

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL MASIVA COMO PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD DE CROHN EN UNA PACIENTE DEL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA.

- Autores :** GUILLERMO ALEJANDRO DÍAZ VENTURA, CRUZ NERI RU, MALDONADO MÚÑOZ AK, ARGEÑAL RODRÍGUEZ AM, RASURA ARMAS KM, BARAJAS DELGADILLO SM, GONZÁLEZ DUARTE JA
- Introducción:** Aunque la enfermedad de Crohn (EC) suele asociarse a hemorragia gastrointestinal leve, la hemorragia masiva es una complicación poco frecuente con una incidencia reportada que varía entre el 0,6% y el 4%. Esta presentación plantea desafíos diagnósticos y terapéuticos importantes y las limitaciones de los datos clínicos disponibles han dificultado la formulación de un consenso sobre las modalidades definitivas tanto del diagnóstico como la toma de decisiones en esta presentación de la enfermedad.
- Objetivo:** Analizar la toma de decisiones en el abordaje de las distintas presentaciones de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y Crear un consenso para la oportuna toma de decisiones en pacientes potencialmente graves.
- Reporte de Casos:** Paciente mujer de 67 años con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial de 20 años de evolución y Colitis Ulcerativa de 1 año de evolución diagnosticada y tratada en medio privado con Mesalazina. Ingresa el 04/07/2024 al servicio de Coloproctología del HCFAA con hemorragia masiva (>4 paquetes globulares). Con inestabilidad hemodinámica; hemoglobina de 10.46 posterior a transfusión y leucocitosis de 24.9. Se decide ingreso de urgencia a quirófano para laparotomía exploradora
- Discusión:** A la paciente se le realiza colectomía total con ileostomía terminal, encontrando úlceras en la mucosa, además de lesión isquémica a 100 cm del ángulo de Treitz. Posterior a intervención, se inicia dosis de biológico (infliximab) con curva de PCR. El histopatológico muestra hallazgos de EII, compatible con Enfermedad de Crohn.
A pesar de que en el contexto de la enfermedad en mención es poco probable el que los pacientes debuten con hemorragia gastrointestinal masiva si hay escasos reportes de pacientes. Se necesitan guías o algoritmos para la población latinoamericana en las cuales se detalle el actuar en caso de pacientes con necesidad de tratamiento quirúrgico y los cuidados posteriores al evento así como las indicaciones de la terapia con mayor evidencia de efectividad.
- Conclusiones:** La enfermedad de Crohn con hemorragia aguda es una enfermedad compleja cuyo tratamiento se limita a informes de casos y pocas series. Se debe recomendar la cirugía en pacientes con sangrado masivo no estabilizado, aquellos que no responden al tratamiento médico o con hemorragia masiva recurrente. El uso de infliximab para el control de la hemorragia aguda es alentador ya que la evidencia limitada ha demostrado la resolución del sangrado en la mayoría de los pacientes.

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL MASIVA COMO PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD DE CROHN EN UNA PACIENTE DEL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA.

Imagen adjunta

COLOPROCTOLOGÍA
ANTIGUO HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA "FRAY ANTONIO ALCALDE"



HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL MASIVA COMO PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD DE CROHN EN UNA PACIENTE DEL SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA.

Díaz Ventura GA, Cruz Neri RU, González Duarte JA, Maldonado Muñoz AK, Argeñal Rodríguez AM, Rasura Armas KM, Barajas Delgadillo SM.
Universidad de Guadalajara

INTRODUCCIÓN

Aunque la enfermedad de Crohn (EC) suele asociarse a hemorragia gastrointestinal leve, la hemorragia masiva es una complicación poco frecuente con una incidencia reportada que varía entre el 0,6% y el 4%. Esta presentación plantea desafíos diagnósticos y terapéuticos importantes y las limitaciones de los datos clínicos disponibles han dificultado la formulación de un consenso sobre las modalidades definitivas de diagnóstico y tratamiento para esta afección.

OBJETIVO

General:

- Analizar la toma de decisiones en el abordaje de las distintas presentaciones de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Objetivos específicos:

- Identificar las complicaciones menos comunes de la EII.
- Crear un consenso para la oportuna toma de decisiones en pacientes potencialmente graves.
- Disminuir la morbi-mortalidad de los pacientes con EC.

REPORTE DE CASO

Paciente mujer de 67 años con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial de 20 años de evolución y Colitis Ulcerativa de 1 año de evolución diagnosticada y tratada en medio privado con Mesalazina. Ingresa el 04/07/2024 al servicio de Coloproctología del HCFAA con hemorragia masiva (>4 paquetes globulares). Con inestabilidad hemodinámica; hemoglobina de 10.46 posterior a transfusión y leucocitosis de 24.9. Se decide ingreso a quirófano para laparotomía exploradora, y se realiza colectomía total con ileostomía terminal, encontrando úlceras en la mucosa de la misma, además de hallazgos de peritonitis purulenta y lesión isquémica a 100 cm del ángulo de Treitz. Posterior a intervención, se inicia dosis de biológico (infliximab) con curva de PCR (tabla 1). El histopatológico muestra hallazgos de EII, compatible con **Enfermedad de Crohn**.



CONCLUSIÓN

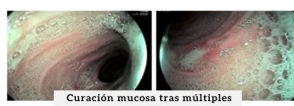
La EC con hemorragia aguda es una enfermedad compleja cuyo tratamiento se limita a informes de casos y pocas series. Se debe recomendar la cirugía en pacientes con sangrado masivo no estabilizado, aquellos que no responden al tratamiento médico o con hemorragia masiva recurrente. El uso de infliximab para el control de la hemorragia aguda es alentador ya que la evidencia limitada ha demostrado la resolución del sangrado en la mayoría de los pacientes.



Mucosa del colon (previa a agudización)
Fuente: medio externo.



Colectomía total
Fuente: Coloproctología HCFAA



Curación mucosa tras múltiples dosis de biológico
Fuente: Endoscopia HCFAA



Corte histológico de pieza quirúrgica: compatible con EC
Fuente: Patología HCFAA

BIBLIOGRAFÍA

- Sengupta, N., Feuerstein, J. D., Jairath, V., Shergill, A. K., Strate, L. L., Wong, R. J., & Wan, D. (2022). Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding: An Updated ACG Guideline. *The American Journal Of Gastroenterology*, 118(2), 208-231. <https://doi.org/10.14309/ajg.00000000000002130>
- Sanchez, M. J. P., De Arbeleja, R. C. M., Suárez, I. E., Benjumea, P. G., Mojarro, R. M., Del Pino, B. G. & Morgades, R. R. (2018). Actualización en el tratamiento quirúrgico de la colitis ulcerosa. *Dialnet*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9030016>
- Yamamoto-Furusho, J. K., López-Gómez, J. G., Boques-Padilla, F. J., Martínez-Vázquez, M. A., De-León-Rendón, J. L., & Second Mexican Consensus on Biologic Therapy and Small-molecules Group (2024). First Mexican Consensus on Crohn's disease. *Revista de gastroenterología de México (English)*, 89(2), 280-311. <https://doi.org/10.1016/j.rgmxen.2024.03.001>
- Yamamoto-Furusho, J. K., Boques-Padilla, F., & de Paula, J. (2017). Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal: Primer consenso latinoamericano de la Pan American Crohn's and Colitis Organisation. *Revista de Gastroenterología de México*, 82. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.07.003>

" EOSINOFILIA SÉRICA Y EN BIOPSIAS DE COLON COMO BIOMARCADORES DE ACTIVIDAD CLÍNICA Y ENDOSCOPIA EN PACIENTES CON CUCI ."

Autores: :	JULIETA COLIN GARNICA, DRA. RAQUEL YAZMIN LÓPEZ PÉREZ
Introducción:	La colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad inflamatoria crónica, inmunomediada, que afecta la mucosa del colon. Su incidencia se muestra de manera creciente a nivel mundial. . Se ha informado que la mucosa de las lesiones de CUCI tiene una gran cantidad de infiltración eosinofílica, y la infiltración eosinofílica de la mucosa colónica es un indicador de actividad de la enfermedad.
Objetivo:	Establecer la correlación con las escalas de actividad clínica y endoscopia con la eosinofilia sérica y en mucosa de colon como predictor de actividad en pacientes con CUCI.
Material y Métodos:	Se trata de un estudio observacional, transversal, retrospectivo y analítico. Se revisaron 48 expedientes de pacientes con CUCI, con biopsias colonicas (microscopia de luz) y conteo de eosinófilos en recto punto cohorte 64 eosinófilos X1 HPF, Eosinofilia sérica >23X10 a la 3. Se recopilaron datos con base a las escalas clínicas True Love Witts y escala de MAYO endoscópico y clasificación de la extensión de Montreal. Obtuvimos frecuencia y porcentaje para variables categóricas.
Resultados:	La determinación de riesgo de actividad con la presencia de eosinofilia en sangre con reporte de actividad en score de Mayo reporto OR 17.5 (p=0.011) y OR 5.8 (p=0.024) de encontrar eosinofilia en sangre y en biopsias de colon. Al determinar la correlación entre la presencia de eosinofilia en sangre y en mucosa de colon, se encontró una correlación significativa $p=0.023$ de 0.37 , para las correlaciones de eosinófilos en biopsias con las escalas de actividad, se reporta correlación para TLW 0.17 y score endoscópico de Mayo de 0.08.
Conclusiones:	Existe riesgo incrementado de encontrar eosinófilos en sangre periférica y mucosa de colon en pacientes con CUCI activo y refractario a tratamiento. Se encontró una correlación moderada entre el reporte de eosinófilos de mucosa de colon y los reportados en sangre periférica con las escalas de actividad. La colitis ulcerosa es multifactorial y se puede considerar a los eosinófilos como biomarcador de la enfermedad.

CORRELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y LA CALIDAD DE VIDA MEDIDA CON EL CUESTIONARIO IBDQ-32.

Autores:	YESSICA NOHEMI VARELA MARTÍNEZ, CARRILLO ROJAS JI, ZAVALA VILLEGAS S, SOTO VILLALPANDO M, MUNGUÍA LARES CA, ARREOLA BANDA F
Introducción:	El objetivo terapéutico de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ha evolucionado, buscando no solo la remisión clínica y endoscópica, sino también mejorar la calidad de vida. El cuestionario IBDQ-32 es un instrumento que evalúa la calidad de vida en pacientes con EII. Existen pocos reportes de un coeficiente de correlación entre el Truelove Witts y CDAI con puntajes del IBDQ-32. De acuerdo a Ho et al. se ha encontrado que el índice de correlación entre CDAI y IBD-32 varía de 0.34 a 0.60.
Objetivo:	Determinar la correlación entre el índice de actividad de la enfermedad inflamatoria intestinal y la calidad de vida, medida con el cuestionario IBDQ-32, en pacientes del Hospital de Especialidades del CMN La Raza.
Material y Métodos:	Se realizó un estudio correlacional, prospectivo, transversal y se determinó la correlación del índice de actividad de la EII y la calidad de vida en pacientes, hombres y mujeres mayores de 18 años, mediante la aplicación del cuestionario IBDQ-32. Se seleccionó de los pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión y se otorgó la hoja de consentimiento informado. Se consideró un valor de P estadísticamente significativo <0.05 y una correlación significativa $r > 0.6$.
Resultados:	Se evaluaron 97 pacientes de los cuales, 75 (77%) correspondieron a CUCI y 22 (23%) a EC; 62 (64%) pacientes fueron mujeres y 35 (36%) hombres. La puntuación obtenida del IBDQ-32 fue 136 ± 40.2 puntos. En el subanálisis por categorías, 41 ± 12.8 fueron síntomas intestinales, 21 ± 7.7 síntomas sistémicos, 49 ± 16.4 esfera social y 23 ± 7.1 esfera emocional. En los pacientes con CUCI y EC, no hubo correlación significativa ($r > 0.6$) entre el índice TLW, el CDAI y el puntaje total del IBDQ-32 ni en las subcategorías del IBDQ-32. Tanto en CUCI y EC, la esfera emocional reportó el coeficiente de correlación más alto ($r = -0.25$ y $r = -0.34$ respectivamente). En la esfera emocional de los pacientes con CUCI si se encontró una diferencia significativa ($p = 0.009$) entre los pacientes con y sin remisión clínica.
Conclusiones:	Se concluye que no existe correlación entre los índices de TLW y CDAI y los puntajes del IBDQ-32 en esta muestra de pacientes, lo cual resalta la importancia de llevar un enfoque multidisciplinario y usar herramientas como el IBDQ-32 para comprender el impacto de la EII en la calidad de vida. Al implementarse su aplicación en la práctica clínica diaria se podrán identificar trastornos emocionales o deterioro en el ámbito social incluso en etapas de remisión clínica.

CORRELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y LA CALIDAD DE VIDA MEDIDA CON EL CUESTIONARIO IBDQ-32.

Imagen adjunta

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de la población.

Variable	CUCI n=75	EC n=22
Sexo		
Hombre	32 (43%)	3 (14%)
Mujer	43 (57%)	19 (86%)
Edad actual	45±13.8	58±11.2
Edad al diagnóstico	36±14	51±12.3
Localización/extensión de la enfermedad		
Montreal E1	13 (17%)	
Montreal E2	21 (28%)	-
Montreal E3	41 (55%)	
L1		11 (50%)
L2	-	3 (14%)
L3	-	7 (36%)
Fenotipo	No aplica	
B1		8 (36%)
B2		14 (64%)
Puntaje TLW promedio	14±4.7	
Puntaje CDAI promedio		185 ± 63.5
IMC		
Peso normal	20 (27%)	2 (9%)
Sobrepeso	34 (45%)	7 (32%)
Obesidad	21 (28%)	13 (59%)
Comorbilidades		
Diabetes	6 (8%)	1 (4%)
Hipertensión arterial	6 (8%)	2 (9%)
Hipoalbuminemia	21 (28%)	17 (77%)
Tratamiento actual		
Mesalazina oral	75 (85%)	10 (46%)
Mesalazina rectal	36 (48%)	1 (6%)
Azatioprina	16 (21%)	7 (32%)
Biológicos	5 (7%)	4 (18%)
Esteroides	13 (17%)	2 (9%)
Metotrexate	2 (3%)	0

Tabla 2. Puntajes de evaluación de la calidad de vida

	CUCI n=75	EC n=22
IBDQ-32 total	137±39.9	131±41.7
Síntomas intestinales	42±13.1	40±11.7
Síntomas sistémicos	22±7.7	19±7.7
Esfera social	50±16.3	50±17.3
Esfera emocional	23±7.1	22±7.1

FRECUENCIA DE POUCHITIS CRÓNICA EN PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Autores:	ALEJANDRO GUTIERREZ CASTILLO, PRIETO NAVA JD, YAMAMOTO FURUSHO JK
Introducción:	La inflamación del reservorio ileal posterior a una proctocolectomía con ileo-ano anastomosis, definida como pouchitis, puede ocurrir en hasta 70% de los pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI). Ésta se clasifica en aguda y crónica, en esta última puede dividirse en dependientes de antibióticos o refractarias al uso de antibióticos requiriendo el uso de terapia avanzada con biológicos.
Objetivo:	Evaluar la frecuencia de pouchitis crónica en pacientes mexicanos con antecedente de CUCI con proctocolectomía total, ileo-ano anastomosis y reservorio ileal.
Material y Métodos:	Estudio observacional, descriptivo y transversal en donde se analizaron pacientes con CUCI que contaran con reservorio ileal posterior a una proctocolectomía del 1 de enero del 2020 al 31 de mayo del 2025. Se definió pouchitis aguda como aquella con una duración menor a 30 días y crónica mayor a 30 días; esta última se subdividió en dependiente de antibióticos y refractaria al uso de antibióticos. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 27.
Resultados:	Se incluyeron 18 pacientes. La mitad fueron mujeres con una mediana de edad de 38.5 años, todos con antecedente de pancolitis y el 55% (n=10) con manifestaciones extraintestinales. El tipo de proctocolectomía fue electiva en 61.1% (n=11) de los casos. El primer cuadro de pouchitis apareció con una mediana de 2.5 años, el 39.9% (n=7) fueron aguda y 61.1% (n=11) pouchitis crónica, de éstos, 45.5%(n=5) dependientes de antibióticos y 54.5% (n=6) refractarios a antibióticos. El tratamiento antibiótico brindado fue metronidazol en 83.3% (n=15), ciprofloxacino 61.1% (n=11) y tratamiento combinado 33.3% (n=6). De los pacientes con pouchitis crónica, el 81.9% (n=9) fueron tratados con terapia biológica, el 89% (n=8) con vedolizumab (44.4%) y 11% (n=1) con ustekinumab (5.55%).
Conclusiones:	La frecuencia de pouchitis crónica fue del 61.1% y en la mayoría de los casos fueron tratados con terapia biológica a base de vedolizumab, debido a dependencia o refractariedad a antibióticos.

FRECUENCIA DE POUCHITIS CRÓNICA EN PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Imagen adjunta

Pouchitis n=18 (%)	
Características demográficas	
Género (femenino)	9 (50)
Edad al diagnóstico, mediana (mínimo-máximo)	38.5 años (11-59)
Extensión (pancolitis)	18 (100)
Manifestaciones extraintestinales	10 (55.6)
Proctocolectomía electiva	11 (61.1)
Proctocolectomía urgente	7 (38.9)
Tipo de pouchitis	
Aguda	7 (38.9)
Crónica	11 (61.1)
- Dependiente de antibióticos	5 (45.5)
- Refractaria a antibióticos	6 (54.5)
Tratamiento	
Metronidazol	15 (83.3)
Ciprofloxacino	11 (61.1)
Combinación (ciprofloxacino/metronidazol)	6 (33.3)
Vedolizumab	8 (44.4)
Ustekinumab	1 (5.55)

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

Autores:	SAMUEL ISMAEL JUÁREZ CRUZ, JESÚS KAZUO YAMAMOTO FURUSHO
Introducción:	En los últimos 15 años, la incidencia de EII se ha incrementado casi seis veces. La frecuencia de enfermedades cardiovasculares (ECV) en pacientes > 40 años con EII es del 7-14% en EE.UU., 2-4% en Asia. Aunque se ha planteado una posible relación entre EII y mayor riesgo cardiovascular, la evidencia es contradictoria y en México no se han realizado estudios al respecto.
Objetivo:	Evaluar la frecuencia de ECV en pacientes mexicanos con EII en un hospital.
Material y Métodos:	Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo (2010-2025) de 200 pacientes con EII atendidos en la Clínica de EII del INCMNSZ; el análisis se efectuó en el programa SPSS v27 y se consideraron eventos cardiovasculares a los síndromes coronarios, enfermedad vascular periférica, hipertensión arterial, evento cerebrovascular, isquemia vascular e insuficiencia cardíaca (incluidas arritmias e hipertrofia ventricular).
Resultados:	Se analizaron 200 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII): 133 con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y 67 con enfermedad de Crohn (EC). La frecuencia de enfermedad cardiovascular (ECV) fue del 20%; en la mayoría se desarrolló posterior al diagnóstico de EII, mientras que el 5% la presentaba previamente. El riesgo de ECV aumentó significativamente con edad al diagnóstico >40 años y con la presencia de diabetes o dislipidemia. En CUCI, la actividad leve según Truelove-Witts y el índice Yamamoto-Furusho, así como la cirugía, incrementaron el riesgo. En contraste, la terapia con enemas de mesalazina y azatioprina fueron factores protectores; los supositorios de mesalazina mostraron tendencia a la significancia estadística.
Conclusiones:	La frecuencia de ECV en pacientes mexicanos con EII fue del 25% consideran que en el 20% ya contaban factores metabólicos establecidos y sólo el 5% de los pacientes desarrolló ECV posterior al diagnóstico de EII y cuyos factores asociados fueron la actividad leve y el tratamiento quirúrgico. Los factores de protección para el desarrollo de ECV en EII fueron el tratamiento tópico a base de mesalazina y el uso de azatioprina.

