes tenían complementación con vitamina D. La actividad moderada por índice integral se relacionó con valores deficientes de vitamina D ($p = 0,03$; RM, 15,5; IC95%, 1,47-160,97). La actividad endoscópica Mayo 2 se relacionó con cifras insuficientes ($p = 0,025$; RM, 11,25; IC95%, 1,64-76,85), mientras que la actividad grave endoscópica (Mayo 3) tuvo relación estadísticamente significativa con valores insuficientes ($p = 0,04$; RM, 12,5; IC95%, 1,08-143,4) y deficientes ($p < 0,01$; RM, 22; IC95%, 2,18-221,9). Las concentraciones elevadas de proteína C reactiva ultrasensible (> 1 mg/dL) se vincularon con deficiencia ($p = 0,01$; RM, 12,18; IC95%, 1,58-127,01), así como también la actividad bioquímica definida por una calprotectina fecal > 250 mg/g ($p < 0,01$; RM, 32,66; IC95%, 4,54-234,62) y el consumo de esteroides ($p < 0,01$; RM, 13,35; IC95%, 2,33-76,47). En la Tabla 1 se muestran las relaciones entre los valores de vitamina D y la actividad de la enfermedad con distintos parámetros.

Conclusiones: Los valores deficientes e insuficientes se relacionan con una mayor gravedad endoscópica (Mayo 3); la actividad bioquímica, la actividad por PCR y el consumo de esteroides se vincularon con deficiencia. La actividad histológica no tuvo nexos con los valores de vitamina D.

Financiamiento: No se recibió financiamiento alguno.

Dom036

RELACIÓN ENTRE ACTIVIDAD INFLAMATORIA Y RIESGO DE DESNUTRICIÓN EVALUADO MEDIANTE LA ESCALA CONUT EN PACIENTES CON CUCI

L. V. Cupil-Escobedo, R. Y. López-Pérez, S. K. Dosal-Limón, R. R. Sánchez-Rosado, F. Higuera-De la Tijera, C. Y. Sánchez-Sánchez, J. L. Pérez-Hernández, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad caracterizada por la inflamación crónica de la mucosa del colon y se manifiesta con episodios de remisión y exacerbación. Esta inflamación crónica puede afectar la absorción de nutrientes, lo que lleva a la aparición de desnutrición en los pacientes con CUCI. La escala CONUT es una herramienta validada que permite identificar la desnutrición y evaluar el riesgo nutricional. En México se realizó un estudio que utilizó la CONUT como método de detección de la desnutrición y predictor de la gravedad de la CUCI. Sin embargo, hasta el momento, éste es el único estudio mexicano que ha abordado este tema específico.

Objetivo: Evaluar el riesgo de desnutrición y analizar la relación entre la gravedad de CUCI y el riesgo de desnutrición con el uso de la escala CONUT en pacientes con CUCI.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, relacional y analítico en el que se incluyó a 80 pacientes consecutivos diagnosticados con CUCI. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos de cada uno. La actividad de la CUCI se evaluó con las escalas de Truelove-Witts (ETW), subcalificación de Mayo (SCM) e índice histológico de Riley (IIR). El riesgo de desnutrición se calculó y clasificó con la escala CONUT, basada en la cuenta total de linfocitos, los valores de colesterol sérico y las concentraciones de albúmina. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 26 para analizar los datos. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Las características clínicas y demográficas de los pacientes incluidos en el estudio se describen en la Tabla 1. En la población estudiada se encontró que el 46,3% (37 pacientes) mostraba algún grado de riesgo de desnutrición evaluado mediante la escala CONUT. La puntuación media de CONUT en la muestra fue de 1 punto (1-2,5 puntos). Se calculó el área bajo la curva (AUC) para valorar la capacidad de la puntuación de la escala CONUT y predecir la gravedad de la enfermedad mediante el uso de diferentes escalas: ETW (AUC, 0,64; $p = 0,04$ [IC95%, 0,50-0,80]), SCM (AUC, 0,67; $p = 0,03$ [IC95%, 0,52-0,82]) e IIR (AUC, 0,71; $p = 0,02$ [IC95%, 0,53-0,83]). Estos resultados indican una relación significativa entre la puntuación obtenida mediante CONUT y la gravedad de la enfermedad según las diferentes escalas empleadas.

Conclusiones: En este estudio se identificó una elevada prevalencia de riesgo de desnutrición en pacientes con CUCI evaluados mediante la escala CONUT. Además, se observó una relación significativa

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes con CUCI. (Dom036)

Edad media, años \pm DE	41 \pm 13 años
Sexo, n (%)	
Masculino	32 (40%)
Femenino	48 (60%)
Tabaquismo positivo, n (%)	11 (13,8%)
Extensión, n (%)	
Proctitis	9 (11,3%)
Colitis izquierda	28 (35%)
Pancolitis	43 (54,7%)
Actividad clínica (escala de Truelove-Witts modificada), n (%)	
Inactiva	64 (80%)
Leve	15 (18,7%)
Moderada	1 (1,3%)
Grave	0 (0%)
Actividad endoscópica (escala de Mayo), n (%)	
Inactiva	6 (7,5%)
Leve	24 (30%)
Moderada	34 (42,5%)
Grave	16 (20%)
Actividad histológica (índice de Riley), n (%)	
Inactiva	8 (10%)
Leve	37 (46,3%)
Moderada	23 (28,7%)
Grave	12 (15%)
Índice de control nutricional (CONUT), n (%)	
Sin riesgo	43 (53,7%)
Riesgo bajo	34 (42,5%)
Riesgo moderado	3 (3,8%)
Riesgo alto	0 (0%)

entre la puntuación obtenida con la CONUT y la gravedad de la enfermedad. Estos hallazgos destacan la importancia de evaluar el estado nutricional en pacientes CUCI y sugieren que la escala CONUT puede ser una herramienta útil para identificar el riesgo de desnutrición y su relación con la gravedad de la enfermedad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom037

EXPLORANDO LA ASOCIACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE FIBRINÓGENO Y LA GRAVEDAD DE LA COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA: IMPLICACIONES CLÍNICAS SIGNIFICATIVAS

A. Vela-Torres, G. Ramírez-García, H. Martínez-González, S. K. Dosal-Limón, R. R. Sánchez-Rosado, R. Y. López-Pérez, A. Güemes-Quinto, J. A. Villanueva-Herrero, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) es un subtipo de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que se caracteriza por inflamación de la mucosa colónica y periodos intermitentes de remisión y exacerbación de los síntomas. Se han utilizado varios marcadores para evaluar las recaídas y la actividad de la enfermedad. El fibrinógeno es una proteína sintetizada en el hígado y parte de la cascada de la coagulación que se ha identificado como un componente proinflamatorio en la EII. Algunos estudios han sugerido que el fibrinógeno podría ser un biomarcador para reconocer actividad en la CUCI.

Objetivo: Determinar las concentraciones de fibrinógeno y su nexa con la gravedad de la enfermedad en pacientes con CUCI.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal, relacional y analítico que incluyó a 69 pacientes consecutivos diagnosticados con CUCI. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos de cada paciente. La actividad de la CUCI se evaluó con las escalas de Truelove-Witts, subcalificación de Mayo e índice histológico de Riley. Se llevaron a cabo mediciones de las concentraciones de fibrinógeno en todos los participantes. Los datos se analizaron mediante el paquete SPSS versión 26 para determinar la correlación entre los diferentes índices de actividad utilizados y los valores de fibrinógeno.

Resultados: Las características clínicas y demográficas de los pacientes incluidos en el estudio se describen en la **Tabla 1**. Se observó una correlación positiva entre las cifras de fibrinógeno y la gravedad clínica ($r = 0,25$; $p = 0,03$), endoscópica ($r = 0,28$; $p = 0,01$) e histológica ($r = 0,32$; $p < 0,001$) de la enfermedad. Mediante un análisis ROC se determinó un punto de corte para el fibrinógeno de 335 mg/dL para diferenciar entre la actividad histológica de la CUCI, con una sensibilidad de 70%, especificidad de 70%, valor predictivo positivo de 62% y valor predictivo negativo de 66%. Este mismo valor de fibrinógeno tuvo un factor de riesgo para desarrollar una gravedad histológica moderada a intensa en los pacientes con CUCI (OR, 3,09 [IC95%: 1,15-8,27]; $p = 0,02$). No se identificó un vínculo entre los valores de fibrinógeno y las características clínicas de los pacientes con CUCI.

Conclusiones: Estos hallazgos sustentan la utilidad del fibrinógeno como biomarcador para valorar la actividad y gravedad de la CUCI. La medición de las concentraciones de fibrinógeno puede proporcionar información clínica relevante para el tratamiento y seguimiento de los pacientes con esta afección. Sin embargo, se requieren estudios adicionales para confirmar los resultados y determinar el valor predictivo del fibrinógeno en un mayor número de pacientes.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes con colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI), $n = 69$. (Dom037)

Edad media, años	40,8 ± 12,7
Sexo, n (%)	
Masculino	26 (37,7)
Femenino	43 (62,3)
Tabaquismo positivo, n (%)	11 (15,9)
Edad al diagnóstico < 40 años, n (%)	51 (73,9)
Años de evolución	6,75 ± 4,0
Extensión, n (%)	
Proctitis	9 (13,0)
Colitis izquierda	24 (34,8)
Pancolitis	36 (52,2)
Curso clínico, n (%)	
Activo-inactivo	48 (69,6)
Intermitente	14 (20,3)
Actividad continua	7 (10,1)
Manifestaciones extraintestinales, n (%)	23 (33,3)
Actividad clínica, n (%):	
Escala de Truelove-Witts	53 (76,8)
Inactiva	15 (21,7)
Leve	1 (1,4)
Moderada	
Actividad endoscópica, n (%): Escala de Mayo	
Inactiva	6 (8,7)
Leve	17 (24,6)
Moderada	31 (44,9)
Grave	14 (20,3)
Actividad histológica, n (%): Índice de Riley	
Inactiva	9 (13,0)
Leve	28 (40,6)
Moderada	22 (31,9)
Grave	10 (14,5)
Tratamiento médico, n (%)	
Convencional	56 (81,2)
Biológico	13 (18,8)

Dom038

ÍNDICE PCR/ALBÚMINA: UN MARCADOR DE GRAVEDAD EN LA COLITIS ULCEROSA CRÓNICA INESPECÍFICA

E. J. Medina-Ávalos, G. Ramírez-García, A. Vela-Torres, J. L. De León-Rendón, R. Y. López-Pérez, M. Motola-Kuba, F. Higuera-De la Tijera, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

Introducción: La evaluación de la gravedad de la colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI) juega un papel crucial, ya que proporciona una visión completa del estado de la enfermedad y guía el tratamiento y el seguimiento del paciente. En individuos con CUCI se ha identificado un estado proinflamatorio con elevación de la proteína C reactiva (PCR) y una marcada disminución de los valores séricos de albúmina. En fecha reciente se ha publicado que el índice PCR/albúmina (IPA) es un marcador prometedor para el pronóstico de pacientes con cáncer, sepsis y otras enfermedades inflamatorias. Sin embargo, este estudio aún no se ha conducido en México y la investigación en este campo ha sido limitada.

Objetivo: Determinar la utilidad del IPA como marcador de gravedad de la enfermedad en pacientes con CUCI.

Material y métodos: Estudio transversal, retrospectivo, relacional y analítico de 97 pacientes con CUCI. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos. La actividad de la CUCI se evaluó con la escala de Truelove-Witts (TLW), la subcalificación de Mayo y el índice histológico de Riley. Se calculó el índice de actividad de la proteína inflamatoria (IPA) con los parámetros de laboratorio: proteína C reactiva (PCR) y albúmina sérica; el resultado fue el cociente de las concentraciones de PCR entre la albúmina. Para analizar la correlación o nexo entre los diferentes índices de actividad y la IPA se empleó el paquete SPSS versión 26. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Las características clínicas y demográficas de los pacientes incluidos en el estudio se describen en la **Tabla 1**. Se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar la IPA con la extensión de la CUCI ($p = 0,02$) y su actividad clínica-bioquímica

evaluada mediante la escala TLW ($p < 0,001$). Además, se halló una correlación positiva entre la extensión de la CUCI ($r = 0,28$; $p = 0,02$) y la actividad clínica-bioquímica mediante la escala TLW ($r = 0,41$; $p < 0,001$). Sin embargo, no se observaron vínculos ni correlaciones entre la IPA y la gravedad endoscópica e histológica ni con otras características clínicas de los pacientes con CUCI.

Conclusiones: La IPA podría ser un indicador valioso para evaluar la extensión y la gravedad clínica y bioquímica de la CUCI. Estos hallazgos respaldan la utilidad de la IPA en la guía del tratamiento y el seguimiento de los pacientes con CUCI. Se requieren investigaciones adicionales en este campo, en especial en la población mexicana, para validar y ampliar estos resultados.

Financiamiento: Ninguno.

Dom039

ALTERACIONES EN LA MANOMETRÍA ANORRECTAL EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA: CARACTERIZACIÓN DE LA FUNCIÓN ANORRECTAL Y SU RELEVANCIA CLÍNICA

R. R. Sánchez-Rosado, L. D. Severino-Castillo, M. S. Barceló-Valdez, H. Martínez-González, A. Vela-Torres, J. A. Villanueva-Herrero, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) se caracteriza por la inflamación crónica de la mucosa y submucosa del colon y muestra un curso clínico con periodos de remisión y exacerbación. Se ha sugerido que la inflamación activa de la mucosa y submucosa desencadena hipersensibilidad e hiperactividad visceral, lo que induce cambios crónicos en la pared rectal, incluidas la fibrosis y la disminución de la distensibilidad. Estos cambios se relacionan con diversos trastornos funcionales anorrectales, entre ellos incontinencia, aumento de la frecuencia de las evacuaciones, urgencia defecatoria y tenesmo, los cuales generan síntomas angustiantes e incapacitantes para los pacientes, con notoria alteración de la calidad de vida.

Objetivo: Evaluar las alteraciones de la función anorrectal en pacientes con CUCI y analizar su relación con la actividad de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio transversal, relacional y analítico; se incluyó a 15 pacientes con CUCI. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos de cada paciente. La actividad de la CUCI se determinó mediante diversas escalas, como las de Truelove-Witts (ETW), la subcalificación de Mayo, el índice histológico de Riley y el índice integral de Yamamoto-Furusho (IIYF). La manometría anorrectal se llevó a cabo con el equipo ManoScan 3D y se registraron todos los parámetros manométricos por paciente. Para analizar la correlación o vinculación entre los diferentes índices de actividad y los parámetros de la manometría anorrectal se empleó el paquete estadístico SPSS versión 26. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados: Las características demográficas, clínicas y manométricas de los pacientes se presentan en la **Tabla 1**. Al analizar los parámetros manométricos se observó que el 46,7% (7 pacientes) presentaba hipertonia del esfínter anal interno y el 60% (9 pacientes) hipertonia del esfínter anal externo. Además, el 20% (3 pacientes) mostró alteraciones en la maniobra defecatoria, mientras que el 60% (9 pacientes) sufrió alteraciones en la sensibilidad rectal. Dos pacientes (13,3%) mostraron disinergia defecatoria tipo I y 1 (6,7%) disinergia defecatoria tipo II. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre la extensión de la enfermedad (colitis izquierda vs. pancolitis) y las sensibilidades: primera sensación ($p < 0,01$), deseo defecatorio ($p < 0,02$) y urgencia defecatoria ($p < 0,03$). Además, se reconoció una correlación negativa entre los

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de pacientes con colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI). (Dom038)

Edad media, años	40,8 ± años
Sexo, n (%)	
Masculino	39 (40,2)
Femenino	58 (59,8)
Tabaquismo positivo, n (%)	14 (14,4)
Edad al diagnóstico < 40 años, n (%)	68 (70,1)
Actividad clínica, n (%)	
Activo-inactivo	69 (71,1)
Intermitente	16 (16,5)
Actividad continua	12 (12,4)
Manifestaciones extraintestinales, n (%)	
Sí	30 (30,9)
No	67 (69,1)
Frecuencia de manifestaciones extraintestinales, n (%)	
Artralgias/artritis	23 (23,7)
Colangitis esclerosante primaria	2 (2,1)
Espondilitis	3 (3,1)
Pioderma gangrenoso	1 (1)
Actividad clínica, n (%), Escala de Truelove-Witts	
Inactiva	75 (77,3)
Leve	21 (21,6)
Moderada	1 (1)
Grave	0 (0)
Actividad endoscópica, n (%) Escala de Mayo	
Inactiva	7 (7,2)
Leve	32 (33,0)
Moderada	39 (40,2)
Grave	18 (18,6)
Actividad histológica, n (%), Índice de Riley	
Inactiva	9 (9,28)
Leve	44 (45,4)
Moderada	29 (29,9)
Grave	13 (13,4)
Tratamiento médico, n (%)	
Convencional	82 (84,5)
Biológico	15 (15,5)
Tratamiento quirúrgico, n (%)	
Sí	82 (84,5)
No	15 (15,5)

parámetros de sensibilidad y la extensión de la enfermedad: primera sensación ($r = -0,57$, $p < 0,02$), deseo defecatorio ($r = -0,59$, $p < 0,02$) y urgencia defecatoria ($r = -0,67$, $p < 0,001$). Asimismo, se registraron diferencias estadísticamente significativas entre la actividad clínica y bioquímica medida por ETW y el deseo defecatorio ($p < 0,01$), con una correlación negativa entre estos parámetros ($r = -0,64$, $p < 0,01$). También se reconocieron diferencias en el grado de actividad clínica medida por ETW ($p = 0,01$) y la valoración integral del IIFY ($p = 0,02$), con una correlación negativa entre ellos: ETW ($r = -0,74$, $p < 0,001$) e IIFY ($r = -0,61$, $p < 0,01$).

Conclusiones: Estos hallazgos revelan que los pacientes con CUCI sufren alteraciones significativas en la función anorrectal, incluidas hipertonia del esfínter anal, alteraciones en la sensibilidad rectal y disinergia defecatoria. Además, se hallaron correlaciones entre la extensión y la gravedad de la enfermedad y las alteraciones de las sensibilidades rectales. Estos hallazgos enfatizan la importancia de evaluar y abordar la función anorrectal en el tratamiento de los pacientes con CUCI, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y optimizar su tratamiento.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom040

REMISIÓN HISTOLÓGICA: EL OBJETIVO ÚLTIMO EN LA COLITIS ULCERATIVA

R. Sosa-Martínez, D. García-Alonso, A. R. Guzmán-Cárcomo, J. G. López-Gómez, T. Cortés-Espinosa, Centro de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La remisión histológica es un objetivo en los pacientes con colitis ulcerosa (CU), definida ésta como la normalización microscópica en las biopsias de la mucosa o la ausencia de inflamación aguda, la cual se caracteriza por la presencia de neutrófilos intraepiteliales. Para la CU suele utilizarse el índice de Nancy, que es una de las escalas mejor validadas porque califica la aparición de úlceras, infiltrado inflamatorio agudo y crónico. La remisión histológica ha cobrado gran importancia ya que los individuos que la consiguen tienen menos complicaciones a largo plazo, entre ellas la displasia intestinal. Hoy en día, los tratamientos con fármacos biológicos representan una opción promisoriosa para lograr este objetivo.

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y manométricas de los pacientes con CUCI. (Dom039)

Edad media, años \pm DE	37 \pm 9	Longitud de zona de alta presión (cm)	3,3 (3,1-4)*
Sexo, n (%)		Presión anal basal en reposo (mmHg)	71 (58,5-85,2)*
Masculino	6 (40)		
Femenino	9 (60)		
Tabaquismo positivo, n (%)	4 (26,7)	Presión anal de contracción voluntaria máxima (mmHg)	149,3 (125,5-177,2)*
Años de evolución, años \pm DE	5 \pm 4	Presión anal de contracción voluntaria máxima sostenida (mmHg)	151 (135,3-179,2)*
Tratamiento médico, n (%)		Primera sensación (mL)	30 (25-35)*
Convencional	9 (60)		
Biológico	4 (40)		
Extensión (Clasificación de Montreal), n (%)		Deseo defecatorio (mL)	55 (40-65)*
(%)Colitis izquierda	6 (40)		
Pancolitis	9 (60)		
Actividad clínica (Escala de Truelove-Witts modificada), n (%)		Urgencia defecatoria (mL)	95 (60-120)*
Inactiva	6 (40)		
Leve	4 (26,7)		
Moderada	5 (33,3)		
Actividad endoscópica (Escala de Mayo), n (%)		Alteración en maniobra defecatoria, n (%)	
Leve	(33,3)	Sí	3 (20)
Moderada	6 (40)	No	12 (80)
Grave	4 (26,7)		
Actividad histológica (Índice de Riley), n (%)		Prueba de expulsión de balón, n (%)	
Leve	7 (46,6)	Positiva	12 (80)
Moderada	4 (26,7)	Negativa	3 (20)
Grave	4 (26,7)		
Índice Integral de Yamamoto- Furusho, n (%)		Diagnóstico manométrico, n (%)	
Remisión	1 (6,7)	Normal	2 (13,3)
Leve	6 (40)	Hipertonía del esfínter anal interno	1 (6,7)
Moderada	8 (53,3)	Hipertonía del esfínter anal externo	1 (6,7)
		Hipertonía del esfínter anal interno + hipersensibilidad	1 (6,7)
		Hipertonía del esfínter anal externo + hipersensibilidad	3 (20)
		Hipertonía del complejo esfintérico + hipersensibilidad	4 (26,6)
		Disinergia tipo I	2 (13,3)
		Hipertonía del complejo esfintérico + Disinergia tipo II + hipersensibilidad	1 (6,7)

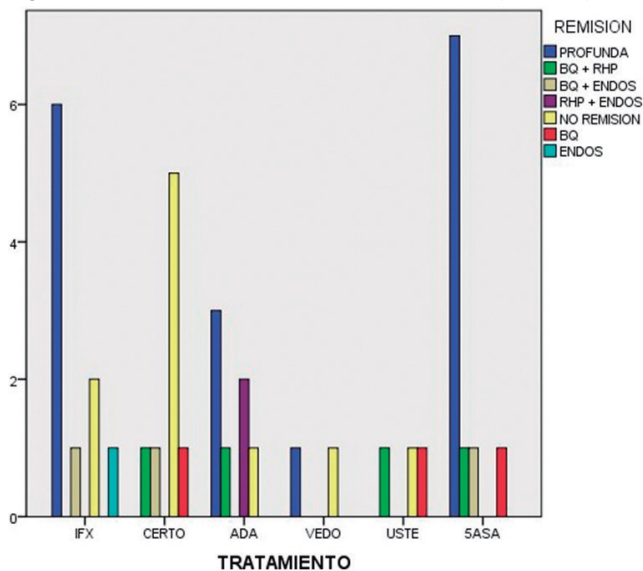
CUCI, colitis ulcerosa crónica idiopática; DE, desviación estándar. * Los valores están expresados en medianas y rangos intercuartílicos.

Objetivo: Determinar la prevalencia de remisión histológica en pacientes con CU y describir los diferentes tipos de remisión alcanzados.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo para describir la respuesta histológica ante el tratamiento biológico en pacientes con diagnóstico de CU.

Resultados: Se analizó en total a 40 pacientes, 23 (57,5%) del sexo femenino y 17 (42,5%) del masculino, con una edad promedio de $50,13 \pm 17,2$. Las opciones terapéuticas disponibles fueron infliximab (25%), certolizumab (20%), adalimumab (17,5%), vedolizumab (5%), ustekinumab (7,5%) y 5-ASA (25%). Se midieron múltiples valores de laboratorio con PCR de $6 \pm 11,5$, VSG de $21,82 \pm 19$ y hemoglobina de 14 ± 4 . En estos pacientes se revisó el índice histopatológico de Nancy para valorar la actividad y de ellos 40% se encontraba inactivo, 17,5% era leve, 30% moderado y 12,5% grave. El análisis de la puntuación endoscópica lo dividió en normal en 30%, leve en 22,5%, moderado en 17,5% y grave en 20%; en cuanto a la actividad clínica, el 42,5% se hallaba en remisión y 37,5% en fase activa. Se dividió a los pacientes de acuerdo con el tipo de remisión: 42,5% en remisión profunda, 10% en remisión bioquímica e histológica, 7,5% en remisión bioquímica y endoscópica, 5% en remisión histológica y endoscópica, 7,5% en remisión sólo bioquímica y 2,5% en remisión sólo endoscópica; al final, 25% de los pacientes no experimentó ningún tipo de remisión. En cuanto a la remisión profunda, el 35% la consiguió con infliximab, 17,6% con adalimumab, 5,9% con vedolizumab y 42,5% con 5-ASA. Para la remisión bioquímica e histológica, el 25% consumió certolizumab, adalimumab, ustekinumab y 5-ASA; para la remisión bioquímica y endoscópica, el 33,3% recibió infliximab, certolizumab y 5-ASA; para la remisión histológica y endoscópica se administró adalimumab en el 100%; para la remisión sólo bioquímica, el 33% la alcanzó con certolizumab, ustekinumab y 5-ASA; y para la remisión sólo endoscópica, ésta se consiguió en 100% con infliximab. El 100% de los pacientes carecía de actividad clínica según la escala de Truelove-Witts (Fig. 1)

Figura 1. Remisión de acuerdo con el tratamiento. (Dom040)



Conclusiones: Estos hallazgos son alentadores, ya que la remisión histológica es un objetivo importante en el tratamiento de la CU e indica la curación completa de la mucosa intestinal y la relación con mejores resultados de largo plazo. Se identificaron diferencias en los tipos de remisión alcanzados con distintas opciones terapéuticas; el infliximab y el 5-ASA fueron los tratamientos acompañados con más frecuencia de remisión profunda, en tanto que el certolizumab y el adalimumab fueron más comunes en la remisión bioquímica e histológica. Es importante destacar que este estudio tiene

algunas limitaciones: la muestra fue relativamente pequeña y ello limita la posibilidad de generalizar los resultados. Asimismo, este estudio proporciona evidencia sólida de que la remisión histológica es alcanzable en pacientes con colitis ulcerosa. Los resultados respaldan la importancia de la remisión histológica como objetivo terapéutico, dado que se vincula con una mejora clínica significativa y resultados de largo plazo más favorables.

Financiamiento: Ninguno.

Dom041

INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 Y SU RELACIÓN CON EL CURSO CLÍNICO Y DESENLACE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

L. Meza-López, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La inmunosupresión se ha identificado como un factor de riesgo para complicaciones y desenlaces clínicos de la infección por SARS-CoV-2, lo cual cobra especial interés en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), en la que una proporción significativa de pacientes consume fármacos inmunosupresores como tratamiento. Por otro lado, la infección por este virus se ha vinculado con la recurrencia o aparición de enfermedades inmuno-mediadas, entre ellas la EII.

Objetivo: Investigar los desenlaces clínicos de la EII en pacientes con antecedente de infección por SARS-CoV-2.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y observacional que incluyó a pacientes con diagnóstico de EII y antecedente de infección por SARS-CoV-2 diagnosticada por métodos de laboratorio que aceptaron contestar un cuestionario sobre los antecedentes de la infección y los desenlaces de la enfermedad. Se analizaron las variables: tipo de EII, síntomas, tratamiento y gravedad de la infección por SARS-CoV-2, exacerbación y manifestaciones de la EII. Análisis estadístico: se realizó con el programa SPSS versión 25 y se obtuvieron frecuencias de las variables a analizar.

Resultados: Se encuestó a 186 pacientes, 105 mujeres (56,5%) y 81 hombres (43,5%), 146 con colitis ulcerosa crónica idiopática (78,5%) y 40 (21,5%) con enfermedad de Crohn. De los sujetos entrevistados, 82 (44,3%) tenían el antecedente de infección por SARS-CoV-2, 16 (19,3%) de ellos asintomáticos, 59 (71,1%) con síntomas leves, 8 (9,6%) síntomas moderados y ninguno grave. Las manifestaciones clínicas más comunes fueron astenia/adinamia (61,2%), tos (50,7%), cefalea (44,8%), rinorrea (44,8%) y fiebre (43,3%). Las manifestaciones gastrointestinales se reconocieron en menos del 10% de los pacientes. Como parte del tratamiento de la infección: 69,1% consumió paracetamol, 13,2% antiinflamatorios no esteroideos, 1,5% esteroides y 4,4% antivirales. De los 82 pacientes con infección por SARS-CoV-2, 24 (29,3%) mostraron alguna manifestación clínica de exacerbación de la EII posterior a la infección. La principal manifestación fue el aumento de la frecuencia de heces en 15 pacientes (62,5%); 11 pacientes (45,8%) sufrieron diarrea; otros 11 (45,8%) tenían moco o sangre en las evacuaciones; en 10 pacientes (41,6%) se identificó aumento del dolor abdominal; 7 (29,1%) tenían dolor articular y sólo 1 (4,1%) requirió hospitalización como parte de la exacerbación. De los 24 pacientes con recaída, apenas en 10 (41,6%) se optimizó el tratamiento para la EII. En la Tabla 1 se desglosa el resto de los resultados.

Conclusiones: La prevalencia de infección por SARS-CoV-2 en pacientes con EII fue de 44,2% en este estudio. La presentación de la enfermedad fue leve y asintomática en la mayor parte de los casos y no se notificó ningún caso grave. La infección por SARS-CoV-2

produjo exacerbación leve a moderada en 28% y sólo un enfermo experimentó exacerbación grave que exigió hospitalización.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Tabla 1. Manifestaciones clínicas de la infección por SARS-CoV-2 y exacerbación de la enfermedad. (Dom041)

Enfermedad por SARS-CoV-2, 82 (44,3)	
Asintomático	16 (19,3%)
Enfermedad leve	59 (71,1%)
Enfermedad moderada	8 (9,6%)
Enfermedad grave	0
Manifestaciones clínicas de la infección	
Astenia/adinamia	41 (61,2%)
Tos	34 (50,7%)
Cefalea	30 (44,8%)
Rinorrea	30 (44,8%)
Fiebre	29 (43,3%)
Mialgia	24 (35,8%)
Ageusia	22 (32,8%)
Odinofagia	21 (31,3%)
Anosmia	20 (29,9%)
Artralgias	17 (25,4%)
Disnea	11 (16,4%)
Conjuntivitis	5 (7,5%)
Diarrea	7 (10,4%)
Náusea	7 (10,4%)
Vómito	5 (7,5%)
Anorexia	5 (7,5%)
Dolor abdominal	2 (3%)
Exacerbación de la EII, 24 (29,3%)	
Aumento de frecuencia de heces	15 (62,5%)
Aumento del número de evacuaciones líquidas	11 (45,8%)
Presencia de moco/sangre en evacuaciones	11 (45,8%)
Mayor dolor abdominal	10 (41,6%)
Intensificación del tratamiento	10 (41,6%)
Dolor articular	7 (29,1%)
Hospitalización por agudización de la enfermedad	1 (4,1%)

Dom042

IMPACTO DE LAS VACUNAS CONTRA SARS-COV-2 EN EL CURSO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

L. Meza-López, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La vacunación contra el SARS-CoV-2 fue una de las medidas principales para controlar la contingencia secundaria a este virus durante la pandemia. Debido a su desarrollo y manufactura en menos tiempo del habitual para otro tipo de vacunas, las desarrolladas contra SARS-CoV-2, su efectividad y los efectos adversos cobraron especial interés, en particular en los grupos de personas con afecciones inmunomediadas y bajo tratamiento inmunosupresor, como los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), en virtud del tratamiento instituido en estos enfermos.

Objetivo: Evaluar los desenlaces clínicos de la EII en pacientes con el antecedente de vacunación contra SARS-CoV-2.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con EII vacunados contra SARS-CoV-2 con cualquier tipo de vacuna aplicada al menos una vez y que accedieran a contestar el cuestionario. Tipo de estudio:

transversal, observacional y descriptivo. Variables analizadas: sexo, tipo de EII, fenotipo y localización de la enfermedad, número de dosis aplicadas, marca de la(s) vacuna(s) aplicada(s), efectos adversos vinculados con la vacunación, aparición de exacerbación y manifestaciones de ésta de EII posterior a la inmunización.

Resultados: Se entrevistó a 181 pacientes con EII y antecedente de vacunación; 141 (77,9%) tenían diagnóstico de colitis ulcerosa crónica idiopática y 40 (22,1%) enfermedad de Crohn. De los pacientes entrevistados, 3 (1,7%) habían recibido sólo una dosis de la vacuna; 12 (12,9%) dos dosis; 112 (62,9%) tres dosis y 40 (22,5%) cuatro dosis. En total se registraron 547 dosis, en las cuales 123 (22,4%) causaron efectos adversos, los más comunes de los cuales fueron fiebre (46,3%), cefalea (45,5%) y mialgia (41,4%). De todas las dosis, sólo 19 (3,4%) produjeron exacerbación clínica de la enfermedad y las manifestaciones más frecuentes fueron la diarrea en 11 (57,8%) y moco con sangre en las evacuaciones (42%). Ningún paciente sufrió exacerbación grave que requiriera hospitalización. En la **Tabla 1** se describe el resto de los resultados.