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

Imagen adjunta

Total (n = 200)	Sin ECV (n = 160)	Con ECV (n= 40)				
Datos sociodemográficos			Características de la EII			
Mediana de edad en años	47	53	CUCI/Crohn (N= 67/133)		49/111	18/22
Sexo femenino/masculino (N= 110/90)	91/69	19/21	Extension CUCI	E1 (N=9)	8	1
Obesidad (N=20)	14	6		E2 (N=22)	20	2
Sobrepeso (N=43)	31	12		E3 (N=101)	83	18
Diagnóstico de la EII ≥ 40 años (N=68; P = 0.0001, RM = 3.9; IC 95 %: 1.9–8.1)	44	24	Extension Crohn	L1 (N=18)	13	5
Comorbilidades				L2 (N=20)	13	7
Diabetes mellitus (N=18, RM = 2.3).	9	9	Fenotipo	L3 (N=30)	24	6
Dislipidemia mixta (N=30, RM = 2).	20	10		L4 (N=1)	0	1
Ejercicio (N=33)	28	5		B1 (N=22)	15	7
Tratamientos relacionados con la EII				B2 (N=32)	26	6
Terapia biológica (N=53)	46	7		B3 (N=15)	9	6
Supositorios de mesalazina (N=63; P = 0.08, RM = 0.47; IC 95 %: 0.20-1.1)	55	8		CDAI remisión (N=37)	27	10
Azatioprina (N=78; P = 0.04, RM = 0.45; IC 95 %: 0.2–0.98)	68	10	Truelove-and-Witts (P=0.01, RM = 3.2; IC 95%: 1.22–9.0)	Con actividad (N=75)	60	15
Cirugía relacionada a EII (N=39; P = 0.02, RM = 2.4; IC 95 %: 1.1–5.4)	26	13		Sin actividad (N=57)	50	7
ASA-5 oral (N=165)	133	32	Índice e integral Yamamoto-Furusho para actividad de CUCI (P = 0.0007, RM = 3.9; IC 95%:1.3–11.1)	Con actividad (N=74)	59	15
Enemas de mesalazina (N=45; P = 0.03, RM = 0.32; IC 95 %: 0.10–0.9)	41	5		Sin actividad (N=58)	51	7
Manifestaciones extraintestinales			Marcadores inflamatorios			
Presentes (N=53)	44	9	PCR mayor de 1 mg/dL (N=44)		35	9
Ausentes (N=147)	116	31	Calprotectina fecal menor de 250 (N=77)		65	12

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

Autores :	SAMUEL ISMAEL JUÁREZ CRUZ, JESÚS KAZUO YAMAMOTO FURUSHO
Introducción:	En México, hasta el 15% de los pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) presentan actividad grave en el curso de su enfermedad. Es importante conocer los factores de falta de respuesta asociados a refractariedad a esteroides intravenosos (IV) con el fin de iniciar de manera oportuna terapia de rescate. No existen estudios previos realizados en nuestra población con este fin.
Objetivo:	Identificar los factores asociados a falta de respuesta a esteroides intravenosos en pacientes con CUCI grave en un centro de tercer nivel.
Material y Métodos:	Estudio retrospectivo (2010-2025) que incluyó pacientes con CUCI grave de acuerdo a los criterios de Truelove-Witts que fueron tratados con esteroides intravenosos pertenecientes a la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se recolectaron datos demográficos, clínicos y bioquímicos. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS v27. Se tomó un valor de $P < 0.05$ como significativo.
Resultados:	Se analizaron 150 pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) grave: 74 mujeres y 77 hombres. El 29.1% fue diagnosticado después de los 40 años y el 70.9% antes de esa edad. Los factores asociados a falta de respuesta a esteroides intravenosos fueron la presencia de infección, ≥ 8 evacuaciones sanguinolentas al día a las 72 h, proteína C reactiva ultrasensible ≥ 4.5 mg/L, velocidad de sedimentación globular ≥ 30 mm/h y albúmina < 2.8 g/dL. La falla a ciclosporina se asoció con infección ($p = 0.008$; RM = 14.4), mientras que la necesidad de cirugía se relacionó con pancolitis ($p = 0.03$; RM = 8.5) y falla a ciclosporina ($p = 0.0003$; RM = 10.46). El 43% presentó infección intrahospitalaria, principalmente por Clostridioides difficile, neumonía, sepsis abdominal y citomegalovirus.
Conclusiones:	Los factores de riesgo asociados a falta de respuesta a esteroides IV en pacientes con CUCI grave fueron la presencia de cualquier tipo de infección, más de 8 evacuaciones sanguinolentas, PCR-us elevada ≥ 4.5 mg/L, VSG elevada ≥ 30 mm/hr e hipoalbuminemia a las 72 horas del inicio de esteroides.

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

Imagen adjunta

Datos sociodemográficos		Marcadores serológicos de inflamación	Ingreso Hospitalario	Día 3 Hospitalario	Egreso Hospitalario
Mediana de edad actual (años)	42	PCR ≥ 4.5 (P = 0.0001; RM = 4.5; IC95%: 2.7–73.9),	100% (N=150)	25.8% (N=39)	11.3% (N=17)
Diagnóstico de la CUCI ≤ 40 años (N=106)	70.9%	VSG ≥ 30 (P = 0.0001; RM = 2.2; IC95%: 1.97–25.3)	100% (N=150)	26.5% (N=40)	11.3% (N=17)
Pancolitis	74%	Albúmina ≤ 2.8 (P = 0.0001; RM = 869; IC95%: 49.4–152)	100 % (N=150)	31.1% (N=47)	17.9% (N=27)
≥ 8 evacuaciones al tercer día estancia hospitalaria (N=39; P = 0.0001, RM = 17.7; IC95%: 3–91)	25.8%	HB ≤ 10	100 % (N=150)	70.9% (N=107)	58.3% (N=88)
Comorbilidades		Infecciones intrahospitalarias (P = 0.008; RM = 14.4; IC95%: 1.56–135.5)			
Diabetes mellitus (N=16)	10.6%	CMV (N=10)		6.6%	
Hipertensión arterial (N=31)	20.5%	Clostridioides difficile (N=29)		19.2%	
TVP (N=32)	14.6%	Neumonía (N=20)		13.2%	
TDM/TAG (N=35/38)	23.2/25.2 %	Sepsis abdominal (N=19)		12.2%	
Tratamientos relacionados con la EI previo a hospitalización		Tratamiento Hospitalario			
Terapia biológica (N=6)	4%	Esteroides (N=150)		100%	
Mercaptopurina (N=2)	1.3%	Ciclosporina (N=33)		22%	
Azatioprina (N=75)	49.7%	Tratamiento Quirúrgico (N=21)		13.9%	
5-ASA oral (N=150)	100%	Tratamiento refractario	Esteroides (N=39)	25.8%	
Esteroides (N=117)	77.5%		Ciclosporina (N=11)	7.3%	

CORRELACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE VITAMINA D Y BIOMARCADORES INFLAMATORIOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Autores:	SAMUEL ISMAEL JUÁREZ CRUZ, JESÚS KAZUO YAMAMOTO FURUSHO
Introducción:	La calprotectina fecal (CF) es un biomarcador no invasivo para evaluar la actividad en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), junto con otros marcadores como la proteína C reactiva ultrasensible (PCR-us), la albúmina sérica y la velocidad de sedimentación globular (VSG). Estudios internacionales han demostrado que la deficiencia de vitamina D se asocia con recaídas de la EII; sin embargo, su correlación con CF no ha sido evaluada en México.
Objetivo:	Evaluar correlación de la calprotectina fecal con los niveles séricos de vitamina D en pacientes mexicanos con EII.
Material y Métodos:	Se realizó un estudio transversal en pacientes con EII confirmada entre 2010 y 2025. Las determinaciones de calprotectina fecal, vitamina D, PCR-us, albúmina, VSG y hemoglobina se obtuvieron en una única toma durante la misma visita. Se utilizó la prueba de Spearman para evaluar la correlación entre los niveles séricos de vitamina D y los diversos biomarcadores. El análisis estadístico se efectuó con SPSS v. 27; se consideró significativo $P < 0.05$.
Resultados:	Se incluyeron 200 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII): 135 con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y 65 con enfermedad de Crohn (EC); 111 mujeres y 89 hombres. Los niveles séricos de vitamina D se distribuyeron en deficiencia (46%, $n=91$), insuficiencia (30.5%, $n=63$) y normalidad (24%, $n=46$). Se observó una correlación negativa significativa entre vitamina D y calprotectina fecal ($r^2 = 0.231$; $p < 0.001$). La media de vitamina D fue 22.27 ± 9.6 ng/mL y la mediana de calprotectina fecal 1,824 $\mu\text{g/g}$ (rango 1,391-2,257). Además, la PCR-us mostró correlación negativa con vitamina D ($r^2 = 0.217$; $p = 0.002$) y positiva con albúmina ($r^2 = 0.215$; $p = 0.002$) y hemoglobina ($r^2 = 0.231$; $p = 0.001$).
Conclusiones:	Existió una correlación significativa leve entre los niveles séricos de vitamina D y los biomarcadores fecales así como serológicos en pacientes mexicanos con EII.

CORRELACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE VITAMINA D Y BIOMARCADORES INFLAMATORIOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Imagen adjunta

Datos demográficos y clínicos		Correlaciones (Spearman, ρ)	r^2	P
Femenino/Masculino (N=111/89)	55.5/44.5%	Vitamina D vs Calprotectina	-0.231	<0.001
Diagnóstico de la CUCI $\leq$ 40 años (N=66)	33%	Vitamina D vs PCR	-0.217	0.002
CUCI (N=135)	67.5%	Vitamina D vs Albúmina	0.215	0.002
CROHN (N=65)	32.5%	Vitamina D vs Hemoglobina	0.231	0.001
Tratamientos relacionados con la EII		Niveles de vitamina D		
Terapia biológica (N=39)	19.5%	Deficiencia	25-<20 ng/mL	46% (n=91)
Azatioprina (N=85)	42.5%	Insuficiencia	20-30 ng/mL	30% (n=63)
Esteroides (N=52)	26%	Suficiencia	>30 ng/mL	24% (n=46)
5-ASA oral (N=156)	78%			

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

Autores:	SAMUEL ISMAEL JUÁREZ CRUZ, JESÚS KAZUO YAMAMOTO FURUSHO
Introducción:	La deficiencia de vitamina D es frecuente en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), especialmente en enfermedad de Crohn (EC) por el involucro del intestino delgado. La frecuencia de deficiencia de vitamina D en pacientes con EII varía entre 30-40%, la cual se ha asociado con mayor actividad de la enfermedad, recaídas y menor respuesta a terapia biológica, sin embargo, la evidencia actual es controversial.
Objetivo:	Evaluar el impacto en los desenlaces clínicos con la suplementación con vitamina D en pacientes con EII.
Material y Métodos:	Estudio de cohorte retrospectiva en pacientes diagnóstico confirmado de EII durante el período 2010 y 2025. Se evaluaron aquellos pacientes que recibieron suplementación con vitamina D y tenían al menos dos mediciones séricas de vitamina D así como también contaran con escalas de evaluación de actividad clínica, bioquímica, endoscópica e histológica. Se empleó el programa SPSS versión 27 para el análisis estadístico. Se consideró significativo un valor de $P < 0.05$.
Resultados:	Se incluyeron 90 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII): 54 con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y 36 con enfermedad de Crohn (EC); 50 mujeres y 40 hombres. Antes de la suplementación, la deficiencia de vitamina D fue del 73.3%, insuficiencia 20.9% y normalidad 4.7%; tras la suplementación, deficiencia 10.5%, insuficiencia 25.6% y normalidad 64%. La deficiencia se asoció con mayor riesgo de cirugía ($p=0.05$; $RM=6.6$) y con PCR-us >1 mg/dL ($p=0.02$; $RM=3.87$). En CUCI, la deficiencia grave se asoció con actividad severa ($p=0.04$; $RM=11.5$). El tratamiento con 5-ASA oral ($p=0.01$; $RM=0.23$) y terapia biológica ($p=0.03$; $RM=0.29$) fueron factores protectores. La suplementación redujo significativamente la calprotectina fecal (2,489 vs. 969 $\mu\text{g/g}$; $p=0.0001$).
Conclusiones:	La deficiencia de vitamina D se asoció con actividad grave en CUCI así PCR-us elevada e intervención quirúrgica en pacientes con EII. La suplementación de vitamina D parece mejorar los niveles de calprotectina fecal de manera significativa.

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

Imagen adjunta

Datos sociodemográficos		Marcadores serológicos de inflamación	Prevía a suplementación	Posterior a suplementación	
Femenino/Masculino (N=50/40)	55.8/44.2%	PCR ≥ 1	44.2% (N=38)	26.7% (N=23)	
Diagnóstico de la CUCI ≤ 40 años (N=31)	36%	Calprotectina fecal	2,489 ± 474	968 ± 175	
CUCI (N=54)	60%	Albumina ≤2.8	12.2 % (N=11)	5.5% (N=5)	
CROHN (N=36)	40%	HB ≤ 10	12.2 % (N=11)	2.22% (N=2)	
Estadio clínico remisión		Niveles de vitamina D			
Escala	Prevía a suplementación	Posterior a suplementación		Prevía a suplementación	Posterior a suplementación
CDAI	4.7% (N=4)	10.5% (N=9)	Deficiencia	73.3%	10.5%
Truelove-Witts	20.9% (N=18)	25.6% (N=22)	Insuficiencia	20.9%	25.6%
Índice e integral Yamamoto-Furusho para actividad de CUCI	16.3% (N=14)	32.6% (N=28)	Suficiencia	4.7%	64%
Tratamientos relacionados con la EIi previo a la suplementación			Tratamiento posterior a la suplementación		
Terapia biológica (N=17)		19.8%	Terapia biológica (N=8)		9.3%
Azatioprina (N=30)		34.9%	Azatioprina (N=29)		33.7%
Esteroides (N=35)		38.8%	Esteroides (N=34)		37.7%
5-ASA oral (N=63)		73.3%	5-ASA oral (N=72)		83.7%
Tratamiento Quirúrgico (N=21)		24.4%	Tratamiento Quirúrgico (N=0)		0%

ASOCIACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL CON LOS DESENLACES CLÍNICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Autores:	SAMUEL ISMAEL JUÁREZ CRUZ, JESÚS KAZUO YAMAMOTO FURUSHO
Introducción:	En México, la frecuencia de obesidad afecta a 37% y el bajo peso al 1.5% de la población. La obesidad en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) alcanza 18?40% en E.U.A, 13?22% en Europa, 5?15 % en Asia y en México del 11.6%. Se ha postulado que el índice de masa corporal puede influir en el curso clínico y la respuesta terapéutica, pero en Latino América no existen estudios que evalúen este aspecto.
Objetivo:	Evaluar la frecuencia de bajo peso, peso, normal, sobrepeso y obesidad y su asociación con los desenlaces clínicos de pacientes mexicanos con EII.
Material y Métodos:	Estudio transversal en donde se incluyeron pacientes con EII atendidos en la Clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. El índice de masa corporal (IMC) fue evaluado en dos consultas separadas por al menos de 1 año en donde se clasificó como bajo peso (IMC < 18.5), peso normal (IMC: 18.5?24.9), sobrepeso (IMC: 25.0?29.9) y obesidad (IMC ? 30). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 27.
Resultados:	Se evaluaron 200 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: 154 con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y 46 con enfermedad de Crohn (EC). La frecuencia de bajo peso fue 18.5%, peso normal 43.5%, sobrepeso 27.5% y obesidad 10.5%. El sobrepeso se asoció significativamente con actividad moderada a grave ($p=0.00009$; RM=50). El bajo peso se asoció a falla al tratamiento convencional frente a peso normal ($p=0.01$; RM=4.0), sobrepeso ($p=0.006$; RM=4.8) y obesidad ($p=0.0009$; RM=9.5). Además, bajo peso y obesidad se relacionaron con uso de biológicos ($p=0.04$; RM=4.6). No hubo asociación entre IMC y extensión, fenotipo, manifestaciones extraintestinales o respuesta terapéutica.
Conclusiones:	La frecuencia de bajo peso fue del 18.5%, peso normal 43.5 %, sobrepeso 27.5 % y obesidad 10.5 %. El sobrepeso se asoció de manera significativa a actividad moderada a grave en pacientes con CUCI. El bajo peso se asoció a refractariedad al tratamiento convencional y uso de biológicos en pacientes mexicanos con EII.

ASOCIACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL CON LOS DESENLACES CLÍNICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Imagen adjunta

Datos sociodemográficos		Características de la EII		
Mediana de edad en años	48	CUCI/Crohn (N= 154/46)		77/23%
Sexo femenino (N=115)	57.5%	Extensión CUCI	E1 (N=14)	9%
Sexo masculino (N=85)	42.5%		E2 (N=24)	15.58%
Diagnóstico de la EII ≥ 40 años (N=66)	33%		E3 (N=118)	76.62%
Media de edad en años de diagnóstico	34	Extensión Crohn	L1 (N=15)	32.6%
IMC			L2 (N=10)	21.7%
Bajo peso (N=18)	9%		L3 (N=19)	41.3%
Peso normal (N=77)	38.5%		L4 (N=2)	4.3%
Sobrepeso (N=77)	38.5%	Fenotipo	B1 (N=12)	26.08%
Obesidad (N=28)	14%		B2 (N=27)	58.6%
Tratamientos relacionados con la EII			B3 (N=7)	15.2%
Terapia biológica (N=47)	23.5%	CDAI	Con actividad (N=45)	97.8%
Supositorios de mesalazina (N=68)	34%		Sin actividad (N=1)	2.2%
Azatioprina (N=82)	41%	Truelove-and-Witts	Con actividad (N=103)	66.8%
Prednisona (N=40)	20%		Sin actividad (N=51)	33.2%
ASA-5 oral (N=172)	86%	Índice e integral Yamamoto-Furusho para actividad de CUCI	Con actividad (N=100)	64.9%
Enemas de mesalazina (N=48)	24%		Sin actividad (N=54)	35.1%
Manifestaciones extraintestinales		Respuesta al tratamiento		
Presentes (N=89)	44.5%	Fallo al tratamiento convencional (N=51)		25.5%
Ausentes (N=111)	55.5%			

FRECUENCIA DE MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES EN PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Autores :	JOSÉ DAVID PRIETO NAVA, GUTIÉRREZ CASTILLO A, GUTIÉRREZ HERRERA FD, YAMAMOTO FURUSHO JK
Introducción:	La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) abarca, principalmente, la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI). La EII también puede tener manifestaciones extraintestinales (MEIs) como estomatitis aftosa, eritema nodoso, hidradenitis supurativa, pioderma gangrenoso, colangitis esclerosante primaria (CEP), espondiloartropatía axial y periférica, así como escleritis, epiescleritis y uveítis. Las MEIs pueden estar asociadas o no a la actividad intestinal.
Objetivo:	Evaluar la frecuencia de MEIs en pacientes mexicanos con EII.
Material y Métodos:	Estudio observacional y descriptivo en donde se evaluaron pacientes con diagnóstico definitivo de EC y CUCI durante el período 1 de enero del 2020 al 31 de mayo del 2025 pertenecientes a la clínica de EII del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se describió la prevalencia de MEIs, la coexistencia con enfermedades inmunomediadas y el número de MEIs por paciente. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 27.
Resultados:	De 472 pacientes con EII, el 41.7% (n=197) presentaron MEIs, el 76.6% (n=151) con CUCI y 30.4% (n=46) con EC. La distribución según el tipo de MEI fue: articular en 30% (n=140; 23% CUCI, 7% EC), hepatobiliares en 7.83% (n=37; todos con CUCI), dermatológicas en 5.7% (n=27; 3.6% CUCI, 2.1% EC) y oftalmológicas en 3.2% (n=15; 2.1% CUCI y 1.1% EC). El 8% (n=38) de los pacientes presentaron de forma concomitante enfermedades inmunomediadas [5.7% (n=27) con CUCI y 2.3% (n=11) con EC], las cuales se muestran en la tabla. Respecto al número de MEIs, el 7% (n=33) presentaron más de una MEI [6% (n=28) CUCI y 1% (n=5) EC], el 6.5% (n=31) dos MEIs, el 0.2% (n=1) tres MEIs y 0.2% (n=1) cuatro MEIs.
Conclusiones:	La prevalencia de MEIs en pacientes con EII fue del 41.7%, siendo las manifestaciones musculoesqueléticas, principalmente artralgias, las más frecuentes tanto en CUCI como CE. El 8% los pacientes presentó alguna enfermedad inmunomediada asociada, siendo la espondilitis anquilosante la más frecuente. Debido a la amplia asociación de MEI, el manejo del paciente con EII debe ser holístico.