Conclusiones: Las vacunas contra SARS-CoV-2 exacerbaron la EII en 3,4% de los pacientes; las manifestaciones principales fueron la diarrea y el moco con sangre en las evacuaciones, pero ninguna

Tabla 1. Características de las vacunas aplicadas, efectos adversos y exacerbación de la enfermedad. (Dom042)

Número de dosis aplicadas	547
Marca de las vacunas	
AstraZeneca	242 (42,2%)
Pfizer	138 (25,2%)
SputnikV	90 (16,4%)
J&J	5 (0,9%)
Sinovac	25 (4,5%)
Cansino	22 (4%)
Moderna	12 (2,1%)
No recuerda	13 (2,3%)
Efectos adversos relacionados con la vacunación, n = 123 (22,4%)	
Fiebre	57 (46,3%)
Cefalea	56 (45,5%)
Mialgia	51 (41,4%)
Astenia/adinamia	33 (26,8%)
Artralgia	31 (25,2%)
Náusea	6 (4,8%)
Rinorrea	4 (3,2%)
Diarrea	1 (0,8%)
Dolor abdominal	1 (0,8%)
Vómito	1 (0,8%)
Exacerbación de la enfermedad, n = 19 (3,4%)	
Moco/sangre en evacuaciones	8 (42%)
Diarrea	11 (57,8%)
Mayor dolor abdominal	5 (26,3%)
Dolor articular	5 (26,3%)
Intensificación del tratamiento	3 (15,7%)
Hospitalización por agudización de la enfermedad	0

exacerbación exigió hospitalización. Las vacunas parecen ser seguras en relación con el curso clínico de la EII.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Dom043

INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIROIDES* EN PACIENTES CON BROTE EN COLITIS ULCERATIVA

J. I. Carrillo-Rojas, F. Martínez-Silva, J. N. Varela-Martínez, A. Torres-Castro, S. Ontiveros-López, N. Bueno-Hernández, M. Rivera-Huizar, V. M. Mendoza-Martínez, M. A. Santoyo-Chávez, Hospital de Especialidades CMN La Raza/Departamento de Investigación, Clínica de EII, Hospital General de México

Introducción: La infección por *Clostridioides* en pacientes con brote de CUCI es una entidad relativamente frecuente que siempre debe descartarse, particularmente antes del inicio del tratamiento con esteroides o inmunosupresores, ya que podría agravarse el cuadro subyacente; más aún, algunos estudios han notificado un incremento del riesgo de colectomía. En el plano mundial, la prevalencia informada se aproxima a 10.5%; en México, un estudio publicado en 2012, que evaluó a 150 pacientes con CUCI que sufrieron recaída, refirió una prevalencia de 0,013%. Los factores de riesgo establecidos para la infección por *Clostridioides* en la población general se modifican en pacientes con EII y en ellos la inflamación crónica de la mucosa propicia cambios en la permeabilidad intestinal y por tanto disbiosis; además, el tratamiento instituido puede precipitar un estado de disfunción de respuesta inmunitaria a patógenos que acentúa la susceptibilidad a procesos infecciosos.

Objetivo: Analizar la prevalencia de infección por *Clostridioides* en pacientes con colitis ulcerativa que muestran actividad clínica.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes hospitalizados en el servicio de gastroenterología del HE CMN La Raza en el periodo de enero de 2022 a junio de 2023, con diagnóstico de colitis ulcerativa, signos clínicos de actividad y determinación de toxinas A y B, y GDH en heces. El diagnóstico de infección se estableció ante la positividad de una o ambas toxinas junto con la presencia de GDH. En los pacientes que cumplieron el criterio se estratificó la gravedad de acuerdo con el valor de leucocitos y creatinina. Tipo de estudio: cohorte retrospectiva. Variables analizadas: edad actual, edad al diagnóstico de CUCI, sexo, Montreal, Mayo endoscópico, diabetes, tratamiento empleado y gravedad. Análisis estadístico: las variables cuantitativas se expresaron con medidas de tendencia central y medidas de dispersión; las variables cualitativas se describen mediante frecuencias y porcentajes. La relación se evaluó con tablas cruzadas y ji cuadrada. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 25.

Resultados: Se analizó una muestra de 43 pacientes, de los cuales 25 fueron hombres (58,1%) y 18 mujeres (41,9%). La edad media del diagnóstico de CUCI fue de $35,3 \pm 14,5$ años y la edad en el brote fue de $42,7 \pm 15,4$ años. La extensión por Montreal fue de 2,3% para E1, 51,2% para E2 y 44,2% para E3; el 51,2% de los pacientes tenía actividad endoscópica moderada (Mayo 2). Durante la presentación, la puntuación de Truelove-Witts correspondió a actividad moderada en el 51,2% de los casos. Se identificó infección por *Clostridioides* en 13,9% de los casos, con predominio en mujeres y diferencia estadística significativa (hombres 4% vs. mujeres 27,7%, $p = 0,026$) (Tabla 1). En términos de la gravedad, el 83,3% de los casos experimentó un episodio inicial no grave. Al evaluar al grupo con la infección en comparación con el que no la tenía, el 100% de los casos recibía tratamiento con prednisona ($p = 0,019$); no se registraron diferencias en el parámetro de Montreal, Mayo endoscópico y diabetes.

Conclusiones: La prevalencia de infección por *Clostridioides* en esta población es mayor a la informada en las publicaciones médicas nacionales e internacionales. Estos hallazgos deben llevar a promover

Tabla 1. Características de los pacientes con infección por *Clostridioides*. (Dom043)

Variables	Hombres (%)	Mujeres (%)	p
	25 (58,1)	18 (41,9)	
Edad en el brote	40,6 ± 14,2	45,5 ± 16,9	0,329
Edad al diagnóstico de CUCI	34,2 ± 13,3	36,9 ± 16,3	0,561
Montreal			0,848
E1	2 (8)	2 (11,1)	
E2	7 (28)	6 (33,3)	
E3	16 (64)	10 (55,6)	
Mayo endoscópico			0,279
Mayo 1	1 (4,0)	0 (0)	
Mayo 2	11 (44)	12 (66,7)	
Mayo 3	13 (52)	6 (33,3)	
Diabetes	1 (4)	0 (0)	0,391
Truelove-Witts inicial			0,969
Leve	11 (44)	8 (44,4)	
Moderado	13 (52)	9 (50)	
Grave	1 (4,0)	1 (5,6)	
Tratamiento en el momento del brote			
Mesalazina oral	24 (96)	17 (94,4)	0,811
Mesalazina rectal	14 (56)	15 (83,3)	0,059
Prednisona	14 (56)	10 (55,6)	0,977
Azatioprina	6 (24)	4 (22,2)	0,892
Infliximab	2 (8)	0 (0)	0,219
Adalimumab	1 (4)	1 (5,6)	0,811
Infección por <i>Clostridioides</i>	1 (4)	5 (27,7)	0,026
Gravedad			0,624
Primer episodio no grave	1 (100)	4 (80)	
Primer episodio grave	0 (0)	1 (20)	

mejoras en las precauciones de aislamiento en la atención sanitaria y a realizar siempre una búsqueda intencionada del agente ante una sospecha clínica.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Dom044

DESENLACE QUIRÚRGICO EN LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN PERIODO DE 10 AÑOS (2013-2023)

R. T. Hernández-Rodríguez, M. Murillo-López, S. M. Narváez-Chávez, T. Cortés-Espinosa, J. G. López-Gómez, M. V. Ramos-Gómez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

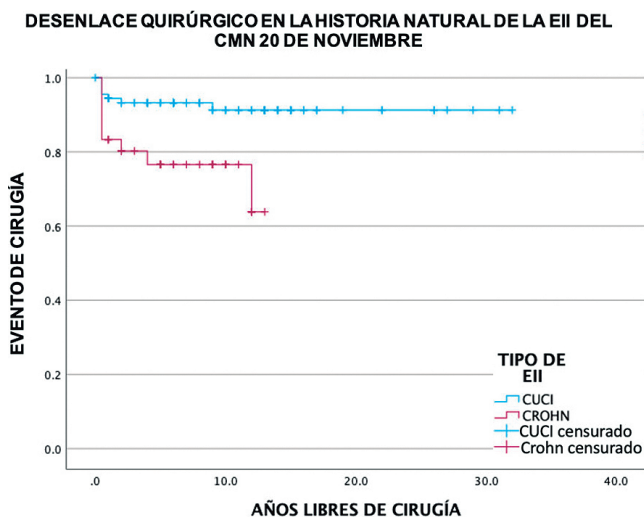
Introducción: La colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC) son enfermedades intestinales inflamatorias (EII) crónicas, evolutivas y destructivas. La EII posee un riesgo quirúrgico mundial. La probabilidad de someterse a cirugía 10 años después del diagnóstico de EC es de 40% a 70% y la de CUCI de 32,4%; sin embargo, se desconoce en México su prevalencia a 10 años desde su diagnóstico inicial.

Objetivo: Conocer el desenlace quirúrgico de la enfermedad inflamatoria intestinal en un periodo de 10 años en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

Material y métodos: Se incluyó a 127 pacientes con EII del CMN 20 de Noviembre en el periodo comprendido entre enero de 2013 y febrero de 2023. Tipo de estudio: descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional. En la ficha electrónica de recolección de datos se registraron las siguientes variables: género, edad, comorbilidades personales, criterios de gravedad, distribución de la CUCI, clasificación de Montreal, calificaciones de Mayo y SES-CD (E1, proctitis; E2, izquierda; y E3, extensa o pancolitis) o localización de la EC (L1, íleon terminal; L2, colon; L3, ileocolónica; y L4, localización digestiva alta), edad y año de diagnóstico de EII, tratamiento farmacológico para la EII (aminosalicilatos o tratamiento biológico), así como antecedentes de tratamiento quirúrgico. El criterio de inclusión fue el diagnóstico de EII con parámetros clínicos, bioquímicos, radiológicos, endoscópicos y posquirúrgicos. Se utilizaron las curvas de Kaplan-Meier sobre la base de intervención quirúrgica y el tipo de enfermedad para comparar el tiempo hasta el acto quirúrgico según fuera el tipo de EII.

Resultados: De los 127 pacientes incluidos, 71,6% (n = 91) tenía CUCI y 28,3% (n = 36) EC. El desenlace quirúrgico para CUCI fue de 7,6% (n = 7) y para EC de 25% (n = 9). Las localizaciones más frecuentes de la enfermedad en el momento del diagnóstico fueron: ileal (L1) en 55,6% (n = 20) y colitis extensa (E4) en 58,2% (n = 53). La media de edad al diagnóstico fue de 52 años. En la CUCI se identificó a 48,4% (n = 44) de hombres y a 51,6% (n = 47) de mujeres. Respecto de la actividad al diagnóstico más frecuente: Mayo 2 en 35,2% (n = 32) y Mayo 3 en 39,6% (n = 36). El tratamiento de mantenimiento incluyó infliximab en 30,8% (n = 28), mesalazina en 23,1% (n = 21), adalimumab en 19,8% (n = 18), certolizumab en 14,3% (n = 13), ustekinumab en 8,8% (n = 8) y vedolizumab en 3,3% (n = 3). La comorbilidad más frecuente relacionada fue la colangitis esclerosante primaria con 6,6% (n = 6). En comparación con la EC, se encontró que fueron hombres en 50% (n = 18) y mujeres en 50% (n = 18). SES-CD de 4 a 9: 50% (n = 18); SES-CD de 10 a 17: 44,4% (n = 16); SES-CD > 18: 5,6% (n = 2). Para el tratamiento de mantenimiento se administraron infliximab en 30,6% (n = 11), mesalazina en 22,2% (n = 8), adalimumab en 16,7% (n = 6), certolizumab en 13,9% (n = 5), ustekinumab en 11,1% (n = 4) y vedolizumab en 5,6% (n = 2). La comorbilidad más frecuente fue la diabetes de tipo 2 con 5,6% (n = 2). Se realizó un análisis de Kaplan-Meier, en el cual la probabilidad de no someterse a cirugía a los 10 años en la CUCI fue del 91,26%, en comparación con la EC, cuya probabilidad fue de 76,6% (p = 0,005), como lo muestra la **Figura 1**.

Figura 1. La probabilidad de no requerir cirugía a los 10 años en la CUCI es de 91,26%, en comparación con la EC, cuya probabilidad es de 76,6%. (Dom044)



Conclusiones: La EII es todavía un reto para el clínico y se requiere un diagnóstico preciso y oportuno para conocer el fármaco a administrar y reducir el número de cirugías en la EC en Latinoamérica, incluido el centro de EII de los autores.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom045

IMPACTO ECONÓMICO DEL TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: UN ENFOQUE HACIA LA RENTABILIDAD Y LA GRATUIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA

S. K. Dosal-Limón, R. R. Sánchez-Rosado, A. Vela-Torres, G. Ramírez-García, H. Martínez-González, R. Y. López-Pérez, G. M. L. Guerrero-Avenidaño, B. Jiménez-Bobadilla, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se ha convertido en un desafío para la salud pública en México, con un aumento de la prevalencia de los casos de enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa crónica idiopática. Además de los efectos en la salud de los pacientes, la EII también representa costos económicos de consideración. El diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la EII implican cargas onerosas para los pacientes y el sistema de salud en general. En consecuencia, comprender el efecto económico de esta enfermedad es crucial para tomar decisiones informadas acerca de su tratamiento y asignación de recursos.

Objetivo: Determinar el efecto económico a corto (un mes) y largo (12 meses) plazos de la atención médica y el tratamiento quirúrgico en pacientes diagnosticados con EII en un hospital de tercer nivel en México.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en el cual se incluyó a 118 pacientes diagnosticados con EII y tratados en la Clínica de EII del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga en los últimos 12 meses. Se evaluó el efecto económico de los tratamientos médico (convencional y biológico) y quirúrgico en el control de la EII. Se recopilaron datos a partir de registros médicos y facturas de los pacientes. Para el cálculo de costos del tratamiento médico se consideraron los costos unitarios de los fármacos con base en los precios máximos al público de una farmacia convencional. Para el tratamiento quirúrgico se tomaron en cuenta los costos proporcionados por el hospital. Se registraron y tabularon los costos individuales de cada paciente y se calculó el costo total de cada esquema de tratamiento a uno y 12 meses. Los datos se analizaron mediante métodos estadísticos descriptivos para obtener medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: Las características demográficas y clínicas de los pacientes participantes en el estudio se presentan en la **Tabla 1**. El costo mensual promedio del tratamiento médico para un paciente con EII fue de 11.612,45 pesos, lo que resulta en un costo total de 139.349,40 pesos a lo largo de 12 meses. Si se considera a todos los pacientes (118), el costo total de atención médica alcanza los 16,443,229.20 pesos en 12 meses. En cuanto al tratamiento quirúrgico, se observa un costo promedio de 626.847,45 pesos por intervención quirúrgica en pacientes con EII. El costo total del tratamiento quirúrgico para estos pacientes con EII, que incluyó a un total de 24 pacientes, asciende a 15.043.379 pesos. Por lo tanto, el tratamiento médico parece ser más rentable en comparación con el tratamiento quirúrgico (el costo total del tratamiento médico para los 121 pacientes durante un año es de 16.443.229,20 pesos en comparación con el costo total del tratamiento quirúrgico de los 24 pacientes de 15.043.379 pesos). En esta institución, el 95% de los pacientes de la clínica de EII cuenta con gratuidad en la atención

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes con EI. (Dom045)

Diagnóstico, n (%)	EII n = 118 (100%)	CUCI n = 95 (80,5%)	EC N = 23 (19,5%)
Sexo, n (%)			
Masculino	48 (40,7%)	37 (38,9%)	10 (43,5%)
Femenino	70 (59,3%)	58 (61,1%)	13 (56,5%)
Edad media, años ± DE	41 ± 14 años	41 ± 13 años	42 ± 15 años
Tratamiento médico, n (%)			
Convencional	91 (77,1%)	80 (84,2%)	11 (47,8%)
Biológico	27 (22,9%)	15 (15,8%)	12 (52,2%)
Tratamiento quirúrgico, n (%)			
Sí	24 (20,3%)	15 (15,8%)	9 (39,1%)
No	94 (79,7%)	80 (84,2%)	14 (60,9%)
Costos de tratamiento, n (promedio anual)			
Tratamiento con 1 fármaco	47 (\$1.907.497)	39 (\$1.582.817)	8 (\$324.680)
Tratamiento con 2 fármacos	28 (\$2.637.209)	26 (\$2.448.837)	2 (\$188.372)
Tratamiento con 3 fármacos	15 (\$2.680.547)	14 (\$2.501.843)	1 (\$178.703)
Tratamiento biológico	28 (\$11.739.064)	16 (\$6.708.036)	12 (\$5.031.027)
Tratamiento quirúrgico	24 (\$15.043.379)	15 (\$10.209.470)	9 (\$4.833.909)

médica. Esto representa un ahorro significativo en los costos directos de atención en salud para los pacientes.

Conclusiones: Este estudio proporciona evidencia sobre los efectos económicos del tratamiento médico y quirúrgico en pacientes con EI. Los resultados respaldan la consideración del tratamiento médico como la opción más rentable, al tiempo que destaca la importancia de la gratuidad en la atención médica para mejorar el acceso equitativo y aliviar la carga financiera de los pacientes y sus familias.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Dom046

ANÁLISIS DE LOS ASPECTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES DE LA CLÍNICA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA

R. R. Sánchez-Rosado, S. K. Dosal-Limón, A. Vela-Torres, G. Ramírez-García, 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 (EII), como la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), se distingue por episodios de diarrea crónica con sangre y moco, y afectan de modo negativo la salud del paciente y los recursos de atención médica. En México, la CUCI es cuatro veces más común que la EC, con un aumento de su diagnóstico en grupos de edad más jóvenes, lo cual altera su calidad de vida y las actividades diarias. Afortunadamente, en las últimas décadas se han observado avances terapéuticos, con menor necesidad de cirugía gracias a un diagnóstico temprano y el desarrollo de tratamientos farmacológicos más efectivos, como los biológicos. Sin embargo, todavía existe un considerable porcentaje de pacientes que requieren intervenciones quirúrgicas, ya sea por la falta de respuesta al tratamiento médico en casos de CUCI o por las complicaciones agudas de la EC.

Objetivo: Analizar y describir los aspectos médico-quirúrgicos de los pacientes con EII que reciben atención en la Clínica de Enfermedad

Inflamatoria Intestinal (CEII) del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga (HMGEI).

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y analítico. Se incluyó a 118 pacientes con EII atendidos en la CEII-HMGEI en el periodo de marzo de 2022 a marzo de 2023. Se recopilaron datos clínicos y demográficos, como antecedentes de tabaquismo, edad al diagnóstico, años de evolución, manifestaciones extraintestinales, tratamientos médicos y quirúrgicos. Se analizaron los resultados de los procedimientos quirúrgicos realizados, incluidos las indicaciones y los tipos de operación. Los datos se analizaron mediante el paquete SPSS versión 26 y se utilizaron estadísticas descriptivas para obtener medidas de tendencia central y distribución de frecuencias, y ji cuadrada para el análisis inferencial.

Resultados: De los 118 pacientes atendidos, el 80,5% (95 pacientes) tenía diagnóstico de CUCI, mientras que el 19,5% de EC. Del total de enfermos, el 59,3% correspondió a mujeres y el 40,7% a hombres. La edad promedio fue de 41 años; el 67,8% se diagnosticó antes de los 40 años y no hubo diferencia significativa entre los grupos ($p > 0,05$). Respecto del antecedente de tabaquismo, el 43,5% fue positivo en el grupo de EC en comparación con el 14,7% de los pacientes con CUCI ($p < 0,001$). Se identificaron más manifestaciones extraintestinales en el grupo de EC ($p = 0,02$), las más comunes de las cuales fueron las artralgias/artritis. El 77,1% recibía tratamiento convencional, en tanto que el 22,9% ya contaba con algún tipo de tratamiento biológico, sobre todo el grupo de EC con una mayor proporción de pacientes. En cuanto a la necesidad de medidas operatorias, el 20,3% ha requerido tratamiento quirúrgico, en especial el grupo con EC que fue el más afectado. En la CUCI fue necesario sobre todo por la falta de respuesta al tratamiento médico (13,7%), mientras que en la EC se requirió por estenosis (34,8%). Los procedimientos más comunes fueron la proctocolectomía total con reservorio en J (7,4%) en la CUCI y la hemicolectomía derecha más anastomosis ileotransversal (8,7%) y la resección intestinal ileal más ileostomía (8,7%) en la EC.

Conclusiones: Se observó que, si bien hay una menor proporción de pacientes con EC, éstos son los más difíciles. Pese a que la cirugía puede considerarse una opción válida en casos de CUCI resistente al tratamiento médico o por complicaciones en la EC, es necesario valorar con precisión su indicación. Para ofrecer la mejor atención médica y quirúrgica posible es esencial contar con un enfoque multidisciplinario y tomar decisiones informadas, de tal modo que se reduzcan al mínimo las complicaciones.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom047

EFICACIA DE RISANKIZUMAB SEGÚN LA GRAVEDAD BASAL DE LA ENFERMEDAD CLÍNICA, BIOQUÍMICA Y ENDOSCÓPICA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN DE MODERADA A GRAVEMENTE ACTIVA

R. Panaccione, B. R. Tapia-Contla, G. D'Haens, J. P. Seenan, F. Caprioli, C. Siegel, M. Nakamura, S. Chen-Wei, K. Kligys, Y. Zhang, Unidad de Enfermedades Inflammatorias Intestinales, División de Gastroenterología y Hepatología, Universidad de Calgary, Canadá

Introducción: El risankizumab (RZB), un anticuerpo monoclonal p19-antiinterleucina 23, ha demostrado eficacia como tratamiento de inducción y mantenimiento en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) de moderada a gravemente activa.

Objetivo: Valorar la eficacia del tratamiento de inducción y mantenimiento con RZB de acuerdo con la gravedad basal de la enfermedad clínica, bioquímica y endoscópica.

Material y métodos: En los estudios ADVANCE (NCT03105128) y MOTIVATE (NCT03104413), los pacientes con EC de moderada a gravemente activa e intolerancia/respuesta inadecuada a ≥ 1 producto biológico (ambos estudios) o tratamiento convencional (ADVANCE) se distribuyeron al azar para recibir tratamiento de inducción con RZB intravenoso (IV) o placebo (PBO) durante 12 semanas. Los pacientes que alcanzaron la frecuencia de deposiciones o la respuesta clínica de la puntuación de dolor abdominal a las 12 semanas de tratamiento de inducción se realeatorizaron en el estudio FORTIFY (NCT03105102) para recibir RZB de mantenimiento subcutáneo (SC) (180 mg o 360 mg) o placebo (retiro). Los criterios de valoración clínicos y endoscópicos se evaluaron mediante las características basales de la enfermedad (índice de la actividad de la enfermedad de Crohn [CDAI: ≤ 300 , > 300], proteína C reactiva de alta sensibilidad [hs-CRP: < 10 mg/L, ≥ 10 mg/L] y puntuación endoscópica simple para la enfermedad de Crohn [SES-CD: 6-15, > 15]). Los análisis de inducción incluyeron a pacientes que recibieron RZB (600 mg) o placebo y se agruparon los datos de los estudios ADVANCE y MOTIVE. Se utilizó la imputación sin respuesta que incorpora imputación múltiple para manejar los datos faltantes debido a COVID-19.

Resultados: El análisis de inducción incluyó a 527 pacientes que recibieron RZB (600 mg IV) y 362 pacientes que recibieron placebo. Los pacientes tratados con RZB (600 mg IV) lograron tasas de respuesta significativamente más altas en comparación con el placebo en la semana 12, al margen del subgrupo ($p < 0,05$ para todos). En el estudio de mantenimiento, los pacientes tratados con RZB SC alcanzaron tasas de respuesta más altas en comparación con el grupo de placebo (retiro) aún en la semana 52, cualquiera que fuera el subgrupo (p no $< 0,05$ para todos). Por lo general, las mejorías en los resultados clínicos y endoscópicos se observaron de las semanas 12 a 52 con el tratamiento con RZB en todos los subgrupos. Las tasas de respuesta fueron casi siempre similares entre los subgrupos tanto en los estudios de inducción como en los de mantenimiento; las tasas de remisión endoscópica y de endoscopia sin úlceras (resolución de la úlcera) fueron numéricamente más bajas en los pacientes con mayor inflamación (hsCRP > 10 mg/mL) y actividad endoscópica (SESCD > 15).

Conclusiones: El tratamiento de inducción con RZB produjo tasas más elevadas de respuesta en los resultados clínicos y endoscópicos en comparación con el placebo en la semana 12, independientemente de la gravedad basal de la enfermedad clínica, bioquímica y endoscópica. El RZB también mostró una eficacia duradera con el tratamiento de mantenimiento continuo de RZB, lo que apoya el uso de largo plazo de RZB para pacientes en un amplio espectro de gravedad y actividad de la enfermedad basal.

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

Dom048

EVALUACIÓN DE LA REMISIÓN TRANSMURAL MEDIANTE ENTERORRESONANCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN PERTENECIENTES AL CENTRO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE, ISSSTE

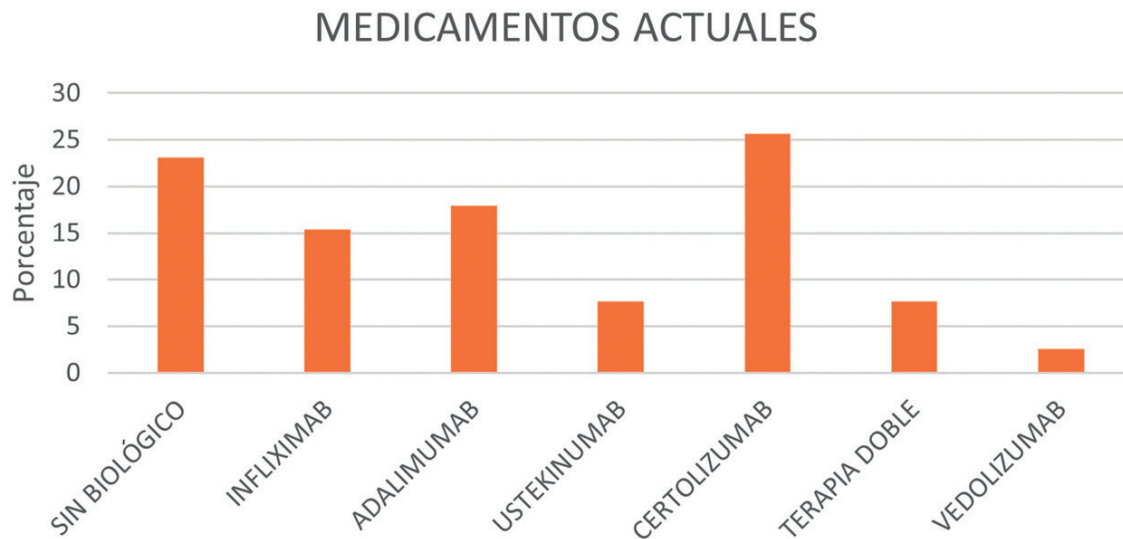
D. F. Cafaggi-Padilla, D. A. García-Alonso, R. Sosa-Martínez, E. Goulet-Vértiz, J. G. López-Gómez, M. V. Ramos-Gómez, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) es un trastorno autoinmunitario, segmentario y transmural y puede afectar cualquier segmento del tubo digestivo. Debido a que no existe hasta el momento un estudio específico para dicha enfermedad, el diagnóstico depende de la correlación entre aspectos clínicos, endoscópicos, histológicos y de imagen y laboratorio. Los estudios de imagen son esenciales en el seguimiento de la EC, ya que pueden determinar el fenotipo de la enfermedad y proporcionar información adicional a los estudios endoscópicos; por ejemplo, se ha documentado que hasta 50% de los pacientes con colonoscopia sin alteraciones pueden mostrar inflamación transmural en estudios de imagen. La enterorresonancia es el estudio que permite observar con mejor detalle las capas del tubo digestivo y determinar así con mayor exactitud si tienen algún tipo de alteración; además, en comparación con otros estudios de imagen, tiene la ventaja de no exponer al paciente a radiación y no ser invasiva, respecto de la enterotomografía y el ultrasonido endoscópico, respectivamente. De acuerdo con diversos informes internacionales, el intervalo en el que se logra la remisión transmural (RT) es de 14% a 42,4%. Es importante conseguir la RT porque no hacerlo supone un riesgo mayor de estenosis intestinal, fístulas y formación de abscesos que al final requieren intervención quirúrgica.

Objetivo: Determinar el porcentaje de pacientes con EC que satisfacen criterios de RT mediante la escala MaRIA (índice de actividad por resonancia magnética), así como establecer los factores vinculados con RT, actividad y actividad grave.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con EC pertenecientes al Centro de Enfermedad Inflammatoria Intestinal del Hospital 20 de Noviembre. Tipo de estudio: observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Variables analizadas: edad, género y tratamientos. Análisis estadístico: se utilizó prueba t de Student para variables cuantitativas y ji cuadrada para las cualitativas.

Resultados: Intervino un total de 39 pacientes con EC, con edad promedio de 47 años y predominio del sexo femenino (53,8%); 56% recibió tratamiento biológico (Fig. 1). De acuerdo con la escala de MaRIA, el 28% de los pacientes tiene criterios para RT, 49% enfermedad activa y 23% enfermedad activa grave. Como factores relacionados se identificó el sexo femenino, ya que el 34% se hallaba en RT y sólo el 14% mostraba actividad grave, en comparación con el sexo masculino en el que sólo el 22% tenía RT y 34% actividad grave. Incluso el único paciente que desarrolló adenocarcinoma de colon era de sexo masculino (0,02%). En cuanto al tratamiento, no existe diferencia entre grupos dado que el 81% y el 88% se hallan bajo tratamiento biológico en los grupos de RT y enfermedad grave,

Figura 1. Tipo de tratamiento en pacientes con enfermedad de Crohn. (Dom048)

respectivamente; sin embargo, en el grupo de enfermedad grave, el 33% recibe tratamiento con antiintegrina 12-23, mientras que en el grupo de RT el 81% es objeto de tratamiento con anti-TNF- α .

Conclusiones: Dentro del seguimiento de los pacientes con EC es elemental la enterorresonancia para confirmar o descartar la RT y determinar así el éxito del tratamiento establecido.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom049

ASOCIACIÓN ENTRE LA DEFICIENCIA DE VITAMINA D Y OTRAS VARIABLES BIOQUÍMICAS CON LA FATIGA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. E. Moreno-González, J. K. Yamamoto-Furusho, L. Meza-López, J. I. Cervantes-Contreras, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La fatiga es uno de los principales síntomas referidos por los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII); en México se ha publicado que hasta el 87% de los pacientes con EII sufre fatiga en diferentes grados. La incidencia y la prevalencia de la EII van en aumento, sobre todo en pacientes jóvenes de 20 a 40 años, época de la vida en la que son muy productivos. La fatiga se relaciona con la actividad de la enfermedad y, por su parte, la deficiencia y la insuficiencia de vitamina D con la actividad de la enfermedad, pero no se ha establecido si existe una correlación independiente entre la fatiga y las concentraciones de vitamina D.

Objetivo: Determinar si existe un nexo entre los valores séricos de vitamina D y la fatiga en pacientes con EII.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con diagnóstico de colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y enfermedad de Crohn (EC) de la Clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), que contestaron la escala de autoevaluación de fatiga en EII validada al idioma español para pacientes mexicanos y que contaron con estudios de laboratorio, como vitamina D (25-hidroxicolecalciferol), prueba inmunohistoquímica fecal (FIT, *fecal immunochemical test*), calprotectina fecal, biometría hemática y proteína C reactiva (PCR), con diferencia máxima de un mes

Tabla 1. Relación entre fatiga y vitamina D. (Dom049)

Variable	Fatiga en general (n = 68)	p	Fatiga leve a moderada (n = 56)	p	Fatiga grave (n = 12)	p
Sexo femenino (n = 41)	RM: 1,8	0,51	RM: 1,6	0,65	RM: 3,2	0,32
CUCI (n = 70)	RM: 1,19	1	RM: 1,5	1	RM: 0,54	0,9
Extensión E3 (n = 43)	RM: 3,4	0,12	RM: 3,1	0,17	RM: 6,1	0,16
Extensión E1 (n = 9)	RM: 0,162	0,04	RM: 0,194	0,078	RM: 0,16	0,237
Actividad de la enfermedad (n = 38)	RM: 3,5	0,115	RM: 2,3	0,3743	RM: 35,75	0,0012
Larga evolución de la enfermedad (n = 54)	RM: 1,3	0,91	RM: 1,5	0,71	RM: 0,75	1
FIT (n = 15)	RM: 2,8	0,8	RM: 2,6	0,8	RM: 4	1
PCR > 1 mg/dL (n = 18)	RM: 3,1	0,48	RM: 2,3	0,74	RM: 9	0,12
Vitamina D insuficiente (n = 31)	RM: 1,7	0,81	RM: 2,3	0,6	RM: 0,6	1
Vitamina D deficiente (n = 13)	RM: 5,6	0,28	RM: 8,66	0,14	RM: 1,5	1
Vitamina D insuficiente + deficiente (n = 44)	RM: 3,11	0,54	RM: 3,5	0,3	RM: 0,8	1
Calprotectina > 250 ug/g de heces (n = 41)	RM: 2,8	0,32	RM: 2,5	0,29	RM: 4,66	0,199

entre la aplicación del cuestionario y la realización de los estudios de laboratorio. Se excluyó a los pacientes que tuvieran el antecedente personal de otra enfermedad capaz de producir fatiga, como una neoplasia maligna, hipotiroidismo, enfermedad reumatológica degenerativa, entre otras. Tipo de estudio: descriptivo, analítico de corte transversal y observacional. Variables analizadas: edad, sexo, tipo de EII, extensión de la enfermedad (clasificación de Montreal), actividad de la enfermedad (índice de Truelove-Witts e índice integral de Yamamoto-Furusho para CUCI; índice de actividad de enfermedad de Crohn e índice de actividad de Harvey-Bradshaw para EC), tiempo de evolución de la enfermedad, vitamina D, proteína C reactiva ultrasensible, calprotectina fecal, FIT y tratamiento médico. Análisis estadístico: se realizó con el programa SPSS versión 25 y se tomó un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Se incluyó a 81 pacientes, el 50,6% de ellos mujeres; el promedio de edad fue de 41,9 años \pm 13,48 años, el 77,8% (63 sujetos) procedía del INCMNSZ, 86,4% (70 pacientes) tenía el diagnóstico de CUCI y 53,1% (43 individuos) se encontraba en remisión clínica. El 84% de los pacientes mostró fatiga, 69,1% tuvo fatiga leve a moderada y 14,8% fatiga grave. Sólo el 16% de los individuos con EII no sufrió fatiga. No se identificó relación entre las concentraciones de vitamina D y la fatiga en pacientes con EII. El 55,4% registró valores de vitamina D insuficientes, 23,2% deficientes y 21,4% normales. Los pacientes con CUCI y pancolitis tuvieron más fatiga en comparación con los pacientes que sólo tenían afectación rectal (RM, 7,8; IC95%, 1,4-41,4; $p = 0,03$); la proctitis es un factor protector de fatiga (RM, 0,162; IC95%, 0,035-0,75; $p = 0,04$). La actividad de la enfermedad se vinculó con un riesgo aumentado de fatiga, especialmente la fatiga grave (RM, 35,75; IC95%, 3,4-368; $p = 0,001$). No se reconoció un vínculo entre el tiempo de evolución de la enfermedad y la fatiga, así como tampoco con marcadores bioquímicos de actividad como PCR-us > 1 mg/dL, calprotectina fecal elevada > 250 ug/g de heces ni FIT positiva en heces. Los resultados se muestran en la **Tabla 1**.