FRECUENCIA DE MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES EN PACIENTES MEXICANOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Imagen adjunta

Pacientes con EII (n=472)		
Manifestaciones extraintestinales	CUCI	Crohn
n=197 (41.7%)	n=151 (32%)	n=46 (9.7%)
Musculoesqueléticas n=140 (30%)		
Espondiloartropatía periférica	93 (19.7%)	28 (5.9%)
Artralgias	85 (18%)	25 (5.3%)
Espondiloartropatía axial	15 (3.2%)	4 (0.8%)
Artritis	13 (2.8%)	3 (0.6%)
Sacroileítis	2 (0.4%)	0
Hepatobiliares n=37 (7.8%)		
Colangitis esclerosante primaria	32 (6.8%)	0
Dermatológicas n=27 (5.7%)		
Pioderma gangrenoso	8 (1.7%)	3 (0.6%)
Eritema nodoso	7 (1.5%)	3 (0.6%)
Estomatitis aftosa	1 (0.2%)	2 (0.4%)
Hidradenitis supurativa	1 (0.2%)	1 (0.2%)
Oftalmológicas n=15 (3.2%)		
Uveítis	8 (1.7%)	5 (1.1%)
Escleritis	1 (0.2%)	0
Epiescleritis	1 (0.2%)	0
Enfermedades inmunomediadas n=38 (8.1%)		
Espondilitis anquilosante	15 (3.2%)	4 (0.8%)
Hepatitis autoinmune	5 (1.1%)	0
Artritis reumatoide	4 (0.8%)	1 (0.2%)
Asma	3 (0.6%)	1 (0.2%)
Artritis psoriásica	2 (0.4%)	0
Dermatitis atópica	1 (0.2%)	0
Diabetes tipo 1	1 (0.2%)	0
Hipotiroidismo por tiroiditis	1 (0.2%)	4 (0.8%)
Psoriasis	0	1 (0.2%)
Esclerosis múltiple	0	0
Lupus eritematoso sistémico	0	0

ADENOCARCINOMA COLORRECTAL ASOCIADO A COLITIS ULCEROSA CRÓNICA

IDIOPÁTICA: DE LA INFLAMACIÓN PERSISTENTE A LA TRANSFORMACIÓN NEOPLÁSICA

- Autores:** JUAN ANTONIO GONZALEZ LEÓN, ORTIZ PACHECO LJ, PEREZ QUEB AG, RODRIGUEZ VARGAS AE, IBERRI JAIME AJ, SANCHEZ ROSADO RR, JIMENEZ BOBADILLA B
- Introducción:** La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es un trastorno inflamatorio intestinal cuya evolución prolongada incrementa el riesgo de cáncer colorrectal (CCR). A nivel mundial, se estima que entre el 1% y 2% de los pacientes con CUCI desarrollan CCR tras 10 años de evolución, cifra que asciende al 8% a los 20 años. En América Latina, la prevalencia de CUCI se aproxima a 80 casos por 100,000 habitantes, con tendencia ascendente.
- Objetivo:** Este trabajo presenta un caso clínico representativo y una revisión de literatura reciente sobre la secuencia inflamación crónica?displasia?adenocarcinoma.
- Reporte de Casos:** Masculino de 48 años con antecedente de CUCI E2 de 15 años de evolución, tratado con mesalazina oral de forma irregular. Acude por rectorragia y dolor abdominal; la colonoscopia revela estenosis en colon descendente (Mayo 3). Se realiza proctocolectomía laparoscópica con ileostomía (07.11.24). Teniendo buena evolución posquirúrgica, posterior se recabó el estudio histopatológico, quien confirma adenocarcinoma moderadamente diferenciado pT2pN0cM0 EC I, sin ganglios afectados (0/103). El paciente
- Discusión:** El riesgo de carcinoma colorrectal asociado a CUCI aumenta con la duración y extensión de la enfermedad. La inflamación crónica persistente provoca estrés oxidativo, acumulación de mutaciones y displasia epitelial progresiva. La secuencia clásica de carcinogénesis implica tres vías principales: mutacional (APC/KRAS/p53), epigenética (hipermetilación del ADN) e inflamatoria (NF- κ B, IL-6, TNF- α , COX-2). Las guías ECCO 2024 y ACG 2025 recomiendan colonoscopia de vigilancia cada 1-2 años después de 8 años de enfermedad extensa. El uso continuo de mesalazina y la supresión inflamatoria sostenida reducen significativamente la progresión neoplásica.
- Conclusiones:** La inflamación crónica sostenida en la CUCI constituye un entorno predisponente para el desarrollo de adenocarcinoma colorrectal.
- La detección temprana de displasia mediante colonoscopia de alta definición y cromosondoscopia es esencial en la prevención.
 - La adherencia terapéutica y el control inflamatorio reducen el riesgo de transformación neoplásica.
 - Este caso subraya la importancia de programas de cribado estructurados en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

ENFERMEDAD DE CROHN SIMULANDO TUMOR DE COLON DERECHO: RETO DIAGNÓSTICO Y CLÍNICO

Autores:	JUAN ANTONIO GONZALEZ LEON, ORTIZ PACHECO LJ, PEREZ QUEB AG, VELA TORRES A, PHILIPPE M, DIMAS SANCHEZ BA, JIMENEZ BOBADILLA B
Introducción:	La enfermedad de Crohn es un trastorno inflamatorio intestinal crónico y transmural que puede afectar cualquier segmento del tubo digestivo. Su localización en el colon derecho puede simular un proceso neoplásico por la presencia de engrosamiento parietal, masas inflamatorias o estenosis. Esta forma atípica representa un reto diagnóstico y terapéutico, ya que puede conducir a intervenciones quirúrgicas innecesarias.
Objetivo:	El presente caso describe a un paciente inicialmente diagnosticado con tumor de colon ascendente, cuyo estudio histopatológico final confirmó enfermedad de Crohn transmural perforada, subrayando la relevancia del diagnóstico diferencial en lesiones inflamatorias del colon derecho.
Reporte de Casos:	Masculino de 50 años, originario de Tlaxcala, con síndrome consuntivo, anemia grado IV (Hb 5.3 g/dL) y alto riesgo de desnutrición (CONUT 11-12 puntos). Presentó dolor abdominal difuso, pérdida de peso de 20 kg en tres meses y melena intermitente. Se realizaron estudios diagnósticos de laboratorios, tomografía, endoscopia, los cuales reportaron: TAC abdominopélvica (30.01.25): engrosamiento parietal del colon ascendente, líquido libre pericólico y cambios inflamatorios mesentéricos sugestivos de
Discusión:	La enfermedad de Crohn del colon derecho puede imitar un adenocarcinoma o linfoma, complicando el diagnóstico. La imagen radiológica suele mostrar engrosamiento mural irregular y densidad grasa mesentérica, mientras que las biopsias endoscópicas pueden resultar no concluyentes. En este caso, el diagnóstico definitivo se logró tras la resección quirúrgica. El enfoque multidisciplinario es esencial: correlación clínico-radiológica, confirmación histológica transmural y evaluación nutricional. La desnutrición severa (CONUT >10) incrementa el riesgo de complicaciones posoperatorias. Las guías ECCO (2024) y ACG (2025) recomiendan optimizar el estado inflamatorio y metabólico previo a la cirugía.
Conclusiones:	La enfermedad de Crohn puede presentarse como masa inflamatoria o tumoral en el colon derecho. El diagnóstico requiere análisis histopatológico transmural. Es fundamental la evaluación nutricional y soporte metabólico en pacientes con Crohn complicado. Mantener alta sospecha clínica y colaboración multidisciplinaria es clave para un manejo exitoso.

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA EN UNA CLÍNICA ESPECIALIZADA DE TERCER NIVEL EN MÉXICO.

- Autores :** ROBERTO EMMANUEL GONZÁLEZ LÓPEZ, ROSALES TÉLLEZ P, CHIDA ROMERO JA, RODRÍGUEZ CRUZ H, HERNÁNDEZ ANTOLÍN V, CONTRERAS AVILÉS E, DE-LEÓN RENDÓN JL
- Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y enfermedad de Crohn (EC), es una afección crónica del tracto gastrointestinal. Se ha observado alta prevalencia de ansiedad y depresión en estos pacientes. Aunque no es psicósomática, existe una relación bidireccional entre inflamación y salud mental. Estos trastornos afectan la calidad de vida y la evolución clínica, pero su evaluación sigue siendo limitada en la práctica.
- Objetivo:** Analizar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática y enfermedad de Crohn atendidos en una clínica especializada en EII de un hospital de tercer nivel.
- Material y Métodos:** Estudio transversal analítico en 50 pacientes con EII atendidos en la clínica de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital General de México (marzo-abril 2025). Se aplicaron escalas HADS y Hamilton-D para evaluar síntomas afectivos. Se registraron y analizaron variables demográficas, clínicas y bioquímicas usando SPSS v.26. La prueba t de Student se aplicó para comparar variables continuas de CU vs EC, y chi-cuadrada en variables categóricas. Se consideró $p < 0.05$ como significativo.
- Resultados:** Se incluyeron 50 pacientes: 32 con colitis ulcerosa y 18 con enfermedad de Crohn. Edad media: 37.7 ± 13.4 años, sin diferencias significativas entre grupos ($p = 0.252$). El 54% fueron mujeres. La prevalencia de depresión clínica fue alta: 96% según HADS y 100% según Hamilton. La Ansiedad, según HADS se identificó en el 54% de los pacientes. No hubo diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de ansiedad o depresión entre pacientes con CU y EC (HADS-D: $p=0.457$; HADS-A: $p=0.951$; Hamilton-D: $p=N/S$). Los niveles de calprotectina fecal y proteína C reactiva fueron mayores en EC (374 ?g/g y 3.3 mg/L) que en CU (201 ?g/g y 2.3 mg/L), aunque sin significancia estadística, pero clínicamente esperado, dado el carácter transmural y más sistémico de la inflamación en la EC.
- Conclusiones:** Los pacientes con EII de esta cohorte mostraron alta carga afectiva, con prevalencia alarmante de síntomas depresivos y ansiosos significativos, independientemente del tipo de enfermedad. Esto sugiere que el impacto emocional no depende de la localización o fisiopatología, sino por el impacto de vivir con una enfermedad crónica. Se destaca la necesidad de incorporar tamizaje en salud mental e intervenciones psicológicas o psiquiátricas como parte del manejo integral, incluso sin actividad grave.

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA EN UNA CLÍNICA ESPECIALIZADA DE TERCER NIVEL EN MÉXICO.

Imagen adjunta

Variable	Total (n = 50)	CUCI	Crohn	Valor de p
Edad, media $\pm$ DE (mín–máx)	37.7 $\pm$ 13.4 (17–66)	36.3 $\pm$ 13.5 (19–66)	40.2 $\pm$ 13.5 (17–63)	0.252
Género, n (%):				N/S
- Masculino	23 (46.0%)	15 (46.9%)	8 (44.4%)	
- Femenino	27 (54.0%)	17 (53.1%)	10 (55.6%)	
HADS-D, media $\pm$ DE	12.62 $\pm$ 2.76	12.53 $\pm$ 2.56	12.77 $\pm$ 3.15	N/S
HADS-A, media $\pm$ DE	7.78 $\pm$ 2.62	7.68 $\pm$ 2.54	7.94 $\pm$ 2.83	N/S
Hamilton-D, media $\pm$ DE	25.42 $\pm$ 4.53	25.31 $\pm$ 4.59	25.6 $\pm$ 4.53	N/S
Ansiedad según HADS, n (%):				0.951
- Sin ansiedad	23 (46.0%)	16 (50.0%)	7 (38.9%)	
- Ansiedad	27 (54.0%)	16 (50.0%)	11 (61.1%)	
Depresión según HADS, n (%):				0.457
- Sin depresión	2 (4.0%)	1 (3.1%)	1 (5.6%)	
- Depresión	48 (96.0%)	31 (96.8%)	17 (94.4%)	
Depresión según Hamilton, n (%):				N/S
- Sin depresión	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
- Depresión	50 (100.0%)	32 (100.0%)	18 (100.0%)	
Calprotectina fecal	224 (91.9 – 800)	201 (94 – 677)	374 (33 – 1132)	N/S
Proteína C Reactiva	2.63 (0.5 – 16.06)	2.3 (0.47 – 11.24)	3.3 (0.88 – 30.95)	N/S
True Love & Witts modificado	9 (6.75 – 10.25)	9 (9 – 11)	-	N/S
Harvey Bradshaw	0 (0 – 0.5)	-	4 (0 – 8)	N/S

COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA EN GEMELAS DICIGÓTICAS. REPORTE DE UN CASO INUSUAL.

Autores :	ROBERTO EMMANUEL GONZÁLEZ LÓPEZ, ROSALES TÉLLEZ P, CHIDA ROMERO JA, RODRÍGUEZ CRUZ H, HERNÁNDEZ ANTOLÍN V, SEBASTIAN OCAMPO VN, DE-LEÓN RENDÓN JL
Introducción:	La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una EII multifactorial con influencia genética, inmunológica y ambiental. Su aparición en gemelos dicigóticos es rara y permite analizar la interacción entre predisposición genética parcial y factores externos. La concordancia alcanza 18.8% en gemelos monocigóticos y 4% en dicigóticos. Más de 200 loci, especialmente en HLA, se han asociado, pero solo explican 19% de la heredabilidad, destacando el papel del microbioma y la epigenética.
Objetivo:	Presentar el caso de dos gemelas dicigóticas con diagnóstico confirmado de CUCI y analizar sus diferencias clínicas, terapéuticas y evolutivas, en el contexto de la literatura actual sobre susceptibilidad genética y variabilidad fenotípica.
Reporte de Casos:	Dos pacientes femeninas, gemelas dicigóticas de 27 años con CUCI confirmada. La primera inició en 2019 con uveítis, dolor abdominal, rectorragia y anemia; presentó colitis extensa (E3) y CUCI moderada (Riley). Está en remisión clínica, bioquímica, endoscópica e histológica con vedolizumab. La segunda inició en 2021 con dolor abdominal y rectorragia leve; mostró enfermedad distal (E1) y CUCI leve (Riley). Luego presentó uveítis y mantiene remisión clínica con leve actividad endoscópica.
Discusión:	Ambas pacientes comparten predisposición genética parcial y ambiente, pero difieren en severidad, extensión y evolución de la CUCI, así como en requerimientos terapéuticos.
Conclusiones:	Este caso resalta la complejidad etiopatogénica de la CUCI y su expresión clínica variable incluso en gemelas. Refuerza el papel multifactorial de la enfermedad y la importancia de estudios en gemelos para distinguir la influencia genética frente a la ambiental. Se subraya la necesidad de abordajes terapéuticos personalizados e investigaciones que integren genética, transcriptómica y microbioma para comprender mejor esta enfermedad.

COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA EN GEMELAS DICIGÓTICAS. REPORTE DE UN CASO INUSUAL.