Conclusiones: No existió una relación entre los valores séricos de vitamina D y la de fatiga. El factor vinculado con ésta fue la extensión y la actividad clínica de la enfermedad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom050

FRECUENCIA DE ANEMIA Y DEFICIENCIA DE HIERRO SIN ANEMIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. E. Moreno-González, J. K. Yamamoto-Furusho, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La anemia es una complicación frecuente en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). El tipo más frecuente es la anemia mixta, seguida de la anemia por deficiencia de hierro y por la enfermedad crónica; menos comunes son la anemia por deficiencia de vitamina B₁₂ o la de folatos. En México no existen datos sobre la frecuencia de anemia o deficiencia de hierro sin anemia en pacientes con EII.

Objetivo: Determinar la frecuencia de anemia y deficiencia de hierro sin anemia, así como las variables clínicas y bioquímicas adjuntas.

Material y métodos: Se incluyó a los pacientes mayores de 16 años con diagnóstico de CUCI y EC de la clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán que tuvieran biometría hemática, ferritina, cinética de hierro, PCR y calprotectina fecal en su consulta de seguimiento; se excluyó a los sujetos con otra posible causa de anemia, además de la EII, así como a enfermos hospitalizados. Tipo de estudio: descriptivo, analítico de corte transversal y observacional. Variables analizadas: edad, sexo, tipo de enfermedad, actividad de la enfermedad (índice de Truelove-Witts e índice integral de Yamamoto-Furusho para la CUCI; índice de actividad de la enfermedad de Crohn e índice de actividad de Harvey-Bradshaw para la EC, clasificación de la OMS de anemia, clasificación de Montreal respectiva en CUCI y EC, PCR ultrasensible, calprotectina fecal y tratamiento médico). Análisis estadístico: se realizó con el programa SPSS versión 25 y se tomó un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Resultados: Se incluyó a 64 pacientes con EII y predominó el género femenino con 59,4%. La edad promedio fue de 48,45 \pm 15,9. Predominó asimismo el diagnóstico de CUCI con 71,9% y 64,1% se encontraba en remisión clínica. El 28,1% tuvo el diagnóstico de anemia, 12,5% el de anemia por deficiencia de hierro, 10,9% el de anemia por enfermedad crónica y 4,7% el de anemia mixta. No se identificó a individuos con anemia por deficiencia de vitamina B₁₂ ni folatos. El 77,8% se clasificó como anemia leve, el 16,7% como anemia moderada y el 5,6% como anemia grave. El 19,6% sufrió deficiencia de hierro sin anemia. No se registró diferencia significativa entre la presentación de anemia en los pacientes con EC en comparación con los pacientes con CUCI (RM, 2,99; IC95%, 0,89-9,22; $p = 0,13$); tampoco hubo una diferencia significativa entre ambos sexos para la presentación de anemia (RM, 1,53; IC95%, 0,49-4,8; $p = 0,64$). La mayor extensión en los sujetos con CUCI no se vinculó con mayor frecuencia de anemia (pancolitis: RM, 1,14; IC95%, 0,7-1,4; $p = 1$). El patrón estenosante en personas con EC no se relacionó con mayor presentación de anemia de forma significativa (RM, 4,5; IC95%, 0,58-34,6; $p = 0,31$). La actividad de la enfermedad se acompañó de mayor riesgo de anemia de cualquier tipo (RM, 23,75; IC95%, 5,5-101; $p < 0,05$), por deficiencia de hierro (RM, 17,5; IC95%, 1,9-153,8; $p = 0,0043$) y deficiencia de hierro sin anemia (RM, 35, IC95%, 4,7-255; $p = 0,0001$).

Tabla 1. Variables relacionadas con anemia y deficiencia de hierro sin anemia. (Dom050)

Variable	Anemia (n = 18)	p	Anemia ferropénica (n = 8)	p	Anemia por enfermedad crónica (n = 7)	p	Anemia mixta (n = 3)	p	Deficiencia de hierro sin anemia (n = 9)	p
Sexo femenino (n = 38)	RM: 1,5	0,6	RM: 2,25	0,5	RM: 0,9	1	RM: 1,3	1	RM: 8,4	0,07
Crohn (n = 18)	RM: 2,8	0,13	RM: 0,83	1	RM: 4,09	0,17	RM: 5,6	0,3	RM: 2,1	0,6
Enfermedad activa (n = 23)	RM: 23,75	< 0,05	RM: 17,5	0,0043	RM: 5,41	0,097	RM: 8	0,1	RM: 35	0,0001
EC B2 (n = 10)	RM: 4,5	0,31	RM: 1,5	1	RM: 0,75	1	RM: 0,66	1	RM: 0,66	1
CUCI E3 (n = 36)	RM: 1,14	1	RM: 1,4	1	RM: 0,52	1	RM: 0,61	1	RM: 1,52	1
PCR > 1 mg/dL (n = 60)	RM: 8,8	0,0013	RM: 0,475	0,8	RM: 32	0,0001	RM: 5,6	0,39	RM: 8,5	0,034
Calprotectina > 250 ug/g de heces (n = 58)	RM: 4,6	0,05	RM: 1,7	0,8	RM: 4,6	0,3	RM: 3,6	0,4	RM: 11,8	0,002

La PCR ultrasensible > 1 mg/dL se relacionó con anemia de cualquier tipo (RM, 8,8; IC95%, 2,4-32,1; p = 0,0013), anemia por enfermedad crónica (RM, 32; IC95%, 3,6-283,4; p = 0,0001) y deficiencia de hierro sin anemia (RM, 8,5; IC95%, 1,4-50; p = 0,034). La calprotectina fecal > 250 mcg/g se acompañó de anemia de cualquier tipo (RM, 4,6; IC95%, 1,1-18,6; p = 0,05) y de deficiencia de hierro sin anemia (RM, 11,8; IC95%, 1,3-107,4; p = 0,029). Los resultados se muestran en la **Tabla 1**.

Conclusiones: La anemia y la deficiencia de hierro sin anemia son complicaciones frecuentes en pacientes con EII, las cuales se relacionan con la actividad de la enfermedad. Por lo anterior, es esencial la vigilancia estrecha con biometría hemática y cinética de hierro, sobre todo en pacientes con EII activa.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom051

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL MUNDO REAL Y PATRONES DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL MODERADA A GRAVE EN MÉXICO: RISE-MX, UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO

R. M. Miranda-Cordero, M. A. Martínez-Vázquez, F. J. Bosques-Padilla, J. K. Yamamoto-Furusho, Centro Médico ISSEMyM

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) cursa con periodos de remisión y recaídas; el tratamiento se establece según sean el fenotipo, los factores de riesgo y la gravedad de la enfermedad. De acuerdo con las tendencias terapéuticas, se ha informado el uso de aminosalicilatos y corticoesteroides como primera línea, con una subutilización de fármacos ahorradores de corticoesteroides y biológicos.

Objetivo: Determinar la proporción de pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y enfermedad de Crohn (EC) y la actividad

moderada/grave al día de la conformación de la cohorte. Además, describir el fenotipo y las tendencias en el tratamiento de la EII en una cohorte multicéntrica.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional, transversal y retrospectivo de tres años. Se incluyó a 335 pacientes (> 18 años, con consentimiento informado, de ambos sexos, con diagnóstico de EII de moderada/grave al menos seis meses antes del día de la integración de la cohorte, tras considerar un índice de Harvey-Bradshaw (HBI) ≥ 8 para la EC o un índice de actividad de la enfermedad de Crohn (CDAI) ≥ 220 puntos, y para la CU de 9 puntos en la puntuación parcial de Mayo (PMS) ≥ 5 en el día 1). Se incluyó a 326 pacientes en el análisis, sin considerar los casos de colitis indeterminada y la participación previa de tres años en protocolos clínicos. Se recolectó información sociodemográfica, fenotipo de la enfermedad, consumo de 5-aminosalicilatos (5-ASA), corticoesteroides (CS), inmunosupresores (IMS) y tratamientos biológicos (TxB).

Resultados: Un total de 95 pacientes (29,1%) tenía EC y 231 (70,9%) CUCI. Al día 1, el 45,3% (n = 43) del grupo de EC registró un HBI ≥ 8 y CDAI ≥ 220 puntos; 19,2% mostró un fenotipo B1 no estenosante y 23,1% uno con estenosis (B2); la localización ileocólica fue la más frecuente (14,2%, n = 15). En el grupo de CUCI, el 18,2% (n = 42) tuvo al menos 9 puntos en el PMS y la extensión más frecuente fue la pancolitis (27,5%, n = 56). La media (intervalo) de duración de la enfermedad para EC con actividad moderada/grave fue de 10 (0,6-35,9) años y la leve/remisión de 6 (0,6-18,3) años; para la CUCI con actividad moderada/grave fue de 7,6 (0,5-41,9) años y de 9,4 (0,6-42,2) años para la leve/remisión (**Tabla 1**). En relación con los patrones de tratamiento durante tres años antes de la conformación de la cohorte, para la EC 62 (65,3%) recibieron CS, 19 (20%) mostraron un comportamiento dependiente de los CS, 30,5% recibió 5-ASA + IMS, 27,4% TxB + IMS y 38,9% 5-ASA + IMS + TxB. En la CUCI, 74,9% (n = 173) recibió CS, con patrón de dependencia de 32,9% (n = 76) y 64,5% recibió 5-ASA + IMS, 2,2% TxB + IMS y 31,6% 5-ASA + IMS + TxB.

Conclusiones: En México, casi la mitad de los pacientes con EC (45,3%) registró actividad moderada/grave, pero una proporción más baja (18,2%) para la CUCI. El tratamiento convencional representó la primera línea terapéutica y se observaron tasas elevadas

Tabla 1. Características clínicas y demográficas durante la conformación de la cohorte. (Dom051)

Número de pacientes (n)	EC		CU	
	Moderada/grave	Leve/ remisión	Moderada/ grave	Leve/ remisión
Edad (años), mediana (mín, máx)	49,5 (20,82)	42,8 (21,81)	43,0 (20,79)	43,4 (18,80)
Femenino, n (%)	25 (58,1)	33 (63,5)	19 (45,2)	114 (60,3)
Duración de la enfermedad (años), mediana (mín, máx)	10,0 (0,6;35,9)	6,0 (0,6;18,3)	7,6 (0,5;41,9)	9,4 (0,6;42,2)
Localización EC, n (%) ^a				
L1-ileal	0	9 (17,3)		
L2-enfermedad cólica	1 (2,3)	5 (9,6)		
L3-ileocólica	4 (9,3)	11 (21,2)		
Comportamiento EC, n (%) ^a				
B1-no estenosante/no penetrante	0	10 (19,2)		
B2-estenotante	5 (11,6)	12 (23,1)		
B3-penetrante	1 (2,3)	1 (1,9)		
Extensión de la inflamación, n (%) ^a				
E1-CU distal			2 (4,8)	10 (5,3)
E2-CU izquierda			5 (11,9)	22 (11,6)
E3-pancolitis			4 (9,5)	52 (27,5)
Gravedad de CU, n (%)				
S0-remisión clínica			0	43 (22,8)
S1-leve CU			5 (11,9)	34 (18,0)
S2-moderado CU			8 (19,0)	18 (9,5)
S3-grave CU			1 (2,4)	3 (1,6)

de dependencia de los CS, en particular en la CUCI, lo que plantea la necesidad de identificar a los pacientes que requieren tratamientos biológicos avanzados.

Financiamiento: Takeda México patrocinó el estudio RISE-MX y participó en el análisis de datos y escritura de resúmenes de acuerdo con la dirección de los autores.

Dom052

EPISODIOS DE HOSPITALIZACIÓN POR INFECCIONES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. REPORTE PRELIMINAR

V. A. Venegas-Gómez, L. Meza-López, A. E. Moreno-González, P. Rodríguez-García, J. I. Cervantes-Contreras, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

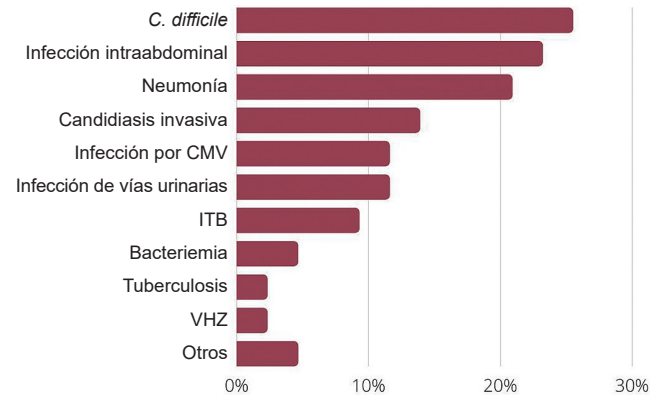
Introducción: El control médico de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) utiliza una gran variedad de estrategias terapéuticas entre las que destacan los fármacos inmunosupresores y los biológicos. El tratamiento con éstos produce un estado de inmunocompromiso que confiere susceptibilidad para adquirir infecciones de mayor gravedad que pueden requerir hospitalización para su atención y resolución.

Objetivo: Realizar una descripción de las características clínicas de los episodios de hospitalización por infecciones en pacientes con EII.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y observacional. Se analizaron los episodios de hospitalización por infecciones en pacientes con EII durante el periodo del 2013 al 2023 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo de las características clínicas mediante el software STATA 14.

Resultados: Se incluyó a un total de 30 pacientes con EII, quienes tuvieron 43 episodios de infecciones que exigieron hospitalización. El 63% correspondió a mujeres (19/30), con una media de edad de 46 años (desviación estándar, 31-61) y una mediana de hospitalización de 13 días (intervalo, 8-21). El 70% de los pacientes (21/30) tenía diagnóstico de colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) y de ellos el 85,7% sufría pancolitis. En 30% (9/30) estaba establecido el diagnóstico de enfermedad de Crohn y en 44% identificado un fenotipo estenosante. El tratamiento inmunosupresor más frecuente antes del episodio de hospitalización fueron los esteroides sistémicos en 53,4% (23/43), las tiopurinas en 25,5% (11/43), el metotrexato en 30,2% (13/43) y el tratamiento biológico en 18,6% (8/43, 5 con anti-TNF y tres con ustekinumab). Hasta 39,5% (17/43) de los episodios se hallaba bajo tratamiento doble y la combinación más frecuente fue la de esteroide y tiopurina en el 47% (8/17) de los casos, seguida de esteroide y metotrexato en el 35% (6/17). El 7% (3/43) contaba con la modalidad triple (fármaco biológico, esteroide e inmunomodulador). Los episodios de hospitalización más frecuentes por tipo de infección se muestran en la **Figura 1**. En el 60,4% (26/43) de los episodios se identificó una causa bacteriana. La más frecuente fue *Clostridioides difficile* en el 42,3%, seguido de *Escherichia coli* en 34,6%, *Enterococcus spp.* en 23%, *Klebsiella spp.* en 15,3%, *Proteus spp.*, *Stenotrophomonas maltophilia* y *Streptococcus spp.* en 7,69% y *Enterobacter spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter spp.* y *Mycoplasma pneumoniae* en 3,8%. La causa viral fue la segunda más frecuente y se identificó en el 25% (11/43) de los episodios; la infección por citomegalovirus (CMV) fue la más común con 45,5%, seguida por COVID-19 en 36,3%. Por último, el origen micótico representó el 13,9% (6/43) de los episodios. **Conclusiones:** Las infecciones que requirieron hospitalización fueron más frecuentes en la enfermedad de CUCI con pancolitis. La combinación de tratamiento inmunosupresor más frecuente fue la

Figura 1. CMV, citomegalovirus; ITB, infección de tejidos blandos; VHZ, virus del herpes zóster. (Dom052)



de esteroide más tiopurina. La etiología de infección más común fue la bacteriana, sobre todo *C. difficile*.

Financiamiento: No se recibió ninguno.

Dom053

DETECCIÓN DE ESTEATOSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J. I. Carrillo-Rojas, S. Ontiveros-López, M. Rivera-Huizar, F. Martínez-Silva, N. Bueno-Hernández, A. Torres-Castro, C. J. Toranzo-González, V. M. Mendoza-Martínez, J. N. Varela-Martínez, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional CMN La Raza

Introducción: En estudios internacionales se ha notificado que casi 5% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), sea colitis ulcerativa (CUCI) o enfermedad de Crohn (EC), desarrollan alguna enfermedad hepática crónica en el curso del padecimiento. Aunque en la esteatosis hepática la causa puede ser multifactorial, se ha sugerido que mecanismos intrínsecos de la EII pueden favorecer el depósito hepático de grasa; a esto se agregan los factores de riesgo comunes del síndrome metabólico (SM) que pueden coexistir en los pacientes.

Objetivo: Establecer la prevalencia de esteatosis hepática determinada por ultrasonido en pacientes con EII en el Hospital de Especialidades del CMN La Raza.

Material y métodos: Se realizó un estudio que incluyó a pacientes pertenecientes a la clínica de EII en el periodo comprendido entre 2017 y 2022, atendidos por el servicio de gastroenterología del HE CMN La Raza, que contaran con un ultrasonido hepático. El diagnóstico de esteatosis hepática se estableció mediante ecografía con transductor convexo de baja frecuencia (2,5-5,0 mHz); el criterio empleado fue el aumento de la ecogenicidad del parénquima hepático, que igualaba o superaba la ecogenicidad de la corteza renal y esplénica. Tipo de estudio: cohorte retrospectiva. Variables analizadas: edad, sexo, EII, peso, talla, IMC, etilismo, tabaquismo, comorbilidades, tratamiento y esteatosis hepática. Análisis estadístico: las variables cuantitativas se expresaron con medidas de tendencia central y medidas de dispersión; las variables cualitativas se describen mediante frecuencias y porcentajes. La relación se evalúa con tablas cruzadas y ji cuadrada. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS 25.

Resultados: Se incluyó a 198 pacientes, de los cuales 147 tuvieron CUCI (45,6% hombres y 54,4% mujeres) y 51 EC (51% hombres y 49% mujeres). La prevalencia global de esteatosis hepática fue de 20,2% y fue más frecuente en la CUCI que en la EC (24,5% vs. 7,8%, $p = 0,011$)

Tabla 1. Características demográficas y esteatosis hepática en los pacientes con EII. (Dom053)

	CUCI n = 147 (%)	EC n = 51 (%)	p
Sexo			0,505
Hombres	67 (45,6)	26 (51)	
Mujeres	80 (54,4)	25 (49)	
Edad actual (años)	46,5 ± 13,5	52,0 ± 18,5	0,058
Edad de diagnóstico (años)	35,6 ± 13,4	42,7 ± 16,9	0,009
Peso	66,5 ± 13,4	64,1 ± 13,1	0,260
Talla	1,62 ± 0,09	1,60 ± 0,1	0,348
IMC	25,1 ± 4,2	24,6 ± 4,0	0,491
Interpretación IMC			0,821
Peso bajo	4 (2,7)	3 (5,9)	
Normal	76 (51,7)	28 (54,9)	
Sobrepeso	50 (34)	14 (27,5)	
Obesidad grado 1	12 (8,2)	5 (9,8)	
Obesidad grado 2	4 (2,7)	1 (2,0)	
Obesidad grado 3	1 (0,7)	0 (0)	
Etilismo	30 (20,4)	11 (21,6)	0,860
Tabaquismo	28 (19)	12 (23,5)	0,492
Comorbilidades			
Diabetes	14 (9,5)	3 (5,9)	0,424
Hipertensión arterial	16 (10,9)	8 (15,7)	0,365
Hipotiroidismo	8 (5,4)	2 (3,9)	0,669
Tratamiento			
Esteroides	93 (63,3)	40 (78,4)	0,047
Metotrexato	8 (5,4)	12 (23,5)	<0,001
Azatioprina	81 (55,1)	31 (60,8)	0,481
Fármaco biológico	37 (25,2)	25 (49)	0,002
Esteatosis hepática	36 (24,5)	4 (7,8)	0,011

(Tabla 1). En el grupo de CUCI, la diabetes tipo 2 fue más común en el grupo con esteatosis (19,4% vs. 6,3%, $p = 0,020$). Al comparar a los pacientes que desarrollaron esteatosis y los que no la presentaron no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de toxicomanías (etilismo y tabaquismo), HAS, hipotiroidismo o en los tratamientos empleados. En el grupo de EC, el hallazgo de esteatosis fue más frecuente en mujeres que en hombres

(75% vs. 25%, $p = 0,279$). El 75% de los pacientes con esteatosis mostró un IMC normal. Al comparar a los pacientes que sufrieron esteatosis con lo que no la desarrollaron, no se reconocieron diferencias estadísticamente significativas en etilismo, tabaquismo, comorbilidades (diabetes, HAS, hipotiroidismo) o los tratamientos empleados.

Conclusiones: Con excepción de la diabetes en pacientes con CUCI, los factores metabólicos típicos no demostraron incremento significativo del riesgo de esteatosis; esto sugiere la presencia de otras entidades y mecanismos que pueden estar relacionados en la fisiopatología.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Dom054

EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J. I. Cervantes-Contreras, L. Meza-López, A. E. Moreno-González, F. A. Félix-Téllez, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende a la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC). En fecha reciente aparecieron los tratamientos biológicos que cuentan con nuevos mecanismos de acción, como el bloqueo del factor de necrosis tumoral (TNF)- α (infliximab, adalimumab [ADA]), antiintegrina $\alpha_4\beta_7$ (vedolizumab [VED]) e inhibidor de la IL-12 e IL-23 (ustekinumab [UST]).

Objetivo: Describir la experiencia clínica del uso reciente del tratamiento biológico en pacientes con EII en un hospital de referencia.

Material y métodos: Es un estudio retrospectivo, analítico y observacional que incluyó a pacientes con diagnóstico de CUCI y EC que iniciaron tratamiento biológico desde marzo del 2022 hasta junio del 2023. Se analizaron variables clínicas y demográficas de manera descriptiva con el programa SPSS versión 25.

Resultados: Se incluyó a 27 pacientes con diagnóstico de EII, de los cuales 13 (48,1%) tenían CUCI y 14 (51,8%) EC. El sexo más frecuente fue el femenino con 18 (66,6%) y la media de edad fue de 45 años (DE, 16,5). La extensión en la CUCI más frecuente fue la pancolitis

Tabla 1. Tratamientos y parámetros bioquímicos al inicio del tratamiento con ADA en pacientes con falla y respuesta al tratamiento. (Dom054)

Variable	Pacientes con CUCI y falla a ADA	Pacientes con CUCI y respuesta a ADA	p	Pacientes con EC y falla a ADA	Pacientes con EC y respuesta a ADA	p
Corticoide (dosis en mg)	24 (± 21,6)	16,6 (± 17,22)	1,000	26 (± 22,19)	13,2 (± 17,6)	0,247
Mesalazina oral (dosis en g)	4,56 (± 0,1)	4,08 (± 1,02)	0,432	NA	NA	NA
Azatioprina (dosis mg)	90 (± 74,1)	50 (± 44,72)	0,530	NA	NA	NA
Calprotectina fecal ($\mu\text{g/g}$)	2846,7 (± 1210,01)	1962 (± 2905,22)	0,530	2185 (± 919,04)	531 (± 479,4)	0,017
Prueba inmunohistoquímica fecal ($\mu\text{g Hb/g}$)	211,7 (± 270,1)	369,6 (± 835,7)	0,247	362,9 (± 484,8)	60,5 (± 130,5)	0,017
Proteína C reactiva (mg/dL)	3,12 (± 3,01)	1,91 (± 1,85)	0,876	4,4 (± 5,15)	1,42 (± 1,89)	0,126
Velocidad de sedimentación globular	15,02 (± 6,09)	7 (± 4,33)	0,030	8,8 (± 9,33)	7,42 (± 5,31)	0,931
Hemoglobina (g/dL)	9,82 (± 2,08)	12,06 (± 2,04)	0,106	10,2 (± 1,9)	12,2 (2,45)	0,177
Hematócrito (%)	30,8 (± 4,65)	36,5 (± 5,21)	0,048	31,7 (± 94,1)	36,5 (± 6,2)	0,177
Plaquetas ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	551 (± 203,8)	438 (± 215)	0,432	425 (± 108,8)	301 (± 105,5)	0,030
Leucocitos ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	7,24 (± 2,03)	9,68 (± 2,09)	0,073	6,58 (± 1,5)	8,07 (± 4,5)	0,429
Creatinina (mg/dL)	0,61 (± 0,11)	0,81 (± 0,16)	0,106	0,59 (± 0,17)	0,74 (± 0,37)	0,177
Vitamina D (< 30 ng/mL)	20,7 (± 6,1)	20,81 (± 6,46)	0,755	29,05 (12,65)	15,2 (5,48)	0,016
Albúmina (g/dL)	3,37 (± 0,39)	3,06 (± 0,67)	0,268	3,1 (± 0,98)	3,87 (± 0,38)	0,082

(100%) y la localización en la EC más frecuente fue la ileocolónica (57,1%). Las manifestaciones extraintestinales se presentaron en el 22,2%. Las indicaciones para instituir tratamiento biológico fueron: 17 (62,9%) pacientes por dependencia de corticoesteroides, 6 (22,2%) por factores de mal pronóstico en la EC, 3 (11,1%) por resistencia a los corticoesteroides y una paciente con pouchitis dependiente de antibiótico. Los tipos de fármaco biológico inicial más administrados fueron, por orden de frecuencia, ADA (88,8%), UST (7,4%) y VED (3,7%).

Dentro de las características generales de los 24 pacientes que tuvieron adalimumab como tratamiento biológico inicial, 16 (66,6%) eran mujeres y 8 (33,3%) hombres, con una media de edad de 43,3 años (DE, 15,46), 12 (50%) con diagnóstico de CUCI y 12 (50%) con el de EC. Al momento del estudio, 10 (41,6%) pacientes habían sufrido falla al adalimumab, 5 (50%) como falla primaria (2 pacientes con CUCI y 3 con EC) y 5 (50%) como pérdida de respuesta secundaria (3 con CUCI y 2 con EC), en quienes apareció a las 35,8 semanas (DE \pm 13,09). En la **Tabla 1** se ilustran los tratamientos y los parámetros bioquímicos en los pacientes que fallaron en comparación con los que respondieron al tratamiento biológico.

En cuanto a la conducta terapéutica ante una falla primaria se realizó cambio de mecanismo de acción (1 paciente de CUCI cambió a VED y 3 pacientes con EC y 1 con CUCI a UST). En cinco pacientes con EI y pérdida de respuesta secundaria se realizaron valoraciones de las concentraciones de anticuerpos (Ac) y séricas de adalimumab; un individuo mostró valores disminuidos sin inmunogenicidad y por tanto se optimizó la dosis, y en los otros cuatro pacientes las cifras séricas eran normales sin inmunogenicidad, por lo que se cambió a otro mecanismo de acción (1 paciente de CUCI cambió a VED y 2 con CUCI y 1 con EC a UST).

Al momento del estudio de los nueve pacientes con UST (dos como primera línea y siete con falla anterior al ADA), un paciente con diagnóstico de EC y fenotipo estenosante sufrió falla secundaria a las 40 semanas de su inicio.

Conclusiones: El tratamiento biológico más administrado fue ADA en la EI, con una proporción de 41,6% que experimentó falla a este mecanismo de acción; el fármaco biológico de segunda elección más común fue el ustekinumab seguido del vedolizumab.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Dom055

CUMPLIMIENTO DE METAS TERAPÉUTICAS EN PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL BAJO TRATAMIENTO BIOLÓGICO

J. M. Maríñez-Rentería, A. Mayoral-Zavala, E. V. Rodríguez-Negrete, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal, que incluye a la colitis ulcerativa y la enfermedad de Crohn, es una alteración de curso crónico con periodos de exacerbación que en ocasiones tiene difícil control en virtud de su actividad persistente y la resistencia a los tratamientos convencionales. En estos pacientes, la terapéutica biológica ha demostrado, en la mayor parte de los casos, eficacia y seguridad para lograr la remisión y su finalidad es mejorar la calidad de vida y evitar las complicaciones; en consecuencia, es importante analizar e individualizar cada caso para elegir el tratamiento adecuado.

Objetivo: Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal bajo tratamiento con anticuerpos monoclonales y el cumplimiento de objetivos terapéuticos (según STRIDE-II) en un centro de tercer nivel de México.

Material y métodos: Pacientes con diagnóstico de colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn atendidos en un hospital público de tercer nivel de la Ciudad de México que estén bajo tratamiento con fármacos biológicos. Tipo de estudio: observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo y unicéntrico. Variables analizadas: género, edad, tipo de enfermedad inflamatoria intestinal y su evolución, años desde su diagnóstico, indicación y tipo de fármaco biológico administrado, años de consumir medicamentos biológicos, comuestos biológicos previos, y respuesta clínica, bioquímica, endoscópica, histológica y transmural. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medias de frecuencia relativa y centrales para la obtención de media, promedio y desviación estándar.

Resultados: Se analizó a 72 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal bajo tratamiento con adalimumab (47%), infliximab (24%), golimumab (19%), ustekinumab (6%) y certolizumab pegol (4%). De éstos, 41,6% tenía colitis ulcerativa y 58,3% enfermedad de Crohn, con diagnóstico anterior en promedio de $9 \pm 7,3$ años y consumo de fármacos biológicos $5 \pm 3,6$ años antes. La edad promedio fue de 50 ± 15 años. Predominó el género femenino con 57%. De la colitis ulcerativa, el 70% tenía afectación pancolónica. De la enfermedad de Crohn, 69% padecía un comportamiento estenosante y 47% afectación ileocólica. Las principales indicaciones del tratamiento biológico fueron la actividad persistente y la dependencia de los corticoesteroides en un 50%. De todos los pacientes, 78% se encontraba bajo remisión clínica y 66% bajo remisión bioquímica. En los pacientes con enfermedad de Crohn se identificó respuesta o remisión transmural por enterorresonancia magnética en el 39% y en los pacientes con colitis ulcerativa se observó una respuesta o remisión endoscópica en el 32%. Sólo se reconoció remisión histológica en el 5,5% de los enfermos.

Conclusiones: En un hospital de concentración de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de la Ciudad de México se encontró que la mayoría de los pacientes sometidos a tratamiento con anticuerpos monoclonales alcanza la remisión clínica y bioquímica, observada en cerca de 7 de cada 10 y 6 de cada 10 pacientes, respectivamente, de acuerdo con los objetivos terapéuticos a corto plazo del consenso internacional STRIDE-II. En cuanto a los objetivos de intermedio o largo plazos, en los pacientes con colitis ulcerativa se identificó respuesta o mejoría del aspecto endoscópico en casi un tercio de los pacientes, y en los sujetos con enfermedad de Crohn se registró una mejoría transmural en casi un tercio de ellos. Se reconoció respuesta histológica en un bajo porcentaje de los individuos; sin embargo, se trata de un objetivo de largo plazo en el cual no se sugiere formalmente intensificar las medidas terapéutica para alcanzarla.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom056

RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN DETECTADA POR TEST PHQ-9 Y ACTIVIDAD DE ENFERMEDAD SEGÚN ESCALA TRUELOVE-WITTS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

D. G. Lindoro-Barranza, K. Romero-Gómez, Hospital Regional ISSSTE Lic. Adolfo López Mateos

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EI) es un padecimiento crónico que se caracteriza por una activación inmunitaria y recidivante e inflamación del tracto digestivo. Los pacientes se diagnostican en edad adulta temprana y tienen síntomas debido a la inflamación crónica. En México se registraron en el año 2015 9.953 casos de enfermedad de Crohn y 33.060 de colitis ulcerativa. Algunos

estudios epidemiológicos han notificado que los trastornos psiquiátricos más relaciones con EII son la depresión y la ansiedad, lo cual puede contribuir a la calidad de vida y se acompaña de pobres resultados terapéuticos, entre ellos mayor riesgo de hospitalización. Las investigaciones sobre la relación temporal entre la EII y la depresión son limitadas, pero la imagen proyectada es la de una relación bidireccional. Un protocolo comparó a pacientes con depresión de reciente diagnóstico respecto de los individuos sin depresión con un seguimiento de seis años, y se identificó un mayor riesgo de enfermedad de Crohn (RR, 2,11; IC95%) y colitis ulcerosa (RR, 2,23; IC95%) en pacientes con depresión. Para este estudio, el tamizaje para detectar depresión utilizó el "cuestionario de salud del paciente de 9 reactivos" o PHQ-9 (*Patient HEALTH Questionnaire-9*), que incluye nueve preguntas con cuatro posibles respuestas, de sencilla aplicación, y que toma como valor de corte puntuaciones > 4; una puntuación > 10 tiene 88% de sensibilidad y especificidad para reconocer depresión mayor, con una confiabilidad de 0,82 a 0,92.