Imagen adjunta

Tabla 1. Comparación clínica y evolutiva de gemelas dicigóticas con diagnóstico de CUCI



Variable	Gemela 1	Gemela 2
Edad de inicio	21 años (2019)	23 años (2021)
Manifestación extraintestinal inicial	Uveítis	Ninguna (uveítis posterior)
Síntomas digestivos	Dolor abdominal, rectorragia, anemia	Dolor abdominal, rectorragia leve
Clasificación de Montreal	E3 (colitis extensa)	E1 (colitis distal)
Histopatología (Riley)	Moderada	Leve
Tratamiento actual	Vedolizumab	Mesalazina oral y tópica
Estado actual	Remisión clínica, bioquímica, endoscópica e histológica	Remisión clínica y bioquímica; actividad leve endoscópica e histológica

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y REPRODUCTIVAS DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN CENTRO DE REFERENCIA EN MÉXICO

Autores :	PAOLA ROSALES TÉLLEZ, GONZÁLEZ LÓPEZ RE, CHIDA ROMERO J, HERNÁNDEZ ANTOLIN V, RODRÍGUEZ CRUZ H, SEBASTIÁN OCAMPO VN, DE LEÓN RENDÓN JL
Introducción:	La enfermedad inflamatoria intestinal afecta con frecuencia a personas jóvenes, con un pico de incidencia entre los 15 y 40 años, lo que coincide con la etapa reproductiva femenina. Las implicaciones clínicas, terapéuticas y reproductivas en mujeres con EII en edad fértil son relevantes, tanto por el impacto de la enfermedad como por los riesgos asociados al tratamiento, la cirugía y el embarazo. La caracterización de esta población puede contribuir a optimizar estrategias de atención integral.
Objetivo:	Describir y comparar las características clínicas, terapéuticas y ginecoobstétricas de mujeres en edad fértil con EII, atendidas en un centro especializado de referencia en México.
Material y Métodos:	Estudio transversal, observacional y analítico realizado en la Clínica de EII del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Se incluyeron mujeres de 15 a 49 años con EII confirmada y seguimiento activo entre marzo de 2023 y junio de 2025. Los datos clínicos y ginecoobstétricos se obtuvieron por interrogatorio y expediente electrónico. El análisis se realizó con SPSS v29, usando t de Student, chi cuadrado o Fisher, con significancia de $p < 0.05$.
Resultados:	De una cohorte de 298 pacientes con EII en seguimiento activo, 61 (20.5%) fueron mujeres en edad fértil. De ellas, 50 (82.0%) presentaron CUCI y 11 (18.0%) EC. En CUCI predominó la pancolitis (70.0%), y en EC el comportamiento estenosante (54.5%) y localización ileocólica (36.4%). El uso de terapia avanzada fue mayor en EC (72.7%) que en CUCI (46.0%), con mayor uso de ustekinumab en EC ($p=0.012$) y vedolizumab en CUCI ($p=0.047$). La cirugía fue más frecuente en EC (45.5%) que en CUCI (10.0%) ($p=0.012$); la hemicolectomía derecha se observó solo en EC ($p=0.031$) y la colectomía total con reservorio ileal solo en CUCI. No hubo diferencias significativas en edad, variables reproductivas, manifestaciones extraintestinales ni estoma. La orientación prenatal se reportó en 42.6%.
Conclusiones:	En esta cohorte, el 20.5% de los pacientes con EII en seguimiento activo correspondió a mujeres en edad fértil. Se identificaron diferencias clínicas y terapéuticas entre CUCI y EC, destacando la mayor frecuencia de pancolitis en CUCI, y de fenotipo estenosante y cirugía mayor en EC. Menos de la mitad recibió orientación prenatal, lo que subraya la necesidad de reforzar la consejería reproductiva y el abordaje multidisciplinario en este grupo.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y REPRODUCTIVAS DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN CENTRO DE REFERENCIA EN MÉXICO

Imagen adjunta

VARIABLE	TOTAL (N=61)	CUCI (N=50)	EC (N=11)	VALOR DE P
Edad (años) [†]	32 ± 7.1	31.9 ± 7.5	32.9 ± 5.4	0.693
Menarca (años) [‡]	12.2 ± 1.2	12 ± 1	11.8 ± 1	0.545
Clasificación Montreal CUCI [§] n (%)				—
E3	—	35 (70.0%)	—	—
E2	—	13 (26.0%)	—	—
E1	—	2 (4.0%)	—	—
Clasificación Montreal EC [§] n (%)				—
A2	—	—	10 (90.9%)	—
A3	—	—	1 (9.1%)	—
B1	—	—	5 (45.5%)	—
B2	—	—	6 (54.5%)	—
L1	—	—	1 (9.1%)	—
L2	—	—	4 (36.4%)	—
L3	—	—	3 (27.3%)	—
L4	—	—	3 (27.3%)	—
Número de Gestas n (%)				0.467
0	21 (34.4%)	18 (36.0%)	3 (27.3%)	—
1	19 (31.1%)	16 (32.0%)	3 (27.3%)	—
2	13 (21.3%)	8 (16.0%)	5 (45.5%)	—
3	7 (11.5%)	7 (14.0%)	0	—
4	1 (1.6%)	1 (2.0%)	0	—
Antecedente de Abortos n (%)	18 (29.5%)	16 (32.0%)	2 (18.2%)	0.482
Parto n (%)	19 (31.1%)	18 (36.0%)	1 (9.1%)	0.098
Cesárea n (%)	22 (36.1%)	16 (32.0%)	6 (54.5%)	0.177
Método de Planificación Utilizado n (%)				—
Ninguno	10 (16.4%)	10 (20.0%)	0	0.196
Condón	14 (23.0%)	12 (24.0%)	2 (18.2%)	1.000
Hormonal	14 (23.0%)	12 (24.0%)	2 (18.2%)	1.000
DIU	7 (11.5%)	5 (10.0%)	2 (18.2%)	0.600
Definitivo	16 (26.2%)	11 (22.0%)	5 (45.5%)	0.132
Orientación Prenatal n (%)	21 (34.4%)	17 (34.0%)	4 (36.4%)	1.000
Complicaciones durante el embarazo n (%)	11 (18.0%)	7 (14.0%)	4 (36.4%)	0.089
Diagnóstico de EII Previo al Primer Embarazo n (%)	23 (37.7%)	16 (32.0%)	7 (63.6%)	0.087
Tratamiento Actual n (%)				0.272
Convencional	30 (49.2%)	25 (50.0%)	5 (45.5%)	—
Avanzado	31 (50.8%)	23 (46.0%)	8 (72.7%)	—
Tipo de Tratamiento Avanzado n (%)				—
Uveitis	4 (6.6%)	2 (4.0%)	2 (18.2%)	0.133

Uveitis	6 (9.8%)	2 (4.0%)	4 (36.4%)	0.012*
Uveitis	20 (32.8%)	19 (38.0%)	1 (9.1%)	0.047*
Adenitis	1 (1.6%)	0 (0.0%)	1 (9.1%)	0.167
Manifestaciones Extraintestinales n (%)				—
Ninguna	40 (65.6%)	33 (66.0%)	7 (63.6%)	1.000
Artralgias	18 (29.5%)	14 (28.0%)	4 (36.4%)	0.713
Espondiloartritis	1 (1.6%)	1 (2.0%)	0	1.000
Uveitis	2 (3.3%)	2 (4.0%)	0	1.000
Necesidad de Cirugía n (%)	10 (16.4%)	5 (10.0%)	5 (45.5%)	0.012*
Tipo de Cirugía n (%)				—
Colecistomía total + reservorio J	1 (1.6%)	1 (2.0%)	0	1.000
Proctocolectomía + reservorio ileal	2 (3.3%)	1 (2.0%)	1 (9.1%)	0.389
Colecistomía total + ileostomía terminal	3 (4.9%)	2 (4.0%)	1 (9.1%)	0.479
Colecistomía total + anastomosis	1 (1.6%)	1 (2.0%)	0	1.000
Hemicolectomía derecha	2 (3.3%)	0	2 (18.2%)	0.031*
Seto perianal	1 (1.6%)	0	1 (9.1%)	0.167
Necesidad de Estoma n (%)	3 (4.9%)	3 (6.0%)	0	1.000

ESTRATEGIAS DE SECUENCIACIÓN TERAPÉUTICA E IDENTIFICACIÓN DE CASOS DIFÍCILES DE TRATAR EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

- Autores :** ROBERTO EMMANUEL GONZÁLEZ LÓPEZ, ROSALES TÉLLEZ P, CHIDA ROMERO JA, RODRÍGUEZ CRUZ H, CONTRERAS AVILÉS E, SEBASTIAN OCAMPO VN, DE-LEÓN RENDÓN JL
- Introducción:** La EII es una condición crónica inmunomediada que, en casos con actividad refractaria o pérdida de respuesta al tratamiento convencional, puede requerir terapias avanzadas, como agentes biológicos o pequeñas moléculas. La progresión a múltiples líneas terapéuticas en ciertos pacientes da lugar a un subgrupo clínicamente complejo, denominado enfermedad difícil de tratar. En México, la evidencia sobre la secuenciación terapéutica y la identificación de estos casos es aún limitada.
- Objetivo:** Describir las características clínicas y el patrón de secuenciación de terapias avanzadas en pacientes con EII que requirieron múltiples líneas de tratamiento, e identificar aquellos que cumplen con criterios clínicos de enfermedad difícil de tratar en una clínica especializada de atención terciaria
- Material y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y analítico en 298 pacientes con EII; 130 recibieron terapia avanzada y 17 (13.07%) requirieron ≥2 líneas. Se analizaron variables clínicas, demográficas y terapéuticas. Se aplicaron criterios de Montreal y se consideró EII difícil de tratar a quienes usaron ≥3 líneas por falla a biológicos o moléculas con dos mecanismos distintos. El análisis se realizó en SPSS v.29 con estadística descriptiva, prueba de Friedman y curvas de Kaplan-Meier ($p < 0.05$).
- Resultados:** Se incluyeron 17 pacientes con ≥2 líneas de terapia avanzada, edad media 40.05 ± 15.29 años, 70.6% hombres. En CUCI predominó pancolitis (66.6%) y en EC, localización L3 (37.5%), patrón B2 (62.5%) y enfermedad perianal (37.5%). De primera línea se usaron adalimumab e infliximab (33.5% cada uno), seguidos de vedolizumab (23.5%) y ustekinumab (5.9%). Ustekinumab fue la más usada como segunda línea (35.3%). Cinco pacientes (29.4%) cumplieron criterios de EII difícil. El intervalo entre líneas disminuyó (17, 11.5 y 6 meses; $p < 0.001$). En las curvas de Kaplan-Meier, la segunda línea mostró mayor persistencia acumulada. La duración del tratamiento disminuyó progresivamente en 3ra y 4ta líneas ($p < 0.001$). Ustekinumab fue el fármaco más duradero especialmente en 2da línea.
- Conclusiones:** La secuenciación terapéutica en pacientes con EII evidenció trayectorias clínicas complejas, con un subgrupo que cumplió criterios de enfermedad difícil de tratar. Se observó una reducción progresiva en el tiempo de persistencia con cada línea subsecuente, lo que podría reflejar una mayor refractariedad clínica y la necesidad de optimizar oportunamente las decisiones terapéuticas.

ESTRATEGIAS DE SECUENCIACIÓN TERAPÉUTICA E IDENTIFICACIÓN DE CASOS DIFÍCILES DE TRATAR EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Imagen adjunta

Variable	Total EII (n = 17)	CUCI (n = 9)	Enfermedad de Crohn (n = 8)
Edad media (años, $\pm$ DE)	40.05 $\pm$ 15.29	42.05 $\pm$ 15.29	41.6 $\pm$ 15.66
Sexo masculino, n (%)	12 (70.6%)	6 (66.6%)	6 (75%)
Sexo femenino, n (%)	5 (29.4%)	3 (33.3%)	2 (25%)
		Extensión (Montreal)	Localización (Montreal)
E1 (proctitis), n (%)	-	0 (0%)	-
E2 (colitis izquierda), n (%)	-	3 (33.3%)	-
E3 (pancolitis), n (%)	-	6 (66.6%)	-
L1 (íleon), n (%)	-	-	2 (25%)
L2 (colon), n (%)	-	-	2 (25%)
L3 (íleocolon), n (%)	-	-	3 (37.5%)
L4 (tracto digestivo superior), n (%)	-	-	1 (12.5%)
A1 (<16 años), n (%)	-	-	2 (25%)
A2 (17–40 años), n (%)	-	-	2 (25%)
A3 (>40 años), n (%)	-	-	4 (50%)
B1 (no estenosante/no penetrante)	-	-	1 (12.5%)
B2 (estenosante), n (%)	-	-	5 (62.5%)
B3 (penetrante), n (%)	-	-	2 (25%)
Enfermedad perianal, n (%)	-	-	3 (37.5%)
Terapia avanzada - 1ª línea, n (%):			
Adalimumab	6 (33.5%)	4 (44.4%)	2 (25%)
Infliximab	6 (33.5%)	1 (11.11%)	5 (62.5%)
Vedolizumab	4 (23.5%)	4 (44.4%)	0 (0%)
Ustekinumab	1 (5.9%)	0 (0%)	1 (12.5%)
Terapia avanzada - 2ª línea, n (%):			
Adalimumab	1 (5.9%)	0 (0%)	1 (12.5%)
Infliximab	5 (29.4%)	4 (44.4%)	1 (12.5%)
Vedolizumab	3 (17.6%)	3 (33.33%)	0 (0%)
Ustekinumab	6 (35.6%)	1 (11.11%)	5 (62.5%)
Certolizumab	1 (5.9%)	1 (11.11%)	0 (0%)
Guselkumab	1 (5.9%)	0 (0%)	1 (12.5%)
Terapia avanzada - 3ª línea, n (%):			
Infliximab	1 (5.9%)	1 (11.1%)	0 (0%)
Vedolizumab	1 (5.9%)	0 (0%)	1 (12.5%)
Ustekinumab	1 (5.9%)	0 (0%)	1 (12.5%)
Guselkumab	1 (5.9%)	1 (11.1%)	0 (0%)
Upadacitinib	1 (5.9%)	1 (11.1%)	0 (0%)
Terapia avanzada - 4ª línea, n (%):			
Ustekinumab	1 (5.9%)	0 (0%)	1 (12.5%)
Upadacitinib	1 (5.9%)	0 (0%)	1 (12.5%)

Tabla 1. Características clínicas, demográficas y terapéuticas de pacientes con EII (n = 17)

EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN, ACCESO Y COBERTURA DE VACUNACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UNA CLÍNICA DE REFERENCIA.

Autores :	PAOLA ROSALES TÉLLEZ, GONZÁLEZ LÓPEZ RE, CHIDA ROMERO J, CONTRERAS AVILÉS E, SEBASTIÁN OCAMPO VN, HERNÁNDEZ ANTOLIN V, DE LEÓN RENDÓN JL
Introducción:	La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se asocia con mayor riesgo de infecciones, especialmente en pacientes bajo tratamiento inmunosupresor. La vacunación es una herramienta clave en la prevención, pero su cobertura y conocimiento en esta población siguen siendo limitados. Existen pocos datos en México sobre el acceso, percepción y barreras relacionadas con la inmunización en pacientes con EII. Evaluar estos aspectos es esencial para mejorar la atención preventiva a nivel nacional.
Objetivo:	Evaluar la percepción, el acceso y la cobertura de vacunación en pacientes con EII atendidos en una clínica especializada de referencia en México, así como identificar barreras y nivel de conocimiento respecto a esquemas de inmunización en esta población.
Material y Métodos:	Estudio observacional, analítico y transversal realizado en la Clínica de EII del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Se incluyeron 59 pacientes con diagnóstico confirmado de CUCI o EC en seguimiento activo. Todos participaron mediante una encuesta estructurada sobre antecedentes de vacunación, conocimiento de esquemas especiales y barreras para la inmunización. El análisis se efectuó con SPSS v29.0, usando frecuencias, proporciones y pruebas χ^2 o exacta de Fisher ($p < 0.05$).
Resultados:	Se encuestaron 59 pacientes con EII: 62.7% con CUCI y 37.3% con EC. El 52.5% tenía esquema completo de vacunación y 33.9% desconocía su estatus; solo 20.3% contaba con cartilla. Tras el diagnóstico, 55.9% recibió alguna vacuna, principalmente COVID-19 (91.5%) e influenza (66.1%). La cobertura fue baja para hepatitis A/B (11.9%), neumococo (18.6%) y herpes zóster (5.1%). Solo 23.7% conocía el esquema especial y 11.9% había recibido orientación médica. Las principales barreras fueron falta de información (84.7%), ausencia de indicaciones (25.4%) y miedo a efectos adversos (13.6%). Aun así, 89.8% consideró la vacunación muy importante y 74.5% confió en su eficacia. Solo la vacunación contra herpes zóster fue más frecuente en EC ($p = 0.029$).
Conclusiones:	La cobertura de vacunación en pacientes con EII atendidos es subóptima, con brechas importantes sobre esquemas especiales para inmunosuprimidos. A pesar de que la mayoría reconoce la importancia de la inmunización, persisten obstáculos como la falta de información, indicaciones médicas limitadas y miedo a efectos adversos. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar estrategias educativas y protocolos institucionales que refuercen la inmunización sistemática como parte del seguimiento.

EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN, ACCESO Y COBERTURA DE VACUNACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UNA CLÍNICA DE REFERENCIA.

Imagen adjunta

Variable	Total (n = 59)	CUCI (n = 37)	EC (n = 22)	Valor de p
Esquema completo de vacunación				
Sí	31 (52.5%)	22 (59.5%)	9 (40.9%)	0.186†
No	8 (13.6%)	6 (16.2%)	2 (9.1%)	
Desconoce	20 (33.9%)	9 (24.3%)	11 (50.0%)	
Cuenta con cartilla de vacunación				
Sí	12 (20.3%)	9 (24.3%)	3 (13.6%)	0.507†
No	42 (71.2%)	26 (70.3%)	16 (72.7%)	
Desconoce	5 (8.5%)	2 (5.4%)	3 (13.6%)	
Recibió vacunación posterior al diagnóstico de EII				
Sí	33 (55.9%)	23 (62.2%)	10 (45.5%)	0.238†
No	26 (44.1%)	14 (37.8%)	12 (54.5%)	
Vacuna herpes zóster				
Sí	3 (5.1%)	0 (0.0%)	3 (13.6%)	0.029‡
No	56 (94.9%)	37 (100%)	19 (86.4%)	
Vacuna Tdap				
Sí	12 (20.3%)	6 (16.2%)	6 (27.3%)	0.324†
No	47 (79.7%)	31 (83.8%)	16 (72.7%)	
Conocimiento sobre esquema especial				
Sí	14 (23.7%)	10 (27.0%)	4 (18.2%)	0.522†
No	45 (76.3%)	27 (73.0%)	18 (81.8%)	
Orientación sobre vacunación				
Sí	7 (11.9%)	5 (13.5%)	2 (9.1%)	0.929‡
No	40 (67.8%)	27 (73.0%)	13 (59.1%)	
No recuerdo	12 (20.3%)	5 (13.5%)	7 (31.8%)	
Falta de información como barrera				
Sí	50 (84.7%)	30 (81.1%)	20 (90.9%)	0.475†
No	9 (15.3%)	7 (18.9%)	2 (9.1%)	
Falta de acceso o disponibilidad				
Sí	10 (16.9%)	6 (16.2%)	4 (18.2%)	1.000‡
No	49 (83.1%)	31 (83.8%)	18 (81.8%)	
Costo como barrera				
Sí	3 (5.1%)	3 (8.1%)	0 (0.0%)	0.267‡
No	56 (94.9%)	34 (91.9%)	22 (100%)	
Pacientes en tratamiento inmunosupresor o avanzado				
Sí	50 (84.7%)	31 (83.8%)	19 (86.4%)	1.000‡
No	9 (15.3%)	6 (16.2%)	3 (13.6%)	
Pospuso vacunación por miedo				
Sí	13 (22.0%)	9 (24.3%)	4 (18.2%)	0.750†
No	46 (78.0%)	28 (75.7%)	18 (81.8%)	
Cree importante esquema completo				
Sí	53 (89.8%)	34 (91.9%)	19 (86.4%)	0.649‡
No	6 (10.2%)	3 (8.1%)	3 (13.6%)	

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN IBD DISK DE PACIENTES POSOPERADOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UNA CLÍNICA ESPECIALIZADA EN MÉXICO

Autores :	PAOLA ROSALES TÉLLEZ, GONZÁLEZ LÓPEZ RE, CHIDA ROMERO J, SEBASTIAN OCAMPO VN, CONTRERAS AVILÉS E, RODRÍGUEZ CRUZ H, DE LEÓN RENDÓN JL
Introducción:	Las EII, como CUCI y EC, son enfermedades crónicas e incurables con brotes y remisiones que afectan la vida psicológica, familiar, social y laboral de los pacientes, reduciendo su capacidad funcional y calidad de vida. Es fundamental que los médicos consideren la percepción del paciente sobre estas afectaciones para tomar medidas oportunas y evitar complicaciones derivadas de las mismas, ya que en esta población un procedimiento quirúrgico no siempre resulta en mejoría de su calidad de vida.
Objetivo:	Analizar y describir las características demográficas según el instrumento IBD Disk y conocer si existe alguna diferencia entre pacientes posoperados de cirugías perianales y abdominales con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de referencia de México.
Material y Métodos:	Estudio observacional y analítico que incluyó a 26 pacientes posoperados con diagnóstico de EII. Se evaluaron variables demográficas y clínicas, así como aspectos de calidad de vida (dolor abdominal, frecuencia evacuatoria, vida social, trabajo y educación, sueño, energía, emociones, percepción corporal, función sexual y dolor articular), puntuados del 0 al 10 según percepción del paciente. Se utilizaron estadísticas descriptivas y la prueba U de Mann-Whitney con el software IBM SPSS v26.
Resultados:	De 26 pacientes, 30.8% tenían CUCI y 69.2% EC; 46.2% fueron mujeres y 53.8% hombres, con edad promedio de 46 años (CUCI 39, EC 49). El 27% requirió cirugía intestinal derivativa y 31% cirugía con anastomosis primaria; 42% fue operado por patología perianal. El 77% recibió terapia avanzada (CUCI 63%, EC 83%). Según IBD-DISK, las cirugías derivativas y con anastomosis impactan significativamente la actividad profesional ($p=0.009$), y las cirugías con anastomosis frente a perianales afectan la energía ($p=0.041$).
Conclusiones:	En pacientes posoperados con EII, predominaron hombres, salvo en EC. La cirugía más frecuente fue perianal, seguida de anastomosis primaria y derivativa. Las EII afectan la calidad de vida, destacando impacto en actividad profesional (derivativa vs. anastomosis) y energía/estrés (anastomosis vs. perianal), resaltando la necesidad de intervenciones oportunas y apoyo multidisciplinario.

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN IBD DISK DE PACIENTES POSOPERADOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UNA CLÍNICA ESPECIALIZADA EN MÉXICO

Imagen adjunta

VARIABLE	TOTAL (n=26)	CUCI (n=8)	EC (n=18)	VALOR DE P
GENERO n (%)				
MASCULINO	14 (53.8%)	7 (87.5%)	7 (38.9%)	-
FEMENINO	12 (46.2%)	1 (12.5%)	11(61.1%)	-
EDAD†	46.5 +13.3	39 + 11.5	49 + 13.2	-
TIPO CIRUGIA n(%)				
INTESTINAL DERIVATIVA	7 (26.9%)	3 (37.5%)	4 (22.2%)	-
INTESTINAL CON ANASTOMOSIS PRIMARIA	8 (30.8%)	2 (25%)	6 (33.3%)	-
PERIANAL	11 (42.3%)	3 (37.5%)	8 (44.4%)	-
TIPO DE TRATAMIENTO n (%)				
TRATAMIENTO CONVENCIONAL	6 (23.1%)	3 (37.5%)	3(16.7%)	-
TRATAMIENTO AVANZADO	20 (76.9%)	6 (62.5%)	15 (83.3%)	-
DOMINIOS DEL IBD DISK				
DOLOR ABDOMINAL*	1 (0-5)	1(0-6)	1.5 (0-5)	0.6
FRECUENCIA EVACUATORIA*	1.5 (0-5)	1 (0-7.5)	1.5(0-5.2)	0.3
VIDA SOCIAL*	4.5 (0-8)	4.5 (0-7.2)	4 (0-8.5)	0.6
ACTIVIDAD PROFESIONAL*	5 (1.5-9.2)	5 (3.5-9)	5 (0-10)	0.009**
SUENO*	5 (3.5-8.5)	7.5 (4.5 -8)	5 (1.7-10)	0.8
ENERGIA*	5 (3-10)	4 (2.2-8.2)	6.5 (4.5-10)	0.041
ESTRES/ANSIEDAD*	5 (2-8)	4 (0.7-8)	5 (2-9.2)	0.06**
PERCEPCION CORPORAL*	4 (0-8.2)	1 (0-4.5)	5 (0-9.2)	0.1
SEXUALIDAD*	3 (0-9.2)	3 (1.2-8.5)	2.5 (0-10)	0.2
DOLOR ARTICULAR*	2 (0-8)	3.5 (0.2-7.2)	1.5 (0-8.5)	0.7

* Los resultados se expresan en medianas y rangos intercuartiles.

CAMBIO A TERAPIA BIOLÓGICA EN UN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA INESPECÍFICA (CUCI) REFRACTARIA AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL. REPORTE DE CASO.

Autores : DANIEL MUÑIZ GALINDO, DOMÍNGUEZ RIVERA V, CASTILLO ESQUIVEL FM

Introducción: La colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI) es una enfermedad inflamatoria intestinal con inflamación continua del colon y curso crónico y recidivante. El tratamiento inicial incluye aminosalicilatos, corticoides e inmunomoduladores, aunque algunos pacientes muestran respuesta limitada o dependencia a esteroides. En estos casos, los agentes biológicos ofrecen una opción eficaz para inducir y mantener la remisión.

Objetivo: Describir la evolución clínica de un paciente con CUCI refractaria al tratamiento convencional que requirió cambio a terapia biológica, así como los resultados obtenidos tras su implementación.

Reporte de Casos: Varón de 34 años con CUCI extensa de siete años. Tratado con mesalazina (4 g/día) y azatioprina (2 mg/kg/día) con respuesta parcial. En el último año presentó tres brotes moderados-severos (Mayo = 9), anemia y elevación de PCR (32 mg/L) y calprotectina (800 µg/g). Por falta de respuesta sostenida se inició infliximab (5 mg/kg) en inducción y mantenimiento cada ocho semanas, con seguimiento clínico, laboratorio y endoscópico por seis meses.

Discusión: Tras la segunda dosis de infliximab, el paciente presentó una notable mejoría clínica, con reducción de evacuaciones de diez a tres por día, desaparición de la rectorragia y mejor estado general. A los tres meses, los marcadores inflamatorios mostraron descenso significativo: PCR 5 mg/L y calprotectina fecal 120 µg/g. La colonoscopia de control evidenció mucosa casi normal, con puntuación endoscópica de Mayo 1. No se registraron eventos adversos graves. El paciente alcanzó remisión clínica, bioquímica y endoscópica sostenida durante el seguimiento, confirmando la eficacia y seguridad del infliximab como terapia biológica en casos de CUCI refractaria al tratamiento convencional.

Conclusiones: La transición oportuna a terapia biológica en CUCI refractaria es clave para lograr remisión y prevenir complicaciones. El infliximab demostró eficacia y seguridad. El monitoreo mediante PCR, calprotectina y endoscopia guía decisiones y evalúa respuesta. El inicio temprano de biológicos puede modificar el curso de la enfermedad, reducir hospitalizaciones, evitar colectomías y mejorar el pronóstico a largo plazo, favoreciendo la calidad de vida del paciente.

CAMBIO A TERAPIA BIOLÓGICA EN UN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA INESPECÍFICA (CUCI) REFRACTARIA AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL. REPORTE DE CASO.

Imagen adjunta



CAMBIO A TERAPIA BIOLÓGICA EN UN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA INESPECÍFICA (CUCI) REFRACTARIA AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL. REPORTE DE CASO

Autores: Muñiz Galindo Daniel 1, Domínguez Rivera Valeria 1, Castillo Esquivel Fernanda Montserrat 1
1: Centro Médico Dalinde

Introducción

La colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI) es una enfermedad inflamatoria intestinal caracterizada por inflamación difusa y continua de la mucosa del colon. Su curso clínico es crónico y recidivante. El tratamiento de primera línea incluye aminosalicilatos, corticoides e inmunomoduladores; sin embargo, un porcentaje de pacientes presenta respuesta subóptima o dependencia a esteroides. En estos casos, los agentes biológicos constituyen una alternativa terapéutica eficaz para inducir y mantener la remisión.

Objetivos

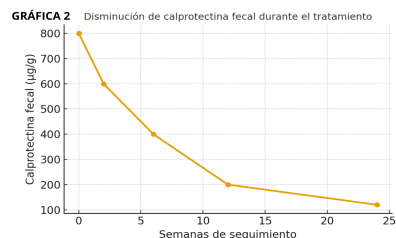
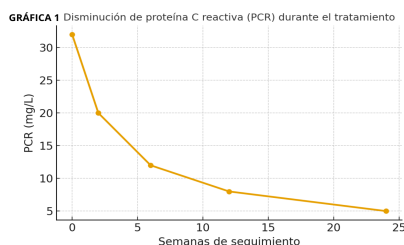
Describir la evolución clínica de un paciente con CUCI refractaria al tratamiento convencional que requirió cambio a terapia biológica, así como los resultados obtenidos tras su implementación.

Material y métodos / Caso clínico

Varón de 34 años, diagnosticado con CUCI extensa desde hace siete años. Recibió tratamiento con mesalazina oral y rectal (4 g/día), con respuesta parcial. Posteriormente se añadió azatioprina (2 mg/kg/día). Durante el último año presentó tres brotes moderados a severos (índice de Mayo = 9), acompañados de anemia y elevación de PCR (32 mg/L) y calprotectina fecal (800 µg/g). Ante la falta de respuesta sostenida, se decidió iniciar infliximab (5 mg/kg) en esquema de inducción (semanas 0, 2 y 6) y mantenimiento cada ocho semanas. Se realizó seguimiento clínico, laboratorio y endoscópico durante seis meses.

Resultados

Tras la segunda dosis de infliximab, el paciente reportó reducción del número de evacuaciones de diez a tres por día, desaparición de rectorragia y mejoría del estado general. A los tres meses, la PCR disminuyó a 5 mg/L y la calprotectina a 120 µg/g. La colonoscopia de control mostró mucosa casi normal, con puntuación endoscópica de Mayo 1. No se registraron eventos adversos graves. El paciente logró remisión clínica y bioquímica sostenida durante el seguimiento.



1. Evolución de PCR (mg/L): muestra la disminución progresiva de 32 a 5 mg/L en 24 semanas.
2. Evolución de calprotectina fecal (µg/g): evidencia la reducción de 800 a 120 µg/g tras el inicio de infliximab.



Conclusión

La transición oportuna a terapia biológica en pacientes con CUCI refractaria al tratamiento convencional representa una estrategia eficaz para alcanzar la remisión y evitar complicaciones. El infliximab mostró eficacia y seguridad en este caso. El monitoreo estrecho de la actividad inflamatoria y la evaluación multidisciplinaria son esenciales para optimizar el abordaje terapéutico en la enfermedad inflamatoria intestinal.

Asimismo, demuestra que el monitoreo estrecho mediante biomarcadores (como PCR y calprotectina fecal) y la valoración endoscópica son herramientas esenciales para guiar decisiones terapéuticas y evaluar la respuesta.

El inicio temprano de terapias biológicas en casos seleccionados puede modificar el curso natural de la enfermedad, reducir hospitalizaciones, evitar complicaciones como megacolon tóxico o necesidad de colectomía, y mejorar el pronóstico a largo plazo.

Referencias:

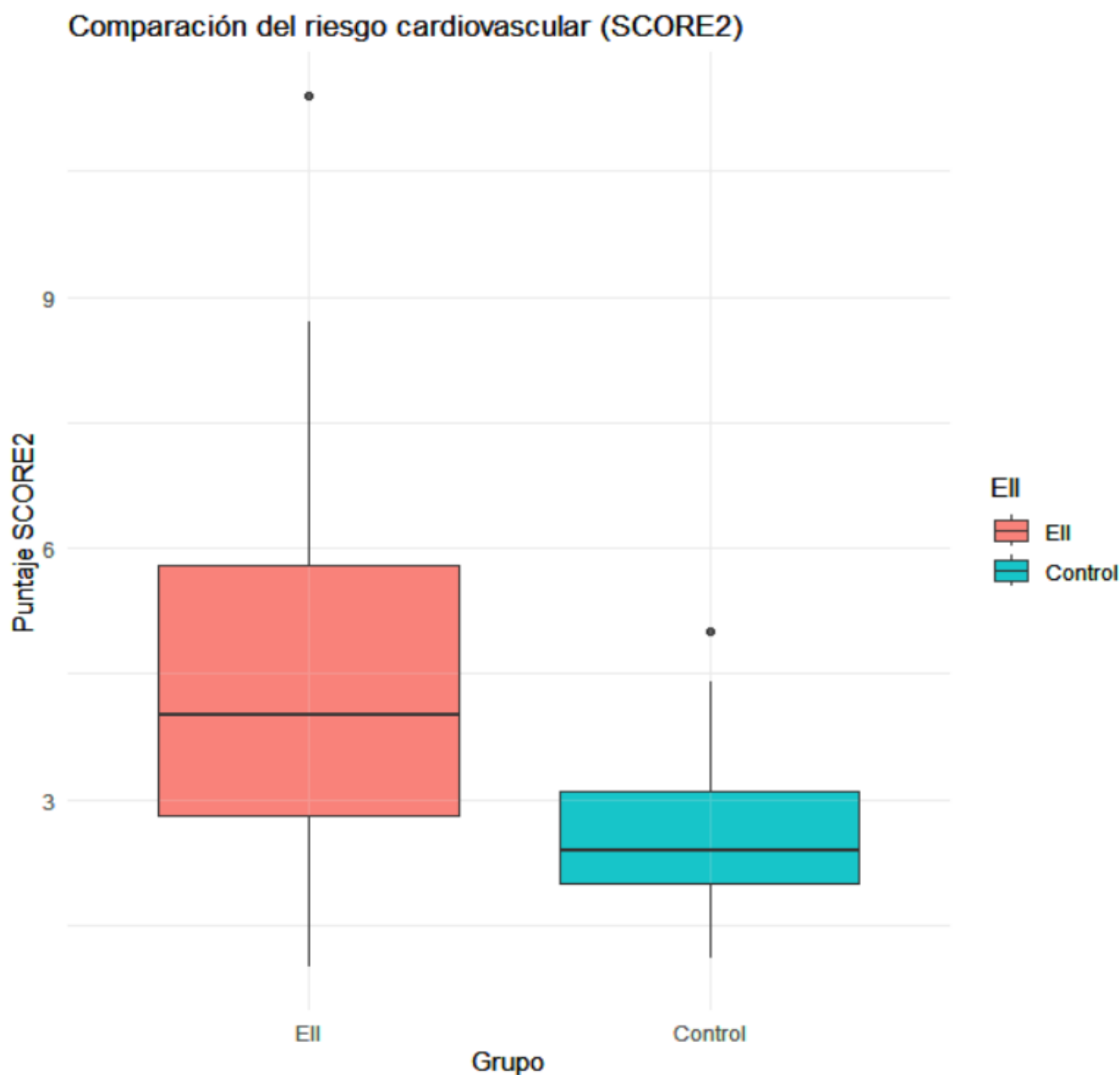
- Danese, S., & Fioricchi, C. (2011). Ulcerative colitis. The New England Journal of Medicine, 365(18), 1713-1725. <https://doi.org/10.1056/NEJMa102942>
- Harbord, M., Elakim, R., Bettenworth, D., et al. (2017). Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Journal of Crohn's and Colitis, 11(6), 649-670. <https://doi.org/10.1093/ecco-icc/gjz009>
- Magro, F., Gionchetti, P., Elakim, R., et al. (2017). Third European evidence-based consensus on diagnosis and management of ulcerative colitis. Part 1: Definitions, diagnosis, extra-intestinal manifestations, pregnancy, cancer surveillance, surgery, and ileo-anal pouch disorders. Journal of Crohn's and Colitis, 11(6), 649-670.
- Ungaro, R., Mehandru, S., Allen, P. B., Peyrin-Bisnot, L., & Colombel, J. F. (2017). Ulcerative colitis. The Lancet, 390(10080), 1756-1770. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)03212-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)03212-2)
- Lichtenstein, G. R., Loftus, E. V., Isaacs, K. L., Regueiro, M. D., Gerson, L. B., & Sands, B. E. (2018). ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis. American Journal of Gastroenterology, 113(4), 481-517. <https://doi.org/10.1038/ajg.2018.37>

EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIANTE SCORE2 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL FRENTE A CONTROLES SANOS

- Autores:** DIEGO FERNANDO ABENDAÑO RIVERA, JORGE LUIS DE LEÓN RENDON, PAOLA ROSALES TÉLLEZ, ROBERTO EMMANUEL GONZÁLEZ LÓPEZ, HÉCTOR RODRÍGUEZ CRUZ, MELANIE VERÓNICA MARTÍNEZ VEGA, RAQUEL YAZMIN LÓPEZ PÉREZ
- Introducción:** Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad mundial y afectan de forma importante a los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), debido a factores de riesgo clásicos y a la inflamación crónica. Evaluar el riesgo cardiovascular con herramientas validadas permite identificar oportunamente a los pacientes en riesgo y establecer medidas preventivas para reducir complicaciones a largo plazo.
- Objetivo:** Comparar el riesgo cardiovascular con la escala SCORE2, en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal con controles sanos.
- Material y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico en adultos divididos en dos grupos: EII (con diagnóstico confirmado) y control (sin EII ni otras enfermedades inflamatorias crónicas). Se registraron edad, sexo y riesgo cardiovascular calculado con SCORE2 (edad, colesterol, HDL, tabaquismo, tensión arterial y riesgo geográfico). El análisis se efectuó en R 4.5.1; se usaron frecuencias, medias y medianas, aplicando la prueba U de Mann-Whitney ($p < 0.05$).
- Resultados:** Se incluyeron 68 participantes: 37 con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ?22 con colitis ulcerosa y 15 con enfermedad de Crohn? y 31 controles sin enfermedades inflamatorias. La distribución por sexo fue de 39 mujeres (57%) y 29 hombres (43%). El riesgo cardiovascular, evaluado con SCORE2, fue mayor en el grupo EII (media 4.37 ± 2.37 ; mediana 4.0) que en el control (media 2.60 ± 0.91 ; mediana 2.4) Ver (Figura 1). La prueba U de Mann-Whitney mostró diferencia significativa ($W = 857.5$, $p = 0.0005$). No se observó correlación entre calprotectina y SCORE2 ($\rho = 0.033$, $p = 0.85$), lo que sugiere que la inflamación intestinal no se asocia directamente con el riesgo cardiovascular estimado en esta cohorte.
- Conclusiones:** Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal presentan un mayor riesgo cardiovascular que la población general, por lo que resulta fundamental incluir la evaluación sistemática del riesgo cardiovascular en la atención integral de esta población.

EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR MEDIANTE SCORE2 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL FRENTE A CONTROLES SANOS

Imagen adjunta



INFECCIÓN POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA:

PANORAMA ACTUAL DE LA PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Autores: :	KATIA TORRES BARRERA, VARELA-MARTÍNEZ YN, ARREOLA-BANDA F, DEL REAL-CALZADA CM, BUENO-HERNÁNDEZ N, CARRILLO-ROJAS JI
Introducción:	La infección por Clostridioides difficile (ICD) es la causa más común de diarrea asociada a la atención sanitaria. La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), especialmente la Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica (CUCI), constituye la principal comorbilidad, dado el mayor compromiso colónico frente a la enfermedad de Crohn. La ICD se asocia hasta al 10% de recaídas en CUCI, aumentando la mortalidad y el riesgo de colectomía.
Objetivo:	Establecer la prevalencia de ICD en pacientes con colitis ulcerosa activa y analizar los factores de riesgo clínicos y terapéuticos asociados a su desarrollo.
Material y Métodos:	Estudio de cohorte retrospectiva en pacientes con CUCI y diarrea aguda (≥ 3 evacuaciones Bristol 7/24 h). La ICD se diagnosticó con positividad de Glutamato Deshidrogenasa (GDH) y toxinas A/B. Se clasificó como severa si los niveles séricos de leucocitos $\geq 15,000/\text{mm}^3$ y/o creatinina $\geq 1.5 \text{ mg/dL}$. Se definió como asociada a atención hospitalaria si hubo hospitalización en las 12 semanas previas; de lo contrario, como adquirida en la comunidad.
Resultados:	Se incluyeron 117 pacientes de los cuales, 57 (49%) fueron hombres y 60 (51%) fueron mujeres, con edad 45 ± 15.29 años; el 74% tuvieron pancolitis (Tabla 1). La prevalencia de ICD fue 39%, mayor en mujeres que en hombres (54% vs 46%, $p=0.593$). Predominaron los casos adquiridos en la comunidad sobre los casos asociados a la atención hospitalaria (63% vs 37%). Predominaron los casos no severos en comparación con los severos (76% vs 24%). En el análisis de regresión multivariado, el uso de inhibidores de bomba de protones (IBP) (OR 5.566, IC 95% 1.350-22.943, $p=0.018$) o de prednisona (OR 2.433, IC 95% 1.096-5.402, $p=0.029$) incrementaron el riesgo de ICD.
Conclusiones:	La prevalencia de ICD encontrada en nuestro estudio es mayor que lo previamente descrito en la literatura, por lo tanto, nuestros hallazgos respaldan la necesidad de una búsqueda activa y sistemática de la ICD en cada brote de actividad, reconociendo el riesgo potencial que confiere el consumo de IBP. Se desconoce el impacto de nuestros hallazgos a largo plazo; se necesitan estudios de seguimiento para evaluar otros desenlaces, como las tasas de recurrencia, colectomía o mortalidad.

INFECCIÓN POR CLOSTRIDIODES DIFFICILE EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA: PANORAMA ACTUAL DE LA PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Imagen adjunta

	Sin ICD n=71	Con ICD n=46	P valor
Edad en el brote, años $\pm$ DE	45 $\pm$ 15	44.8 $\pm$ 15.04	0.941
Edad de diagnóstico, años $\pm$ DE	38.4 $\pm$ 1	36.9 $\pm$ 14.7	0.603
Sexo, n (%)			0.539
Hombre	36(51)	21(46)	
Mujer	35 (49)	25 (54)	
Montreal, n (%)			0.464
E1	5 (4)	4 (3)	
E2	11 (9)	11 (9)	
E3	55 (47)	31 (26.5)	
Mayo endoscópico, n (%)			0.090
Mayo 1	11 (9)	2 (2)	
Mayo 2	38 (32.5)	23 (20)	
Mayo 3	22 (19)	21 (18)	
Diabetes, n (%)	4 (3)	2 (2)	0.758
Uso de IBP, n (%)	3(3)	8(7)	0.017
Hospitalización en los últimos 3 meses, n (%)	14 (12)	17 (14.5)	0.039
Uso de antibiótico en los últimos 3 meses, n (%)	7(6)	8(7)	0.234
Severidad del brote (Truelove Witts) , n (%)			0.004
Leve	47 (40)	17 (14)	
Moderado	21 (18)	28 (24)	
Severo	3 (3)	1 (2)	
Tratamientos empleados, n (%)			
Mesalazina	68 (59)	42 (36)	0.319
Prednisona	21 (18)	22 (19)	0.046
Azatioprina	21 (18)	13 (11)	0.878
Infliximab	5 (4)	4 (3)	0.743
Adalimumab	1 (1)	2 (2)	0.326

Tabla 1. Características de los pacientes con infección por Clostridioides

PARÁMETROS DE FRAGILIDAD ASOCIADAS A LA ACTIVIDAD DE LA CUCI

- Autores: :** MARTHA ALISON SANTOYO CHÁVEZ, BAÑOS VÁZQUEZ R, RIVERA SILVA E, DE LEÓN JL, BUENO HERNÁNDEZ N
- Introducción:** La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad inflamatoria intestinal cuya actividad se asocia con un estado catabólico e inflamatorio que favorece la funcionalidad y fuerza muscular. Este proceso contribuye al desarrollo de fragilidad, condición que refleja la disminución de la reserva funcional y aumenta el riesgo de complicaciones, por lo que su evaluación es clave para mejorar el pronóstico y la calidad de vida.
- Objetivo:** General: Evaluar la asociación entre la actividad de la enfermedad y la presencia de fragilidad en pacientes con CUCI. Específicos: Determinar la prevalencia de fragilidad por dinamometría y velocidad de la marcha, Determinar la actividad de la enfermedad mediante Índice de Mayo
- Material y Métodos:** Se realizó un estudio transversal en pacientes con CUCI de 18 a 59 años del Hospital General de México. La actividad de la enfermedad se evaluó con el Índice de Mayo. La fragilidad se midió mediante velocidad de marcha (<0.8 m/s) y fuerza de agarre (<27 kg hombres, <16 kg mujeres). Se formaron dos grupos: con fragilidad y sin fragilidad. Las diferencias entre los grupos se evaluó con un T de student. La asociación entre actividad de la enfermedad y fragilidad se analizó mediante chi cuadrada.
- Resultados:** Se evaluaron 26 pacientes (58% mujeres, edad 39.5 ± 10 años), se observó que aquellos con fragilidad presentaron menor velocidad de la marcha (7.05 ± 1.44 vs. 5.24 ± 0.93 m/s, $p = 0.0032$) y menor fuerza muscular (19.40 ± 8.29 vs. 29.12 ± 9.81 kg, $p = 0.0129$) en comparación con los no frágiles. Aunque el peso e IMC fueron menores en el grupo con fragilidad, las diferencias no fueron significativas. El análisis de chi cuadrada mostró una asociación significativa entre la presencia de fragilidad y la actividad de la enfermedad ($\chi^2 = 4.51$, $p = 0.034$), sugiriendo que la enfermedad activa se relaciona con disminución de fuerza y rendimiento físico.
- Conclusiones:** La actividad de la CUCI, evaluada mediante el Índice de Mayo, se asocia con disminución de la fuerza muscular y del rendimiento físico, especialmente en pacientes con enfermedad activa. Esta fragilidad aumenta la vulnerabilidad a eventos adversos, como hospitalizaciones, infecciones, caídas y disminución de la calidad de vida. Por ello, es fundamental evaluar de manera integral la fragilidad en el seguimiento clínico para prevenir complicaciones y optimizar el manejo de los pacientes con CUCI.

PARÁMETROS DE FRAGILIDAD ASOCIADAS A LA ACTIVIDAD DE LA CUCI

Imagen adjunta

Tabla 1. Datos descriptivos

		n=26	
Sexo, femenino (%)		15 (58)	
Edad (años)		39.5 ± 10	
Peso (kg)		68.11 ± 14.65	
Talla (m)		1.64 ± 0.08	
IMC (kg/m²)		25.32 ± 5.09	
Velocidad de la marcha (m/s)		5.93 ± 1.44	
Fuerza muscular (kg)		25.11 ± 10.43	
Actividad de la enfermedad			
Pacientes en remisión		12 (46%)	
Pacientes en fase activa		14 (54%)	
Comparación de grupos			
	Fragilidad n=10	Sin fragilidad n=16	p
Peso actual (kg)	61.48±14.09	72.26±13.82	0.0710
Talla (m)	1.63±0.08	1.65±0.09	0.5317
Velocidad de la marcha (m/s)	7.05±1.44	5.24±0.93	0.0032
Dinamometría derecha (kg)	19.40±8.29	29.12±9.81	0.0129
IMC (kg/m²)	23.70±5.54	26.34±4.69	0.2282

Los datos se presentaron con media y una desviación estándar, frecuencias presnetadas en porcentaje.

x: Media, DE: Desviación estándar, n: Número de muestra, m: metros, Kg: kilogramo, m²: metro cuadrado, IMC: Índice de masa corporal, s: segundo, t de Student para grupos independientes, valor p <0.05

EVALUACIÓN DE LA CORRELACIÓN ENTRE INDICADORES CLÍNICOS, BIOQUÍMICOS, ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS EN CUCI: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

- Autores:** : HÉCTOR RODRÍGUEZ CRUZ, HERNÁNDEZ ANTOLÍN V, GONZÁLEZ LÓPEZ RE, ROSALES TÉLLEZ P, CHIDA ROMERO JA, CONTRERAS AVILÉS E, DE LEÓN RENDÓN JL
- Introducción:** La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una EII con inflamación continua de la mucosa colónica desde el recto. Evaluar su actividad requiere integrar síntomas, biomarcadores, hallazgos endoscópicos e histológicos, aunque no siempre se correlacionan. En la práctica, la calprotectina fecal y la proteína C reactiva se usan como marcadores indirectos, pero su correlación con la actividad endoscópica e histológica es variable.
- Objetivo:** Evaluar la correlación entre escalas clínicas, biomarcadores inflamatorios séricos y fecales, y hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes con CUCI.
- Material y Métodos:** Estudio observacional, transversal y analítico realizado de marzo 2023 a junio 2025 en la Clínica de EII del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Se incluyeron 218 pacientes con CUCI confirmada. Se analizaron variables clínicas (Truelove y Witts), bioquímicas (PCR, calprotectina), endoscópicas (Mayo) e histológicas (Riley). Se aplicó correlación de Spearman con significancia estadística $p < 0.05$.
- Resultados:** Se incluyeron 218 pacientes; 51.4 % mujeres, edad media 42.3 ± 14.5 años. El 65.6 % presentó pancolitis (E3) y 40.8 % recibió terapia avanzada. Las manifestaciones extraintestinales más comunes fueron artralgias (29.4 %). La PCR correlacionó débil-moderadamente con calprotectina fecal ($r = 0.349$, $p < 0.001$) y Truelove-Witts ($r = 0.265$, $p < 0.001$), sin asociación con Mayo ni Riley. La calprotectina no correlacionó con Truelove-Witts ni Mayo. Riley mostró correlación baja-moderada con Mayo ($r = 0.299$, $p < 0.001$).
- Conclusiones:** En esta cohorte, los parámetros endoscópicos e histológicos mostraron una correlación significativa, mientras que los biomarcadores séricos, fecales y las escalas clínicas presentaron correlaciones limitadas. Estos hallazgos refuerzan la importancia de integrar múltiples dominios para valorar con mayor precisión la actividad inflamatoria en CUCI.

EVALUACIÓN DE LA CORRELACIÓN ENTRE INDICADORES CLÍNICOS, BIOQUÍMICOS, ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS EN CUCI: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

Imagen adjunta

Tabla 1. Perfil clínico integral de pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática: características demográficas, bioquímicas, endoscópicas e histológicas.

Variable	CUCI (n = 218)
Sexo n (%)	
Masculino	106 (48.6)
Femenino	112 (51.4)
Edad media, años $\pm$ DE†	42.3 $\pm$ 14.5
Clasificación Montreal n (%)	
E1	17 (7.8)
E2	58 (26.6)
E3	143 (65.6)
Tratamiento médico n (%)	
Convencional	129 (59.2)
Avanzado	89 (40.8)
Manifestaciones extraintestinales n (%)	
No	144 (66.1)
Artralgias	64 (29.4)
Eritema nodoso	2 (0.9)
Espondiloartritis	3 (1.4)
Uveítis	1 (0.4)
Escala TW† (puntos)	8.4 $\pm$ 4.0
Escala Mayo‡ (puntos)	
Inactivo	112 (51.4)
Leve	44 (20.2)
Moderado	37 (17)
Grave	24 (11)
Índice Riley‡ (puntos)	
Inactivo	177 (81.2)
Leve	33 (15.1)
Moderado	2 (0.9)
Grave	6 (2.8)
PCR‡ (mg/L)	1.4 (0.7–4.2)
CPF‡ (ug/gr)	278 (71.2–850)

† Variable con distribución normal: expresada como media $\pm$ desviación estándar (DE).

‡ Variable con distribución no normal: expresada como mediana (rango intercuartílico, RIC).

Escala TW: Escala de Truelove y Witts; escala clínica para actividad inflamatoria en CUCI.

Escala Mayo: Subescala endoscópica de la clasificación de actividad en CUCI.

Índice Riley: Índice histológico de actividad inflamatoria en CUCI.

PCR: Proteína C reactiva (mg/L).

CPF: Calprotectina fecal (ug/g).

RECURRENCIA POSTQUIRÚRGICA EN ENFERMEDAD DE CROHN: IMPACTO DEL FENOTIPO CLÍNICO Y UTILIDAD DE BIOMARCADORES NO INVASIVOS. ANÁLISIS UNICÉNTRICO

Autores: :	VICTOR HERNANDEZ ANTOLIN, RODRÍGUEZ CRUZ H, GONZÁLEZ LÓPEZ RE, ROSALES TÉLLEZ P, CHIDA ROMERO JA, CONTRERAS AVILÉS E, DE LEÓN RENDÓN JL
Introducción:	La recurrencia clínica tras cirugía en enfermedad de Crohn (EC) continúa representando un desafío en la práctica coloproctológica. La identificación de factores clínicos asociados y el monitoreo con biomarcadores no invasivos como la calprotectina fecal (CPF) pueden facilitar una vigilancia más eficaz, aunque su aplicabilidad sigue en evaluación.
Objetivo:	Describir el perfil clínico y quirúrgico de pacientes con EC sometidos a cirugía abdominal en un centro de referencia, y analizar los factores asociados a recurrencia clínica, con énfasis en el fenotipo de enfermedad y el uso de biomarcadores no invasivos.
Material y Métodos:	Estudio observacional, retrospectivo y transversal realizado en la Clínica de EII del Hospital General de México. De marzo 2023 a mayo 2025 se registraron 78 pacientes con EC;34(43.6%) requirieron cirugía y 9(11.5%) resección intestinal, conformando la cohorte. Se analizaron variables clínicas, demográficas, clasificatorias(Montreal), manifestaciones extraintestinales, cirugía, uso de biológico actual y previo a recurrencia, CPF pre y postquirúrgicas. Asociación clínica postquirúrgica.
Resultados:	Se analizaron 9 pacientes con edad media de 51.2±18.2 años; el 66.6% mujeres. La localización ileocolónica fue la más frecuente(55.5%) y el patrón estenosante predominó(88.8%). Tres pacientes(33.3%) presentaron enfermedad perianal, siendo los únicos con recurrencia clínica postoperatoria. El 77.7% recibía terapia biológica activa: ustekinumab(44.4%), adalimumab, infliximab y vedolizumab(11.1% cada uno); 22.2% se encontraba en vigilancia sin biológicos. El 44.4% de quienes recidivaron había recibido biológicos previamente, sin asociación significativa($p>0.05$). La CPF prequirúrgica mostró mediana de 668.5 $\mu\text{g/g}$ (RIC:211.5-678.5) y postquirúrgica de 21.5 $\mu\text{g/g}$ (RIC:15.7-21.3), sin diferencias relevantes($p>0.05$). La enfermedad perianal se asoció de forma consistente con recurrencia postoperatoria.
Conclusiones:	En este análisis unicéntrico, la enfermedad perianal se asoció de manera consistente con recurrencia clínica tras cirugía abdominal en pacientes con EC. Ni los niveles de calprotectina fecal ni el uso previo de biológicos mostraron utilidad pronóstica. La evaluación fenotípica sigue siendo crucial para estratificar riesgo y optimizar el seguimiento postoperatorio.

RECURRENCIA POSTQUIRÚRGICA EN ENFERMEDAD DE CROHN: IMPACTO DEL FENOTIPO CLÍNICO Y UTILIDAD DE BIOMARCADORES NO INVASIVOS. ANÁLISIS UNICÉNTRICO

Imagen adjunta

Tabla 1. Características clínicas y terapéuticas de pacientes con EC sometidos a cirugía abdominal (n=9)

Variable	Valor
Sexo, n (%):	Femenino 6 (66.6)
Edad media, años (DE):	51.2 (±18.2)
Clasificación Montreal, n (%):	
A2	4 (44.4)
A3	5 (55.5)
L1 (íleon)	2 (22.2)
L2 (colon)	1 (11.1)
L3 (ileocolónico)	5 (55.5)
L4 (tracto alto)	1 (11.1)
B2 (estenosante)	8 (88.8)
B3 (penetrante)	1 (11.1)
(p) Enfermedad perianal	3 (33.3)
Recurrencia clínica, n (%):	3 (33.3)
Manifestaciones extraintestinales:	Artralgias 3 (33.3), Sin manifestaciones 6 (66.6)
Terapia biológica actual, n (%):	Ustekinumab 4 (44.4), Adalimumab 1 (11.1), Infliximab 1 (11.1), Vedolizumab 1 (11.1), Sin biológico 2 (22.2)
Terapia biológica previa a recurrencia, n (%):	4 (44.4)
CPF prequirúrgica (µg/g), mediana (RIC):	668.5 (211.5–678.5)
CPF postquirúrgica (µg/g), mediana (RIC):	21.5 (15.7–21.3)

EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD CLÍNICA Y BIOQUÍMICA EN PACIENTES CON EII TRATADOS CON INFLIXIMAB BIOCOMPARABLE

Autores:	VICTOR HERNANDEZ ANTOLIN, RODRÍGUEZ CRUZ H, ROSALES TÉLLEZ P, GONZÁLEZ LÓPEZ RE, CHIDA ROMERO JA, CONTRERAS AVILÉS E, DE LEÓN RENDÓN JL
Introducción:	La enfermedad inflamatoria intestinal(EII), la colitis ulcerosa crónica idiopática(CUCI) y la enfermedad de Crohn(EC), es un trastorno inflamatorio crónico del tubo digestivo. Infiximab y sus biocomparables han demostrado eficacia en la inducción y mantenimiento de la remisión. La actividad clínica se evalúa mediante la escala de Truelove and Witts(TLW) en CUCI y el Crohn's Disease Activity Index(CDAI) en EC. La calprotectina fecal es un biomarcador sensible que orienta el manejo terapeutico.
Objetivo:	Analizar la evolución clínica y bioquímica de pacientes con EII tratados con infiximab biocomparable, mediante el seguimiento de calprotectina fecal y escalas de actividad clínica específicas (TLW en CUCI, CDAI en EC).
Material y Métodos:	Se realizó un estudio observacional, analítico y longitudinal en la Clínica de EII del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". De 130 pacientes con terapia avanzada, 25 recibían infiximab biocomparable y 12 completaron seguimiento clínico y bioquímico a 12 meses. La actividad se evaluó con TLW (CUCI), CDAI (EC) y calprotectina fecal. Las mediciones se efectuaron al inicio, a los 4 y 12 meses. Se aplicaron ANOVA o Friedman, considerando $p < 0.05$ significativa, con SPSS v29.0.
Resultados:	Se analizaron 12 pacientes con EII, de los cuales 58.3% tenían CUCI y 41.7% EC. La edad media fue de 39.8 ± 12.07 años y el 58.3% eran hombres. Todos recibían infiximab biocomparable; el 33.3% había utilizado previamente otro biológico, principalmente vedolizumab en CUCI. El 50% presentó manifestaciones extraintestinales, predominando las artralgias. Tres pacientes con EC tenían antecedente quirúrgico. Las características completas se detallan en la Tabla 1. En CUCI, la escala de Truelove y Witts disminuyó sin significancia estadística. En EC, el CDAI se redujo de 169 ± 41.0 a 66 ± 15 ($p = 0.02$). La calprotectina fecal mostró un descenso significativo tanto en CUCI ($p = 0.005$) como en EC ($p = 0.02$), reflejando mejoría bioquímica en ambos subtipos (Tabla 1).
Conclusiones:	El tratamiento con infiximab biocomparable se asoció con una mejoría clínica significativa en enfermedad de Crohn y una reducción sostenida de calprotectina fecal en ambos subtipos de EII. En CUCI, la mejoría clínica no alcanzó significancia estadística, aunque mostró una tendencia favorable. El monitoreo combinado de índices clínicos y biomarcadores fecales demostró ser una herramienta útil para evaluar la respuesta terapéutica de forma integral.

EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD CLÍNICA Y BIOQUÍMICA EN PACIENTES CON EII TRATADOS CON INFLIXIMAB BIOCOMPARABLE

Imagen adjunta

Tabla 1. Características demográficas, clínicas y evolución clínica – bioquímica de pacientes con EII tratados con infliximab biocomparable

Variable	EII (n=12)	CUCI (n=7)	EC (n=5)
Diagnóstico	100%	7 (58.3%)	5 (41.7%)
Sexo masculino	7 (58.3%)	3 (25%)	4 (33.3%)
Sexo femenino	5 (41.7%)	4 (33.3%)	1 (8.3%)
Edad media (años ± DE)	39.8 ± 12.07	39.42 ± 12.08	32 ± 12.07
IMC media (kg/m² ± DE)	24.8 ± 3.16	24.8 ± 2.16	27 ± 3.8
Clasificación Montreal CUCI			
E1	—	0 (0%)	—
E2	—	2 (16.7%)	—
E3	—	5 (41.7%)	—
Clasificación Montreal EC			
A1	—	—	0 (0%)
A2	—	—	5 (41.7%)
A3	—	—	0 (0%)
L1	—	—	0 (0%)
L2	—	—	3 (25%)
L3	—	—	1 (8.3%)
L4	—	—	1 (8.3%)
B1	—	—	0 (0%)
B2	—	—	2 (17%)
B3	—	—	3 (25%)
P (si)	—	—	1 (8.3%)
Biológico previo	4 (33.3%)	3 (25%)	1 (8.3%)
Tipo de biológico previo	—	Vedolizumab (3, 25%)	Ustekinumab (1, 8.3%)
Motivo de cambio	—	Falta de respuesta (3, 25%)	Falta de respuesta (1, 8.3%)
Manifestaciones extraintestinales	6 (50%)	5 (41.7%)	1 (8.3%)
Artralgias	—	3 (25%)	1 (8.3%)
Pioderma gangrenoso + artralgias	—	1 (8.3%)	—
HAI + CEP	—	1 (8.3%)	—
Cirugías previas	—	—	3 (25%)
Escala de Truelove y Witts			
Mes 0	—	11.28 ± 3.5	—
Mes 4	—	10.42 ± 0.97	—
Mes 12	—	10.0 ± 1.0	—
Valor de p	—	p > 0.05*	—
Calprotectina fecal (µg/g)			
Mes 0	—	1680 (472–5000)	700 (251–768.5)
Mes 4	—	385 (77–1456)	124 (47.5–218.5)
Mes 12	—	200 (56–247)	26 (12–80.0)
Valor de p	—	p = 0.005**	p = 0.02**
Índice CDAI			
Mes 0	—	—	169 ± 41.0
Mes 4	—	—	141.2 ± 60.1
Mes 12	—	—	66 ± 15
Valor de p	—	—	p = 0.02*

TW = Escala de Truelove y Witts; CDAI = Crohn's Disease Activity Index.

(*) Análisis mediante ANOVA de medidas repetidas.

(**) Análisis mediante prueba de Friedman.

(+) Valores expresados en media ± desviación estándar.

(*) Valores expresados como mediana y rango intercuartil.

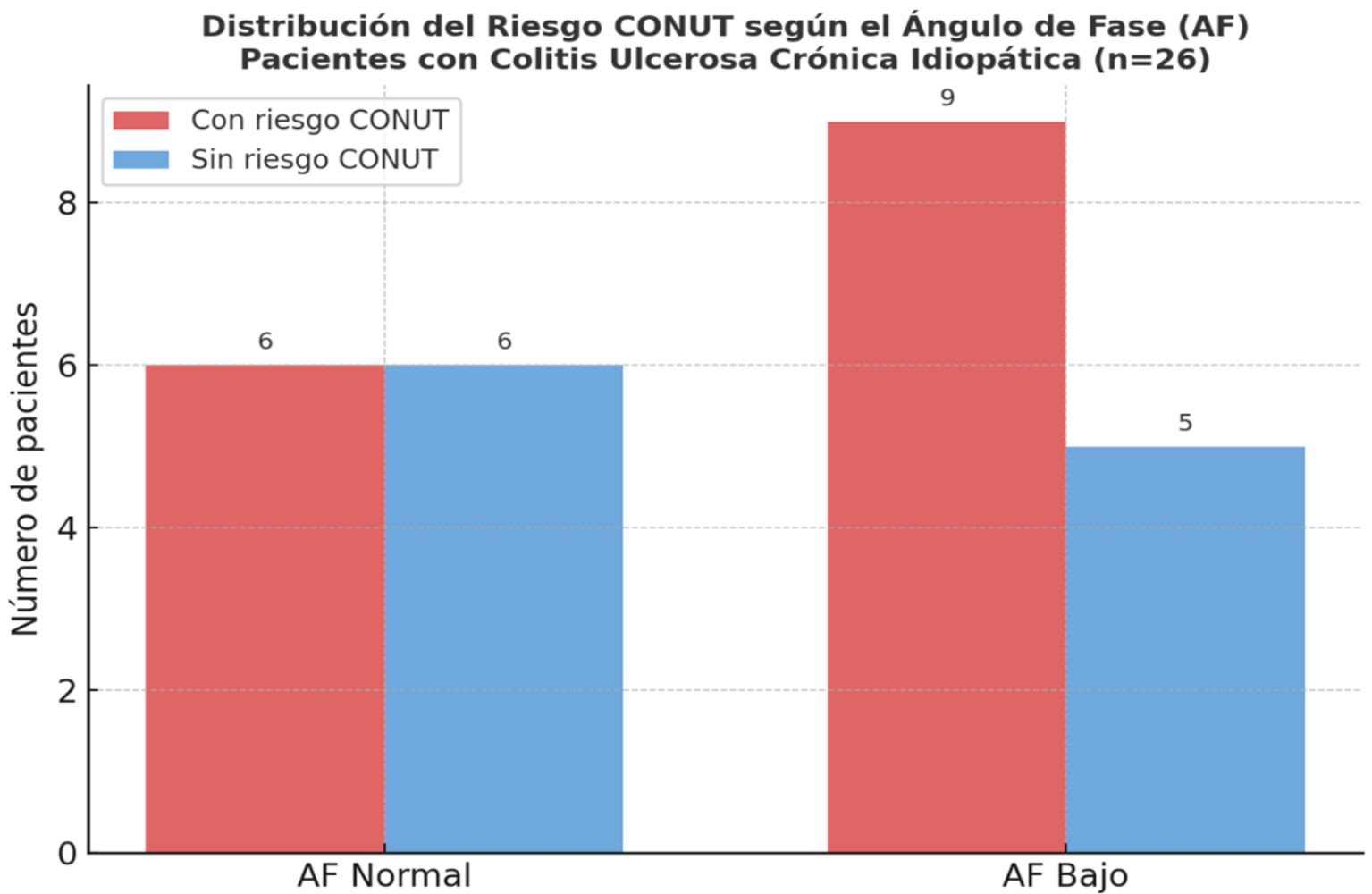
n (%) = frecuencia absoluta y porcentaje respecto al total de cada grupo.

ÁNGULO DE FASE Y CONUT COMO HERRAMIENTAS COMPLEMENTARIAS PARA LA VALORACIÓN NUTRICIONAL EN COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA (CUCI)

Autores:	ERNESTINA DE LA AURORA RIVERA SILVA, SANTOYO CHÁVEZ MA, BAÑOS VÁZQUEZ R, BUENO HERNÁNDEZ N
Introducción:	La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) implica un riesgo significativo de malnutrición y pérdida de masa muscular (1). El Score CONUT es un método útil para la detección del riesgo nutricional y para predecir la severidad en pacientes con CUCI (1). El Ángulo de Fase (AF), representa un avance significativo en la valoración del estado nutricional (3). La correlación del CONUT y el AF podría fortalecer el diagnóstico y la intervención nutricional oportuna (1, 2).
Objetivo:	Evaluar la asociación entre el riesgo de desnutrición y la actividad por CONUT con el AF.
Material y Métodos:	Se realizó un estudio transversal en pacientes con CUCI de 18 a 59 años de la Clínica de EII del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". El riesgo de desnutrición por CONUT se realizó estratificando los datos: CONUT < 2, sin riesgo; y CONUT ≥ 2, con riesgo de desnutrición, y AF bajo se definió con los puntos de corte reportados: < 6.1 para varones y < 5.6 para mujeres (3). El análisis de los datos se realizó con chi cuadrada y correlación de Spearman.
Resultados:	La muestra incluyó 26 pacientes (57.7% mujeres, 42.3% varones), con edad promedio de 39.6 ± 10.0 años en mujeres y 39.4 ± 9.7 años en varones. Los valores de AF fueron 5.58 ± 0.70 en mujeres y 6.35 ± 0.69 en varones. La escala CONUT expuso riesgo de desnutrición en el 57.7% de los pacientes (8 mujeres y 7 varones), mientras que el AF bajo se presentó en el 46.2% (10 femeninos y 4 masculinos). La correlación lineal entre el CONUT y el AF fue débil ($r = 0.1$). La chi cuadrada mostró que no hay asociación significativa entre la escala CONUT y el AF entre las estratificaciones de riesgo ($\chi^2 = 0.462$, $p = 0.692$). Una complementariedad permite al AF ser fundamental para identificar el 45.5% del deterioro funcional que no es detectado por el CONUT.
Conclusiones:	La ausencia de asociación significativa entre el CONUT y el AF establece que ambas herramientas son necesarias debido a su aporte complementario. El CONUT evalúa el riesgo sistémico/inflamatorio y el AF la calidad celular/funcional. Por ello, se requieren estudios de validación que confirmen la utilidad y el valor pronóstico combinado del AF y el CONUT en pacientes con CUCI.

ÁNGULO DE FASE Y CONUT COMO HERRAMIENTAS COMPLEMENTARIAS PARA LA VALORACIÓN NUTRICIONAL EN COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA (CUCI)

Imagen adjunta



ADENOCARCINOMA MEDULAR DE RECTO ASOCIADO A COLITIS ULCEROSA: UNA PRESENTACIÓN EXCEPCIONAL DE NEOPLASIA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

- Autores :** GUILLERMO ALEJANDRO DÍAZ VENTURA, CRUZ NERI RU, SALAS NÚÑEZ MM, RASURA ARMAS KM, BOJÓRQUEZ OSUNA KO, ZÚÑIGA TAMAYO DA, SALAS CRUZ VA
- Introducción:** El carcinoma medular de colon es una variante infrecuente del adenocarcinoma colorrectal, caracterizada por un bajo grado de diferenciación y una prevalencia cercana al 0.03% de los casos esporádicos. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres de edad avanzada y se asocia típicamente a inestabilidad de microsatélites (IMS). Su reconocimiento es clínicamente relevante, ya que ante este hallazgo se debe sospechar de síndrome de Lynch u otra variante de cáncer colorrectal hereditario.
- Objetivo:** Describir la presentación y abordaje del carcinoma medular de colon en un paciente con colitis ulcerosa.
Analizar la conducta médico-quirúrgica implementada.
Identificar las características clínicas e histológicas de este tipo de cáncer.
- Reporte de Casos:** Hombre de 35 años con antecedente de colitis ulcerosa, sometido a colectomía total con ileostomía hace 13 años y múltiples reintervenciones por complicaciones. Acude por rectorragia persistente por lo que se realiza colonoscopia preoperatoria en donde se observa mucosa hiperémica, patrón criptoglandular desorganizado y friable; se reporta en el resultado de biopsia displasia de alto grado.
- Discusión:** Ppor lo que se programa para proctectomía identificando muñón rectal de 15cm con mucosa irregular anterior, así como tumor de 6x5cm con zonas ulceradas que infiltra serosa e invade tejido adiposo pericólico a 8cm del borde proximal, 0.9cm del distal y a menos de 1mm del mesorrecto.
Neoplasia maligna epitelial, constituida por proliferación de células de tamaño intermedio a grande, con citoplasma moderadamente eosinófilo, núcleos ovoides irregulares con pleomorfismo, presentan disposición en cordones y láminas compatible con carcinoma medular G4 (indiferenciado) con invasión linfo-vascular.
- Conclusiones:** El carcinoma medular de colon es un subtipo poco frecuente de adenocarcinoma, caracterizado por rasgos histológicos e inmunohistoquímicos bien definidos. Comparte un abordaje terapéutico similar al del adenocarcinoma convencional, aunque presenta un pronóstico más favorable. Su aparición en el recto es excepcional y constituye una entidad aún subdiagnosticada en la práctica clínica agregado a la patología de base de nuestro paciente.

ADENOCARCINOMA MEDULAR DE RECTO ASOCIADO A COLITIS ULCEROSA: UNA PRESENTACIÓN EXCEPCIONAL DE NEOPLASIA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Imagen adjunta



COLOPROCTOLOGÍA
Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde"



Adenocarcinoma medular de recto asociado a colitis ulcerosa: una presentación excepcional de neoplasia en enfermedad inflamatoria intestinal.

Cruz Neri RU; Salas Núñez MM; Díaz Ventura GA; Rasura Armas KM; Bojórquez Osuna KO; Zúñiga Tamayo DA; Salas Cruz VA.
Universidad de Guadalajara



Introducción

El carcinoma medular de colon es una variante infrecuente del adenocarcinoma colorrectal, caracterizada por un bajo grado de diferenciación y una prevalencia cercana al 0.03% de los casos esporádicos. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres de edad avanzada y se asocia típicamente a inestabilidad de microsátélites (IMS). Su reconocimiento es clínicamente relevante, ya que ante este hallazgo se debe sospechar de síndrome de Lynch u otra variante de cáncer colorrectal hereditario.



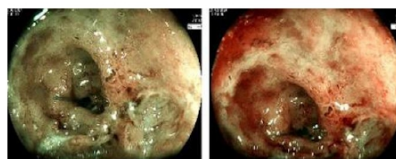
Objetivos

General

- Describir la presentación y abordaje del carcinoma medular de colon en un paciente con colitis ulcerosa.

Específicos

- Analizar la conducta médico-quirúrgica implementada.
- Identificar las características clínicas e histológicas de este tipo de cáncer.
- Proponer estrategias diagnósticas y terapéuticas.

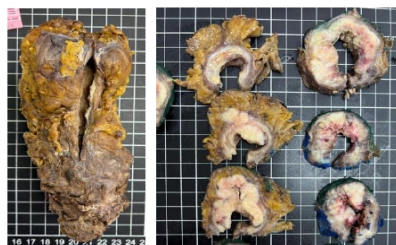


Colonoscopia
Fuente: servicio de Coloproctología del HCFAA



Presentación de caso

Hombre de 35 años con antecedente de colitis ulcerosa, sometido a colectomía total con ileostomía hace 13 años y múltiples reintervenciones por complicaciones. Acude por rectorragia persistente por lo que se realiza colonoscopia preoperatoria en donde se observa mucosa hiperémica, patrón criptoglandular desorganizado y friable; se reporta en el resultado de biopsia displasia de alto grado, por lo que se programa para proctectomía identificando muñón rectal de 15cm con mucosa irregular anterior, así como tumor de 6x5cm con zonas ulceradas que infiltra serosa e invade tejido adiposo pericólico a 8cm del borde proximal, 0.9cm del distal y a menos de 1mm del mesorrecto.

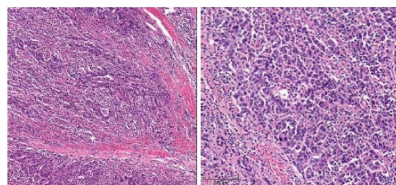


Pieza: Recto
Fuente: servicio de Coloproctología del HCFAA



Patología

Neoplasia maligna epitelial, constituida por proliferación de células de tamaño intermedio a grande, con citoplasma moderadamente eosinófilo, núcleos ovoides irregulares con pleomorfismo, presentan disposición en cordones y láminas compatible con carcinoma medular G4 (indiferenciado) con invasión linfo-vascular.



Corte histológico de pieza quirúrgica
Fuente: servicio de Patología del HCFAA



Conclusión

El carcinoma medular de colon es un subtipo poco frecuente de adenocarcinoma, caracterizado por rasgos histológicos e inmunohistoquímicos bien definidos. Comparte un abordaje terapéutico similar al del adenocarcinoma convencional, aunque presenta un pronóstico más favorable. Su aparición en el recto es excepcional y constituye una entidad aún subdiagnosticada en la práctica clínica agregado a la patología de base de nuestro paciente.

Referencias

1. Yolanda GC, Cristina CD, Patricia L et al. P-355 - CARCINOMA MEDULAR DE COLON. UN PATRÓN INDIFERENCIADO CON BUEN PRONÓSTICO. A PROPOSITO DE UN CASO. Crugio Espanol. 2024;102:1249-746. doi:10.1016/S0009-739X(25)00789-4
2. Xu Z, Theisen BK, Chang Q, Schultz D, Ahsan BU. Survival Outcomes of Poorly Differentiated Colorectal Carcinoma Variants: Insights from a Single Teaching Institute. Hum Pathol. 2024;105:710. doi:10.1016/j.humpath.2024.105710
3. Scott N, West N, Cairns A, Rotimi O. Is Medullary Carcinoma of the Colon Underdiagnosed? An Audit of Poorly Differentiated Colorectal Carcinomas in a large NHS Teaching Hospital. Histopathology. 2020. doi:10.1111/his.14310
4. Ramirez JA, Centonze G, Sabella G et al. Colorectal medullary carcinoma: heterogeneous presentations of a rare clinicopathological entity. Report of two cases. Tumori J. 2022;108:962-965. doi:10.1177/096967822182996



PARÁMETROS DE COMPOSICIÓN CORPORAL COMO PREDICTORES DE LA ACTIVIDAD CLÍNICA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA ACTIVA.

Autores:	ROBERTO BAÑOS VÁZQUEZ, SANTOYO-CHÁVEZ M.A., MENDOZA-MARTÍNEZ V.M, DE LEÓN-RENDÓN JL, BUENO-HERNÁNDEZ N
Introducción:	La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), incluye la Colitis Ulcerosa Crónica Idiopática (CUCI) y la Enfermedad de Crohn, afecta la mucosa intestinal, el estado nutricional y la composición corporal. En los brotes activos, las citocinas proinflamatorias inducen catabolismo, pérdida muscular y desnutrición, impactando el pronóstico. La bioimpedancia (BIA) permite evaluar la composición corporal y parámetros que podrían predecir la respuesta clínica en pacientes con CUCI activa.
Objetivo:	Evaluar los parámetros de composición corporal como predictores de la actividad clínica en pacientes con CUCI activa.
Material y Métodos:	Se realizó un estudio de cohorte prospectiva en pacientes ≥ 18 años con CUCI activa atendidos en la clínica de EII del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga" (febrero-junio 2024), clasificándolos según la actividad clínica. Se corrió un análisis de riesgo (OR) para estimar la fuerza de asociación entre los parámetros de composición corporal y la probabilidad de respuesta clínica a la actividad.
Resultados:	Se incluyeron 34 pacientes (32 % hombres, 68 % mujeres), de los cuales el 41 % fueron respondedores. No se encontraron diferencias significativas en los parámetros de composición corporal entre los grupos (Tabla 1). En la regresión logística binaria, el índice de masa grasa (FMI) fue el único predictor significativo de respuesta clínica (OR=46.7; IC95%: 1.8-1205.3; $p=0.02$). La masa muscular esquelética, el ángulo de fase, y el agua corporal total mostraron una tendencia positiva leve (OR>1) sin alcanzar significancia estadística. El modelo presentó buen ajuste (Hosmer-Lemeshow $p=0.407$) y capacidad de clasificación del 73.5 %.
Conclusiones:	Los resultados sugieren que el FMI podría considerarse un factor predictivo positivo a la actividad clínica en pacientes con CUCI. Aunque otros parámetros de composición corporal mostraron significancia clínica, no alcanzaron significancia estadística. Estos hallazgos respaldan la utilidad de la bioimpedancia eléctrica como herramienta para identificar características corporales asociadas a una mejor respuesta clínica, aunque se recomienda confirmar estos resultados con muestras más amplias.

PARÁMETROS DE COMPOSICIÓN CORPORAL COMO PREDICTORES DE LA ACTIVIDAD CLÍNICA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA ACTIVA.

Imagen adjunta

Tabla 1. Diferencias en los componentes de la composición corporal entre respondedores y no respondedores.

	Población total n=34	Respondedores n=14	No Respondedores n=20	p
Sexo				
Hombres n(%)	11 (32)	6 (43)	5 (25)	-
Mujeres n(%)	23 (68)	8 (57)	15 (75)	
Edad, años ($\bar{x} \pm DE$)	37 $\pm$ 11	36 $\pm$ 9	37 $\pm$ 12	0.64
BMI, kg/m ² ($\bar{x} \pm DE$)	24.1 $\pm$ 3.4	23.6 $\pm$ 2.6	24.5 $\pm$ 3.8	0.48
FMI, kg/m ² ($\bar{x} \pm DE$)	7.9 $\pm$ 3.2	7 $\pm$ 3.1	8.5 $\pm$ 3.2	0.17
FFMI, kg/m ² ($\bar{x} \pm DE$)	16.4 $\pm$ 2	16.6 $\pm$ 2.1	16.2 $\pm$ 2	0.59
SMM, kg ($\bar{x} \pm DE$)	22.8 $\pm$ 13.8	21.4 $\pm$ 6.1	23.7 $\pm$ 17.4	0.63
PhA, ° ($\bar{x} \pm DE$)	6.4 $\pm$ 0.9	6.4 $\pm$ 1.1	6.3 $\pm$ 0.8	0.73

$\bar{x}$: Media, DE: Desviación estándar, n: Número de muestra, BMI: Índice de masa corporal, FMI: Índice de masa grasa, FFMI: Índice de masa libre de grasa, SMM: Masa musculo esquelética, PhA: Ángulo de fase, t de Student para grupos independientes, valor p <0.05

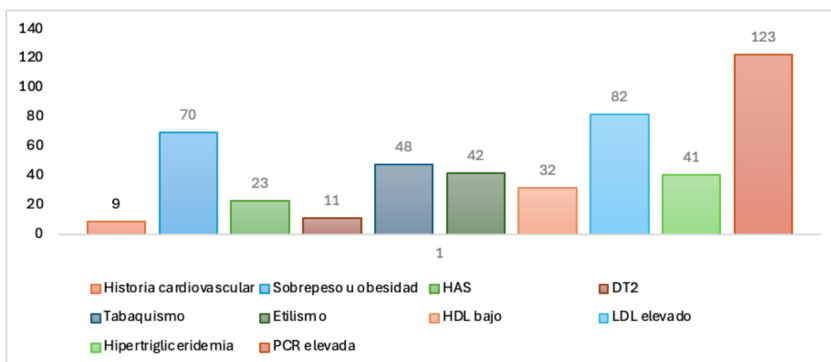
PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVA,

Autores :	MELISSA SOTO VILLALPANDO, MARTINEZ SILVA F, CARRILLO ROJAS JI
Introducción:	Se ha demostrado que los procesos inflamatorios sistémicos contribuyen al desarrollo de aterosclerosis y aumentan el riesgo cardiovascular. Sin embargo, en pacientes con EII este riesgo no está completamente definido y puede estar modulado por factores propios de la enfermedad, como la actividad inflamatoria, el uso de esteroides y la presencia de comorbilidades metabólicas. Evaluar el perfil cardiovascular de esta población es fundamental para implementar estrategias preventivas oportunas.
Objetivo:	Determinar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza.
Material y Métodos:	Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) atendidos por gastroenterología en un hospital de tercer nivel. Los datos demográficos se reportaron con medidas de tendencia central y dispersión, se utilizó X ² para determinar asociaciones y prueba t de Student para comparación de medias. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS V25, se consideró un valor de p estadísticamente significativo <0.05.
Resultados:	Se incluyeron 135 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal; 39% hombres y 61% mujeres, con edad promedio de 47.3±14.6 años. El 72% presentó colitis ulcerosa crónica inespecífica y 28% enfermedad de Crohn, con mediana de diagnóstico de 7 años. La comorbilidad más frecuente fue hipertensión arterial sistémica (17%) y enfermedad renal crónica (3%), mayor en EC (8% vs 1%). La PCR elevada fue el hallazgo más común (91%), seguida de colesterol LDL alto (61%) y sobrepeso/obesidad (52%). El tabaquismo y etilismo fueron más frecuentes en hombres (53% y 45%), mientras que HDL bajo predominó en mujeres (30%). El 67% tuvo riesgo cardiovascular bajo y solo 4% alto; el Globorisk medio fue 6.9%, mayor en hombres (8.7% vs 5.9%).
Conclusiones:	Los pacientes con EII presentan alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular como dislipidemia, obesidad y niveles elevados de proteína C reactiva. Aunque la mayoría mostró riesgo bajo según escalas tradicionales, estas podrían subestimar el impacto de la inflamación sistémica. Es fundamental una evaluación cardiovascular integral temprana que incorpore marcadores inflamatorios y estrategias preventivas multidisciplinarias para reducir complicaciones y mejorar la calidad de vida.

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVA,

Imagen adjunta

Figura 1. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular.



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

Autores :	VALERIA NATALIE SEBASTIAN OCAMPO, CONTRERAS AVILÉS E, ROSALES TÉLLEZ P, GONZÁLEZ LÓPEZ RE, CHIDA ROMERO JA, LÓPEZ PÉREZ RY, DE LEÓN RENDÓN JL
Introducción:	La enfermedad de Crohn se caracteriza por una inflamación transmural discontinua que puede afectar a cualquier segmento digestivo. Su curso suele ser impredecible, con remisiones y exacerbaciones, y puede causar estenosis, fístulas y manifestaciones extraintestinales. En México, su manejo es un reto por la variabilidad clínica, la necesidad de diagnóstico integral con métodos clínicos, endoscópicos y radiológicos, y el acceso limitado a terapias inmunomoduladoras y biológicas.
Objetivo:	Este estudio tiene como objetivo describir las características clínicas, demográficas y bioquímicas en pacientes con enfermedad de Crohn atendidos en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México.
Material y Métodos:	Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en pacientes con EC atendidos entre 2023 y 2025. Se recopilaron datos demográficos y comportamiento según Montreal, manifestaciones extraintestinales, actividad por índice de Harvey-Bradshaw (HBI) e índice de actividad de la enfermedad de Crohn (CAI), niveles de calprotectina fecal (CPF) y proteína C reactiva (PCR), y tratamientos. El análisis se hizo con SPSS v27
Resultados:	Se analizaron 72 pacientes con EC, con una edad media de 47.5 años. El 16.6% presenta comorbilidades crónicas. La mayoría fue diagnosticado entre los 17 y 40 años (A2, 48.6%). La forma ileocolónica (36.1%) fue la más frecuente, y el patrón predominante fue no estenosante ni penetrante (B1, 51.4%). La enfermedad perianal se identificó en el 20.8%, la fístula anal fue la lesión más frecuente (16.6%). El 58.3% de los pacientes se encontraba en remisión clínica. El tratamiento convencional fue recibido por el 69.4%, el 63.9% recibió terapia avanzada, destacando ustekinumab (40.3%). Las manifestaciones extraintestinales estuvieron presentes en el 51.3%, siendo las artralgias las más comunes (37.4%). La mitad de los pacientes requirió hospitalización, y el 44.4% fue sometido a cirugía.
Conclusiones:	En esta cohorte de pacientes con enfermedad de Crohn, predominó el diagnóstico en adultos jóvenes, con localización ileocolónica y comportamiento inflamatorio no estenosante ni penetrante. La mayoría estaba en remisión clínica y recibió azatioprina o biológicos. Hubo alta frecuencia de manifestaciones extraintestinales, enfermedad perianal y cirugías, reflejando la carga clínica y la necesidad de estrategias terapéuticas integrales.

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

Imagen adjunta

Tabla 1. Características Clínicas y Demográficas de Pacientes con EC.

Diagnóstico	EC n = 72 (%)	
	Masculino	Femenino
Sexo	35 (48.6)	37 (51.4)
Edad media $\pm$ DE	47.5 $\pm$ 15.3	
ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS	n = 12 (16.6)	
DIABETES MELLITUS	2 (16.6)	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	2 (16.6)	
OTROS	8 (66.6)	
CLASIFICACIÓN DE MONTREAL EC n (%)		
A1	4 (5.6)	
A2	35 (48.6)	
A3	33 (45.8)	
L1	17 (23.6)	
L2	20 (27.8)	
L3	26 (36.1)	
L4	9 (12.5)	
B1	37 (51.4)	
B2	28 (38.9)	
B3	7 (9.7)	
P	15 (20.8)	
ÍNDICE DE HARVEY BRADSHAW n(%)		
REMISIÓN	42 (58.3)	
LEVE	14 (19.4)	
MODERADO	16 (22.2)	
ÍNDICE DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD DE CROHN n(%)		
REMISIÓN	42 (58.3)	
LEVE	14 (19.4)	
MODERADA	16 (22.2)	
TRATAMIENTO CONVENCIONAL	n = 50 (69.4)	
AZATIOPRINA	48 (66.6)	
5 ASA ORAL + PREDNISONA + AZATIOPRINA	1 (1.4)	
5 ASA ORAL + PREDNISONA + METOTREXATE	1 (1.4)	
TERAPIA BIOLÓGICA	n = 46 (63.9)	
INFLIXIMAB	14 (19.4)	
USTEKINUMAB	29 (40.3)	
VEDOLIZUMAB	2 (2.8)	
ADALIMUMAB	2 (2.8)	
MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES	n = 37 (51.3)	
ARTRALGIAS	27 (37.4)	
ARTRITIS REUMATOIDE	3 (4.15)	
UVEÍTIS	1 (1.38)	
PIODERMA GANGRENOSO	2 (2.7)	
ERITEMA NODOSO + ARTRALGIAS + UVEÍTIS	1 (1.38)	
HOSPITALIZACIONES n(%)	36 (50)	
CIRUGÍA n(%)	32 (44.4)	
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO n(%)		
RESECCIÓN INTESTINAL	8 (11.1)	
HEMICOLECTOMÍA	8 (11.1)	
PROCTOCOLECTOMÍA	2 (2.8)	
FISTULOTOMIA	2 (2.8)	
FISTULOTOMIA + SETONES	4 (5.6)	
COLECTOMÍA TOTAL	3 (4.2)	
DEBRIDAMIENTO	1 (1.4)	
CEQUECTOMÍA	1 (1.4)	
ENFERMEDAD PERIANAL	n = 15 (20.8)	
FISTULA ANAL	12 (16.6)	
FISTULA RECTOVAGINAL	2 (2.7)	
FISTULA ANAL + FISTULA RECTOVAGINAL	1 (1.38)	

FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS A CIRUGÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

Autores:	VALERIA NATALIE SEBASTIAN OCAMPO, CONTRERAS AVILÉS E, GONZÁLEZ LÓPEZ RE, ROSALES TÉLLEZ P, PHILIPPE PONCE M, HERNÁNDEZ ANTOLÍN V, DE LEÓN RENDÓN J
Introducción:	La enfermedad de Crohn (EC) es una patología inflamatoria intestinal crónica y multifactorial, caracterizada por inflamación transmural discontinua que puede afectar cualquier segmento del tracto digestivo. Su evolución es variable y suele presentar complicaciones como estenosis, fístulas o abscesos que a menudo requieren cirugía. Aunque los tratamientos inmunomoduladores y biológicos han mejorado el manejo, la cirugía sigue siendo clave en casos refractarios o complicaciones estructurales
Objetivo:	Identificar las características clínicas, demográficas y bioquímicas asociadas a la necesidad de intervención quirúrgica en pacientes con enfermedad de Crohn atendidos en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México.
Material y Métodos:	Estudio observacional y retrospectivo en 72 pacientes con EC atendidos entre 2023 y 2025. Se recopilaron datos clínicos, demográficos y bioquímicos, incluyendo la localización y el comportamiento de la enfermedad según la clasificación de Montreal, Crohn's Disease Activity Index y Harvey-Bradshaw Index. Se compararon pacientes operados y no operados con t de Student y chi-cuadrado. La capacidad predictiva de HBI y CDAI se evaluó con curvas ROC y AUC. Se calcularon odds ratios con IC 95%.
Resultados:	29 pacientes (40.3%) requirieron intervención quirúrgica. El patrón estenosante (B2) estuvo presente en 41.4% de los pacientes operados y se asoció significativamente con la necesidad de cirugía ($p = 0.001$). Un índice de HBI > 4 también se relacionó con mayor frecuencia de cirugía ($\chi^2 = 10.979$; $p < 0.001$; OR = 2.023, IC 95%: 1.235-3.315), con una AUC de 0.700 (IC 95%: 0.576-0.824; $p = 0.002$). De forma similar, un CDAI > 150 mostró asociación significativa con la indicación quirúrgica ($\chi^2 = 5.855$; $p = 0.016$), aunque la mayor razón de momios se observó en pacientes con CDAI < 150 (OR = 2.360; IC 95%: 1.087-5.126; AUC = 0.670; $p = 0.007$).
Conclusiones:	En esta cohorte, la necesidad de cirugía en pacientes con enfermedad de Crohn se asoció significativamente con el patrón estenosante y con actividad clínica elevada (HBI > 4 y CDAI > 150). Ambos índices mostraron capacidad discriminativa para predecir riesgo quirúrgico, con mejor desempeño del HBI. Estos resultados respaldan su utilidad en la estratificación del riesgo y subrayan la importancia del seguimiento estrecho en pacientes con enfermedad más activa o estructuralmente complicada.

SARCOPENIA COMO PREDICTOR DE HOSPITALIZACIÓN EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Autores :	LUIS ERICK CARDONA RODRÍGUEZ, CRUZ RAMÍREZ YJ, LÓPEZ GÓMEZ JG, RAMOS GÓMEZ MV
Introducción:	La sarcopenia y la desnutrición son frecuentes en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y se asocian con peor pronóstico clínico. Sin embargo, su impacto específico sobre el riesgo de hospitalización aún no está claramente definido, especialmente cuando los parámetros nutricionales no se incorporan de forma rutinaria en la evaluación de los pacientes.
Objetivo:	Evaluar la asociación entre sarcopenia y el riesgo de hospitalización en pacientes con EII.
Material y Métodos:	Estudio observacional retrospectivo en 42 pacientes con EII. Se analizaron variables clínicas y parámetros de composición corporal, incluyendo sarcopenia medida mediante bioimpedancia multifrecuencia. La hospitalización fue el desenlace principal. Se calcularon odds ratios (OR) con IC 95% mediante análisis bivariado, considerando significancia con $p < 0.05$.
Resultados:	El 21% de los pacientes fueron hospitalizados en el último año. La sarcopenia se asoció significativamente con hospitalización ($OR\ 6.0, p=0.028$), al igual que la hipoalbuminemia ($OR\ 4.5, p=0.027$). Otras variables como $IMC < 18.5\ kg/m^2$, actividad clínica activa, duración de enfermedad > 5 años y antecedente quirúrgico no alcanzaron significancia estadística. No se observó asociación con sexo, comorbilidades ni uso de terapia biológica.
Conclusiones:	La sarcopenia y la hipoalbuminemia se asocian con mayor riesgo de hospitalización en EII, sugiriendo que el estado nutricional es un determinante pronóstico relevante. Factores como bajo IMC y cirugía previa mostraron tendencia a la asociación, destacando la necesidad de estudios prospectivos con mayor tamaño muestral.

SARCOPENIA COMO PREDICTOR DE HOSPITALIZACIÓN EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Imagen adjunta

Factores asociados a hospitalización en pacientes con EII

Variable	OR (IC 95%)	Valor p
Sarcopenia (presente vs ausente)	6.0 (1.7–21.2)	0.028
IMC <18.5 kg/m ² (sí vs no)	9..25 (0.2–18.3)	0.056
Hipoalbuminemia (sí vs no)	4.5 (1.2–16.4)	0.027
Actividad clínica activa	3.5 (0.98–12.3)	0.74
Comorbilidades (sí vs no)	2.3 (0.7–7.6)	0.21
Uso de terapia biológica/moléculas pequeñas (sí vs no)	1.3 (0.4–4.3)	0.67
Duración de la enfermedad ≥5 años	3.8 (1.1–13.2)	0.09
Antecedente quirúrgico (sí vs no)	5.5 (1.4–21.7)	0.08

VALOR DIAGNÓSTICO DEL ÍNDICE MARIA Y SU CORRELACIÓN CON PARÁMETROS CLÍNICOS Y BIOQUÍMICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

Autores :	VALERIA NATALIE SEBASTIAN OCAMPO, CONTRERAS AVILÉS E, ROSALES TÉLLEZ P, GONZÁLEZ LÓPEZ RE, CHIDA ROMERO JA, LÓPEZ PÉREZ RY, DE LEÓN RENDÓN JL
Introducción:	La enfermedad de Crohn (EC) es una inflamación crónica transmural que puede causar estenosis, fístulas y abscesos. La ileocolonoscopia es el método estándar para la evaluación mucosa, pero su uso frecuente está limitado por su carácter invasivo. El índice MaRIA mediante resonancia evalúa la actividad inflamatoria de forma no invasiva. Correlacionarlo con índices clínicos y biomarcadores ayudaría a optimizar el control en centros con recursos limitados.
Objetivo:	Determinar la correlación entre el índice MaRIA y parámetros clínicos y bioquímicos (Harvey-Bradshaw Index [HBI], Crohn's Disease Activity Index [CDAI], proteína C reactiva [PCR] y calprotectina fecal [CPF]) en pacientes con EC en un centro de tercer nivel en México.
Material y Métodos:	Estudio observacional, retrospectivo y analítico en 46 pacientes con enfermedad de Crohn atendidos en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México. Se recopilaban datos de enterorresonancia (índice MaRIA), índices clínicos y biomarcadores. Se evaluó la distribución con