Objetivo: Analizar la relación del trastorno depresivo con índice de actividad de acuerdo con la escala de Truelove-Witts (TLW) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Material y métodos: Es un estudio de tipo observacional y descriptivo, de corte transversal, de pacientes con diagnóstico de EII del Hospital Regional ISSSTE Lic. Adolfo López Mateos de la Ciudad de México. Se evaluó a 50 personas con EII y se consideraron las variables de edad, género, número de evacuaciones al día, proteína C reactiva (PCR), y hallazgos endoscópicos e histopatológicos; se calcularon las puntuaciones de Truelove-Witts y PHQ-9 y se obtuvo el análisis estadístico con U de Mann-Whitney.

Resultados: En esta población, 29 (58%) eran mujeres y 21 (42%) hombres; la media de edad fue de 56,14 años y moda de 50 años; de estos casos, 31 pacientes (62%) se hallaban en remisión clínica según una escala TLW < 10, 17 tenían un brote leve de enfermedad (34%) y 2 pacientes cursaban con un brote moderado (4%). De éstos, 5 pacientes sufrían depresión (10%), 25 depresión leve (50%), 15 depresión moderada (30%) y 5 depresión profunda (10%) según la escala de PHQ-9. La distribución por grupos puede observarse en la **Figura 1**. Dichos datos se evaluaron con la prueba U de Mann-Whitney y se obtuvo un valor de p de 0,89.

Conclusiones: Los pacientes de esta población tienen un índice elevado de trastorno depresivo, con una prevalencia de 90% de la muestra estudiada; sin embargo, no se relaciona con la actividad de la enfermedad según las pruebas estadísticas en las que el valor de p es de 0,89, lo cual no es significativo. Es por ello que se rechaza la hipótesis de la relación entre depresión y brotes de actividad de EII. En el análisis de datos se observó que el 10% de la población estudiada que

no presentaba depresión tenía una puntuación < 11 en la escala TLW. Una limitante fue que la prueba se aplicó a pacientes atendidos en la consulta externa sin brote de actividad. Es importante realizar intervenciones con tratamiento psiquiátrico y psicológico oportuno; además, sería interesante determinar si tiene un beneficio o no en el curso de la enfermedad inflamatoria intestinal.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom057

INDUCCIÓN Y REMISIÓN COMPLETA: ¿ES POSIBLE EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CON UNA ANTIINTEGRINA $\alpha_4\beta_7$?

K. P. Pérez-López, S. A. Rivas-Salas, T. Cortés-Espinosa, J. G. López-Gómez, R. T. Hernández-Rodríguez, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE

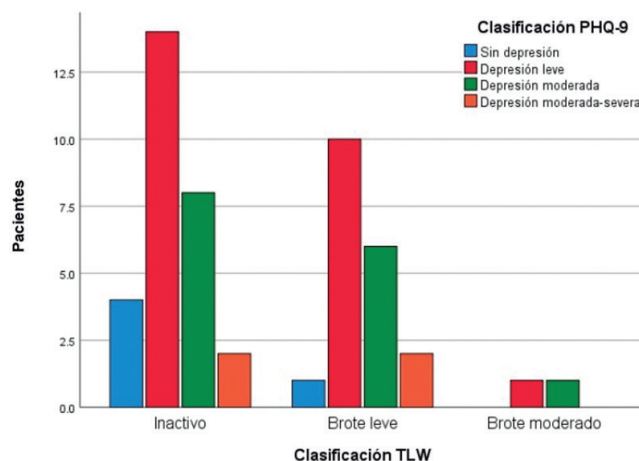
Introducción: Se han identificado múltiples factores que contribuyen a la patogenia de la EII, entre ellos la respuesta alterada del sistema inmunitario intestinal. El vedolizumab es un anticuerpo monoclonal que inhibe a la integrina $\alpha_4\beta_7$ selectiva del intestino en la superficie de un subconjunto de linfocitos, lo que impide su adherencia a la molécula 1 de adhesión celular de direccionamiento vascular de la mucosa expresada en las vénulas del endotelio intestinal. Su utilidad clínica se demostró en los estudios GEMINI 1 y 2 y con posterioridad se aprobó para el tratamiento de la EII. En la actualidad su seguridad y eficacia están bien establecidas en el tratamiento de inducción y mantenimiento de la EII. A pesar de que se han publicado varios estudios que evalúan la eficacia del vedolizumab en la remisión clínica de los pacientes con EII moderada a grave, hay menos datos disponibles sobre su efecto en la remisión endoscópica. La mayor eficacia terapéutica se puede lograr cuando se usa como agente de primera línea poco después del inicio de la enfermedad en pacientes que fracasaron con las modalidades convencionales. La terapéutica con vedolizumab puede inducir la remisión clínica y endoscópica en pacientes con enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa.

Objetivo: Identificar la respuesta clínica y endoscópica en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tratados con vedolizumab en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre en un periodo de 10 años.

Material y métodos: Se incluyó a una población de 11 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal del CMN 20 de Noviembre, que recibieron tratamiento con el fármaco vedolizumab en el periodo comprendido entre enero de 2013 y febrero de 2023. Se trata de un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional. Las variables consideradas fueron género, edad, comorbilidades, edad al diagnóstico, criterios de gravedad, distribución de CUCI, clasificación de Montreal, calificación de Mayo y SES-CD (E1, proctitis; E2, izquierda; E3, extensa o pancolitis) o localización de la enfermedad de Crohn (L1, ileon terminal; L2, colon; L3, ileocolónica; y L4, digestiva alta) y tratamiento farmacológico (vedolizumab). Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 18 años y diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal con base en criterios clínicos, bioquímicos, radiológicos y endoscópicos. Los criterios de exclusión fueron pacientes que no recibieron tratamiento con vedolizumab. Para el análisis de datos se realizó una prospección descriptiva.

Resultados: De un total de 127 pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal en un periodo de 10 años, tratados en este hospital, 11 se trataron con el fármaco vedolizumab (**Tabla 1**). De éstos, dos tenían diagnóstico de enfermedad de Crohn y nueve colitis crónica ulcerativa. Del total de pacientes, 4 (75%) eran

Figura 1. Incidencia de depresión clasificada por grados según la puntuación de PHQ-9 con base en el grado de actividad de la enfermedad inflamatoria intestinal. (Dom056)



mujeres y 7 (85,7%) hombres; la media de edad fue de 42 años, con edad mínima de 18 años y máxima de 74 años. Se logró la remisión clínica en 7 pacientes con CUCI, lo que corresponde a un 77,8%, y en 2 pacientes con enfermedad de Crohn, es decir, la totalidad de los pacientes. La remisión endoscópica se alcanzó en 3 pacientes con CUCI, esto es, un 33,3%, y en 2 pacientes con enfermedad de Crohn (100%).

Tabla 1. Análisis descriptivo de pacientes con respuesta al tratamiento biológico en la enfermedad inflamatoria intestinal. (Dom057)

	Remisión clínica, %, (n = 11)	Remisión endoscópica, %, (n = 11)
Tipo de EII		
- CUCI, % (n = 9)	77,8 (7)	33,3 (3)
- Crohn, % (n = 2)	100 (2)	100 (2)
Género		
- Mujer, % (n = 4)	75 (3)	25 (1)
- Hombre, % (n = 7)	85,7 (7)	57,1 (4)
Edad (media)	46,3	49,4

Conclusiones: Es factible la remisión profunda en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal moderada a grave con la administración de una antiintegrina $\alpha_4\beta_7$; sin embargo, aún se requieren estudios a gran escala nacionales.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom058

DESAFIANDO BARRERAS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: PRIMER ANÁLISIS OBSERVACIONAL DE DOBLE TERAPIA BIOLÓGICA EN MÉXICO

R. Sosa-Martínez, D. García-Alonso, A. R. Guzmán-Cárcamo, L. G. López-Gómez, T. Cortés-Espinosa, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se caracteriza por la inflamación crónica del tracto gastrointestinal. A pesar de los avances en el tratamiento con fármacos biológicos, algunos pacientes pueden desarrollar una respuesta inadecuada, lo que se conoce como EII resistente. En consecuencia, ha surgido el enfoque del doble tratamiento biológico, que consiste en combinar dos agentes biológicos para abordar de manera efectiva la inflamación y mejorar el control de la enfermedad. Esta estrategia terapéutica emergente representa un enfoque prometedor para los pacientes con EII resistente y una opción terapéutica adicional.

Objetivo: Evaluar la respuesta al doble tratamiento biológico en pacientes con EII resistente.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo y piloto para evaluar la respuesta al tratamiento biológico doble en pacientes con EII resistente del CMN 20 de Noviembre.

Resultados: Se incluyó a un total de siete pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal resistente que recibieron tratamiento

Tabla 1. Estudio piloto del doble tratamiento biológico en la EII. (Dom058)

	Clinica pretratamiento	Clinica postratamiento	Endoscópico pretratamiento	Endoscópico postratamiento	Histología (Nancy)	Reducción de esteroides	Infecciones	
Edad, años	29 ± 9							
Sexo, femenino, n (%)	7 (100%)							
Duración de enfermedad, años	8 ± 2,4							
Número previo de fármacos biológicos, media (intervalos)	1,8 (1-3)							
Antecedente quirúrgico, n (%)	4 (57%)							
Historial estenosante, n (%)	5 (71%)							
Historial de fístulas	2 (29%)							
Consumo de esteroides	7(100%)							
Consumo de inmunomoduladores	7(100%)							
Certo + Vedo, n (%)	1 (14%)	302 ¹	149 ¹	i4 L3 B1	i2 L1 B1	1	1 (100%)	0 (0%)
Ust + Vedo, n (%)	4 (58%)	225 ¹	66 ¹	L1 B2	L1 B1	0	4 (100%)	0 (0%)
		253 ¹	133 ¹	i0 L2 B3P	i0 L1 B1			
		312 ¹	160 ¹	i3 L3 B2	i2 L3 B1			
		3 ²	2 ²	8 ³	4 ³			
Ifx + Ust, n (%)	1 (14%)	210 ¹	166 ¹	i0 L2 B3P	i0 L1 B1	2	1 (100%)	0 (0%)
Ifx + Vedo, n (%)	1 (14%)	2 ²	2 ²	8 ³	5 ³	1	1 (100%)	0 (0%)

¹Crohn's Disease Activity Index (CDAI).

²Truelove and Witts Severity Index for Ulcerative Colitis.

³Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (UCEIS).

biológico doble; la edad promedio fue de 29 ± 9 años y todos los pacientes fueron del sexo femenino. La duración promedio de la enfermedad antes de iniciar la doble terapéutica fue de 8 ± 2 años. Los pacientes habían recibido con anterioridad un promedio de dos tratamientos biológicos, 4 (57%) tenían antecedentes de cirugía relacionada con la EI, 5 (71%) y 2 (29%) con antecedente de estenosis y fistulas, respectivamente, y 100% consumió esteroides e inmunomoduladores antes del tratamiento biológico doble. Se evaluaron cuatro combinaciones de esta doble modalidad biológica: certolizumab con vedolizumab (grupo 1), ustekinumab con vedolizumab (grupo 2), infliximab con ustekinumab (grupo 3) e infliximab con vedolizumab (grupo 4).

El grupo 1 incluyó a 1 paciente con mejoría de la actividad clínica, con una disminución de la actividad endoscópica de i4 a i2 según los criterios de Rutgeerts y un índice de actividad histológica de Nancy 1. El grupo 2 incluyó a 4 pacientes que experimentaron mejoría en la actividad clínica y endoscópica, con reducción de la actividad clínica por CDAI de 225 a 66 y mejoría de la actividad endoscópica de L1 B2 a L1 B1, i0 L2 B3P a i0 L1 B1 y i3 L3 B2 a i2 L3 B1, con diferentes índices de actividad histológica de Nancy que variaron de 0 a 3.

El grupo 3 incluyó a 1 paciente que mostró una reducción de la actividad clínica por CDAI de 210 a 166; la actividad endoscópica también se redujo de i0 L2 B3P a i0 L1 B1, con índice de Nancy de 2.

El grupo 4 incluyó a 1 paciente con una disminución de la actividad clínica según la escala de Truelove-Witts de 2 a 2. La actividad endoscópica también se redujo de 8 a 5 según por UCEIS, con un índice de Nancy de 1.

En todos los grupos se observó una reducción del consumo de esteroides y no se notificaron casos de infección relacionados con el doble tratamiento biológico (Tabla 1).

Conclusiones: Este estudio piloto observacional prospectivo representa el primer análisis en México y, hasta donde saben los autores en

América Latina, sobre el tratamiento biológico doble en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal resistente y que mostraron mejoría clínica, endoscópica e histopatológica en la mayoría de los casos. Es importante también reconocer las limitaciones de este estudio, como su diseño piloto y el tamaño de muestra. En conclusión, este estudio pionero en México y América Latina sobre el tratamiento biológico doble en EI resistente arroja resultados alentadores que sugieren beneficios clínicos y endoscópicos en los pacientes. Estos resultados justifican la conducción de estudios más amplios para fortalecer la evidencia y proporcionar una base sólida para el uso potencial de esta modalidad en la práctica clínica en la región.

Financiamiento: No se recibió ningún tratamiento.

Dom059

ESTADIFICACIÓN DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA DE ACUERDO CON EL NUEVO ÍNDICE INTEGRAL DE ENFERMEDAD O YAMAMOTO-FURUSHO EN EL HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS

J. R. Espinoza-Acuña, M. S. Cuevas-Maldonado, E. G. Salgado-Parra, A. Rodríguez-Guajardo, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos

Introducción: La colitis ulcerosa (CU) es un trastorno inflamatorio inmunomediado y crónico caracterizado por periodos de actividad y remisión; afecta la capa mucosa del colon de forma continua y las manifestaciones clínicas consisten en diarrea sanguinolenta, urgencia y tenesmo. Tiene una edad de presentación bimodal: a los 15 y 30 años. En los últimos años se ha elevado su incidencia global, sobre

Tabla 1. Resumen de las características demográficas y hallazgos. (Dom059)

Sexo	Hombres	20	40%	Actividad de la enfermedad			
	Mujeres	30	60%	Truelove-Witts	NIIE/índice Yamamoto-Furusho	#	%
Edad	(Media)	56					
Evacuaciones al día		3		Inactivo	Remisión	5	15,60%
Hemoglobina (G/DL)		13,9			Leve	16	50%
Proteína C reactiva (mg/dL)		1,67			Moderado	10	31,2%
Sangrado activo		0			Grave	1	3,10%
Albúmina		4,3			Total	32	100%
Montreal	E1	7	14%	Leve	Remisión	0	0
	E2	8	16%		Leve	8	47%
	E3	35	70%		Moderado	9	53%
					Grave	0	0
Mayo endoscópico	0	3	6%	Moderado	Total	17	100%
	1	21	42%		Remisión	0	0
	2	14	28%		Leve	0	0
	3	12	24%		Moderado	1	100%
Truelove-Witts	Inactivo (3-10)	32	64%	Grave	Grave	0	0
	Leve (11-15)	17	34%		Leve	0	0
	Moderado (16-21)	1	2%		Moderado	0	0
	Grave (22-27)	0	0%		Grave	0	0
NIIE	Remisión (0-3)	5	10%	Total	Total	0	0
	Leve (4-6)	24	48%				
	Moderado (7-12)	20	40%				
	Grave (13-18)	1	2%				

todo en los países de reciente industrialización de Asia, África y Latinoamérica. La determinación de la gravedad de la enfermedad tiene implicación en la selección del tipo de tratamiento, así como implicaciones para el pronóstico. Por lo regular se ha clasificado de acuerdo con los criterios de Truelove y Witts (TLW), que aún son la norma de referencia para la identificación rápida de pacientes ambulatorios que requieren ingreso, además de ser un instrumento para la modificación del tratamiento. El NIIE o índice de Yamamoto-Furusho es un nuevo índice propuesto que proporciona una evaluación objetiva e integral de la actividad de la enfermedad, ya que incluye parámetros clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histopatológicos y puede optimizar el tratamiento médico en pacientes sin evidencia clínica de actividad de la enfermedad, pero con actividad bioquímica, endoscópica e histopatológica.

Objetivo: Clasificar a los pacientes con CU del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos de acuerdo con el NIIE; reajustar el tratamiento médico según la gravedad indicada por el NIIE; y comparar la gravedad de CU en relación con la clasificación por NIIE y TLW.

Material y métodos: Pacientes con colitis ulcerativa del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE en el periodo comprendido entre enero del 2023 y julio del 2023. Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. Variables: edad, evacuaciones al día, hemoglobina, proteína C reactiva, albúmina, hallazgos endoscópicos e histopatológicos, y clasificaciones de Montreal y Mayo. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media y promedio (Fig. 1).

Discusión: Se reclasificó a los pacientes en relación con el nuevo índice integral para actividad en CU (NIIE); del total de la muestra, 10% se encontraba en remisión, 48% en actividad leve, 20% en actividad moderada y 2% en actividad grave. Al analizar a los subgrupos se observó que los pacientes clasificados como inactivos mediante la escala de TLW se reclasificaron como brotes activos en 72% y por consiguiente el 18% se mantuvo con la misma gravedad. Asimismo, no se identificó a ningún paciente que se reclasificara como brote inactivo de la enfermedad (Tabla 1).

Conclusiones: Los resultados obtenidos al aplicar NIIE en esta población se apegan a los publicados en estudios previos, en los que se observa una mayor sensibilidad y especificidad para detectar de forma completa y objetiva a enfermos con actividad de la enfermedad y ajustar el tratamiento y lograr no sólo la remisión de los síntomas, sino la remisión bioquímica, endoscópica e histológica, además de mejorar el pronóstico al reducir el riesgo de complicaciones y recaídas de la enfermedad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom060

TERAPIA COMBINADA PARA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL REFRACTARIA A TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN MONOTERAPIA: SERIE DE CASOS

L. Lanz-Zubiría, A. Campos-Chávez, J. P. Soriano-Márquez, Y. Gutiérrez-Grobe, Médica Sur

Introducción: Existen tratamientos biológicos efectivos para el control de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), entre ellos antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa, antagonistas de la integrina $\alpha\beta_7$, antagonistas de la subunidad p40 de interleucinas 12-23 e inhibidores de la cinasa Janus. A pesar del tratamiento óptimo, una proporción de pacientes sufre pérdida secundaria de la respuesta o ausencia de respuesta primaria. En esta población se ha propuesto el doble tratamiento biológico para pacientes con escasa respuesta al tratamiento, al incluir varios blancos terapéuticos.

Objetivo: Presentar el caso de tres pacientes con enfermedad de Crohn (EC) resistente al tratamiento biológico en monoterapia, sometidos a una terapéutica combinada.

Paciente 1: Mujer de 42 años con antecedente de espondilitis anquilosante y EC desde 2015, con hemicolectomía e ileostomía en 2021, bajo tratamiento con upadacitinib y prednisona. Cursó con cuatro semanas de evolución con aumento en del gasto de ileostomía y hematoquecia; se descartó un origen infeccioso. La enteroscopia y la colonoscopia identificaron ileítis ulcerada en estoma (Rutgeerts I1), proctitis por exclusión y actividad en colon con úlceras longitudinales (Rutgeerts I2). Se agregó ustekinumab al tratamiento y se consiguió la disminución de los marcadores inflamatorios y la remisión de la diarrea y el sangrado (Tabla 1). **Paciente 2:** Hombre de 28 años con diagnóstico de EC desde 2015; el tratamiento inicial con adalimumab y budesonida se cambió a ustekinumab desde noviembre del 2022 por falta de respuesta. Se hospitalizó en febrero del 2023 por fístula enteroentérica con absceso de 4.3 cm y recibió tratamiento antimicrobiano. Ingresó al mes por persistencia del cuadro. Se realizó drenaje por radiointervención y se documentó hipogammaglobulinemia, por lo que se administró inmunoglobulina, de tal modo que redujeron de forma progresiva los marcadores inflamatorios, se normalizaron las inmunoglobulinas y disminuyó el tamaño de colección por enterorrisonancia. Al egreso se ajustó el ustekinumab a cada cuatro semanas. **Paciente 3:** Hombre de 52 años con EC desde 1993, portador de ileostomía terminal por sangrado de tubo digestivo que exigió resección intestinal. Se hallaba bajo tratamiento con prednisona y azatioprina. Ingresó en septiembre de 2022 por gasto hemático por ileostomía. La enteroscopia documentó estoma ulcerado y friable, ileítis erosiva con úlceras múltiples pequeñas y sangrado en capa. Se administraron dos dosis de infliximab, pero persistió el sangrado. Se decidió agregar vedolizumab, con lo que remitió.

Discusión: En estos tres pacientes resistentes a la monoterapia con biológicos, e incluso al tratamiento quirúrgico, se logró una respuesta favorable tras iniciar fármacos biológicos combinados. La monoterapia está dirigida a blancos específicos. Dado que la EII abarca múltiples mecanismos proinflamatorios, el tratamiento combinado puede ser una alternativa favorable para pacientes resistentes al tratamiento regular.

Conclusiones: El tratamiento biológico combinado puede ser efectivo para pacientes con EII sin reacción a los fármacos biológicos en monoterapia.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Descripción de desenlaces clínicos, tratamiento inicial y tratamiento complementario. (Dom060)

Paciente	Manifestación clínica	Índice de Harvey-Bradshaw al ingreso	Índice de Harvey-Bradshaw al egreso	Tratamiento inicial	Tratamiento complementario
1	Diarrea y sangrado	10 puntos	5 puntos	Upadacitinib	Ustekinumab
2	Fístula y absceso	12 puntos	7 puntos	Ustekinumab	Inmunoglobulina
3	Sangrado por ileostomía	11 puntos	5 puntos	Infliximab	Vedolizumab

Dom061

LA IMPORTANCIA DE LA ANOSCOPIA DE ALTA RESOLUCIÓN PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS ANALES DE ALTO RIESGO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR

R. R. Sánchez-Rosado, M. Aceves-Valdez, A. Vela-Torres, S. K. Dosal-Limón, G. Ramírez-García, H. Martínez-González, G. J. Maya-Vacio, J. A. Villanueva-Herrero, J. L. De León-Rendón, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La lesión intraepitelial escamosa anal (LIEA) es una lesión premaligna que precede al carcinoma de células escamosas (CCE) y su progresión puede prevenirse con un tratamiento oportuno. La infección por el virus del papiloma humano (VPH) se considera un factor de riesgo para la LIEA. La anoscopia de alta resolución se utiliza para la detección y el seguimiento de estas lesiones. La detección temprana de lesiones predisponentes al cáncer anal en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y tratamiento inmunosupresor es un tema poco estudiado.

Objetivo: Resaltar la importancia de identificar de modo oportuno lesiones que predisponen al cáncer anal en pacientes con EII y tratamiento inmunosupresor, con especial énfasis en la utilidad de la anoscopia de alta resolución.

Informe de caso: Se trata de un paciente masculino de 29 años con diagnóstico de colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) con extensión pancolónica y un brote moderado en abril de 2021. Se encontraba bajo tratamiento con anti-TNF y mesalazina. Durante su seguimiento se reconoció una úlcera anal crónica de difícil control que exigió dos intervenciones quirúrgicas en 2021 y 2022, con informe histopatológico de LIEA de bajo grado. En enero de 2023 se llevó a cabo una anoscopia de alta resolución como parte del seguimiento de LIEA, en la que se identificaron células escamosas atípicas de significado indeterminado (Fig. 1). Esto condujo a una reintervención en febrero de 2023 para practicar electrofulguración de las lesiones sospechosas de infección por VPH; además, en marzo de 2023 se decidió cambiar el tratamiento biológico del paciente a un agente antiintegrina $\alpha 4\beta 7$ debido a la falta de respuesta al anti-TNF, según lo reveló un valor elevado de calprotectina fecal (> 22.000 mg/g) y la presencia de anticuerpos anti-TNF positivos. A pesar de esto, el paciente ha experimentado una respuesta clínica adecuada y actualmente se encuentra en vigilancia y seguimiento de la LIEA de bajo grado.

Discusión: Se desconoce la prevalencia de las neoplasias escamosas de alto grado o incluso del CCE en pacientes con EII tratados con

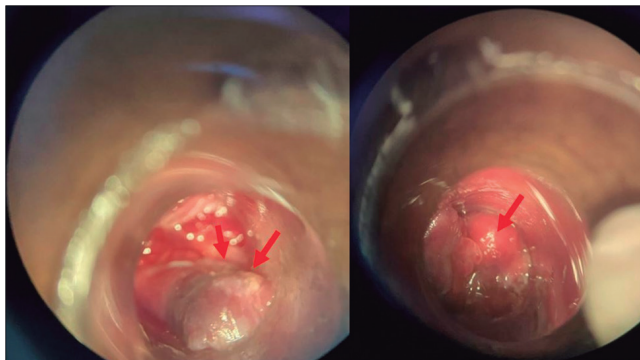


Figura 1. Anoscopia de alta resolución en la que se observan lesiones acetoblancas sospechosas de infección por VPH (flechas rojas). (Dom061)

medicamentos inmunosupresores. Los estudios anteriores han demostrado que las cepas oncogénicas de VPH son el agente infeccioso causante de las LIEA, consideradas la lesión precursora del cáncer invasivo de células escamosas anales. Se ha observado una mayor presencia de LIEA en pacientes inmunocomprometidos, incluidos aquéllos con VIH y los que han recibido trasplantes de órganos sólidos, por lo que los pacientes con EII en tratamiento con fármacos inmunosupresores o con lesiones perianales crónicas podrían considerarse un grupo de riesgo. Sin embargo, cabe mencionar que la cohorte CESAME no identificó una relación entre las tiopurinas y el cáncer anal (ya sea adenocarcinoma o CCE) en pacientes con enfermedad de Crohn, aunque el riesgo bruto en el subconjunto de pacientes con enfermedad de Crohn perianal expuestos a tiopurinas fue de 0,42 por cada 1.000 años-paciente. Además, los registros TREAT y ENCORE no han demostrado un exceso de cánceres anales en individuos tratados con infliximab.

Conclusiones: El caso ilustra que la intervención oportuna del coloproctólogo en la identificación de lesiones que predisponen al cáncer anal en personas con EII y tratamiento inmunosupresor, mediante la anoscopia de alta resolución, puede jugar un papel crucial en la prevención y atención de las neoplasias escamosas anales. Se requiere una mayor investigación para comprender mejor el efecto del tratamiento inmunosupresor en la progresión de estas lesiones y establecer pautas claras de detección y atención en esta población de alto riesgo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom062

COEXISTENCIA DE COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA IDIOPÁTICA E INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA, UNA SERIE DE CASOS

N. F. Gutiérrez-Moreno, N. Moreno-Aguilar, Clínica de Especialidades, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática y la enfermedad de Crohn forman parte de la enfermedad inflamatoria intestinal. La correlación de enfermedad inflamatoria intestinal e infección por virus de inmunodeficiencia humana (HIV) se ha estudiado y destacado en las publicaciones médicas; sin embargo, aún existen múltiples interrogantes en su evolución y respuesta terapéutica. Es un desafío documentar la coexistencia de ambas entidades, por lo cual es importante este estudio.

Objetivo: Describir las características de los pacientes con colitis ulcerativa crónica idiopática e infección por virus de inmunodeficiencia humana.

Caso clínico 1: Hombre de 24 años de edad, portador de HIV desde los 18 años en tratamiento con Biktarvy, con antecedente de colecistectomía laparoscópica. Seis meses antes inició hematoquecia de alto riesgo (Oakland, 13 puntos), sin manifestaciones extraintestinales, y se indicó calprotectina de 880 mcg/g. La colonoscopia indicó CUCI de extensión E1, Mayo 2. Al diagnóstico había carga viral indetectable: conteo de CD4 900 cel. Se inició tratamiento con 5-ASA (al momento 1,5 g/día) con buena evolución y sin brotes graves de la enfermedad.

Caso clínico 2: Hombre de 32 años, portador de HIV desde los 27 años, en tratamiento con Biktarvy, con antecedentes de fistulotomía anal dos años antes. Cursó con proctalgia de cuatro años de evolución y rectorragia; en el 2021 la colonoscopia reveló CUCI E1 Mayo 2 y al diagnóstico había carga viral para HIV indetectable: CD4 de 1.000 cel. Se detectó anti-CMV IgG reactivo > 250 pero IgM no reactivo. Se halla en tratamiento actual con 5-ASA, con buena evolución clínica, sin hospitalizaciones por brote de la enfermedad.

Caso clínico 3: Hombre de 31 años portador de HIV desde los 30 años, en tratamiento con dolutegravir/acabavir/lamivudina. Cursó con un cuadro de estreñimiento, tenesmo rectal, rectorragia, pérdida ponderal de 20 kg en cuatro meses de forma no intencionada y poliartalgias; la colonoscopia a los 30 años reconoció datos indicativos de CUCI E1, Mayo 2, y desde entonces se indicó 5-ASA (1,5 g/día) con buena respuesta clínica. Al diagnóstico de CUCI había carga viral detectable y conteo de CD4 de 69 cel.

Caso clínico 4: Hombre 38 años, portador de HIV desde tres años antes, tratado con Biktarvy; seis meses antes sufrió episodios de rectorragia, acompañados de úlceras orales. La colonoscopia es consistente con CUCI E1 Mayo 2; desde entonces el tratamiento se basó en 5-ASA oral y tópico. Al momento del diagnóstico había carga viral para HIV de 144 copias y CD4 de 480 cel (Tabla 1).

Discusión: La CUCI es efecto de una interacción entre factores genéticos y ambientales, lo que representa una respuesta inmunitaria anormal mediada por células T a la microbiota intestinal en individuos

genéticamente susceptibles. Los datos biológicos sugieren una superposición compleja pero significativa entre la infección por el HIV y la enfermedad inflamatoria intestinal, e incluso se ha sugerido un aumento del riesgo de padecer EII en pacientes con infección en algunos estudios, como el de Elmahdi *et al.* Parece interesante describir las características de estos pacientes con coexistencia de ambas anomalías en los cuales se hallaron algunas similitudes; por ejemplo, los cuatro pacientes eran del género masculino, habían desarrollado CUCI tras el diagnóstico de HIV, tenían una extensión E1 de Montreal y no han cursado con brotes de la enfermedad que requieran esteroides u hospitalización.

Conclusiones: Las características de estos pacientes podrían ser una pauta para la formulación de hipótesis y conducción de estudios analíticos con mayor potencial que lleven a introducir cambios en la práctica, sobre todo en los aspectos de vigilancia y pronóstico.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Características generales y específicas de los pacientes. (Dom062)

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Antecedentes familiares	Negados	Negados	Negados	Hermano con cáncer testicular
Género	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino
Edad	24 años	32 años	31 años	38 años
Comorbilidades/cirugías abdominales	Ninguna Colecistectomía	Ninguna Fistulectomía anal dos años antes	ERGE	Ninguna
Edad al diagnóstico de CUCI	24 años	30 años	31 años	38 años
Manifestaciones extraintestinales	Negadas	Negadas	Poliartropatía tipo 1	Negadas
Hallazgos de colonoscopia	CUCI E1 Mayo 2	CUCI E1 Mayo 2	CUCI E1 Mayo 2	CUCI E1 Mayo 2
Calprotectina	880 mcg/mg	520 mcg/mg	323 mcg/mg	386 mcg/mg
Tratamiento de mantenimiento en CUCI	Mesalazina 1,5 g, vía oral	Mesalazina 2,5 g, vía oral Mesalazina tópica 1 g	Mesalazina 1,5 g, vía oral Mesalazina tópica 1 g	Mesalazina 1,5 g, vía oral Mesalazina tópica 1 g
Brotes graves con hospitalización	Negados	Negados	Negados	Negados
Edad al diagnóstico de HIV	19 años	26 años	30 años	35 años
Carga viral/ CD4 al diagnóstico de CUCI	Indetectable CD4 900 cel	Indetectable CD4 1.000 cel	1.084 copias CD4 69 cel	144 copias CD4 480 cel
Carga viral y CD4 actual	Indetectable CD4 > 1.000 cel	Indetectable CD4 973 cel	122 copias CD4 221 cel	Indetectable CD4 726 cel
Hospitalizaciones por HIV	Negadas	Negadas	Negadas	Negadas
Tratamiento	Bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida	Bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida	Dolutegravir/acabavir/lamivudina	Bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida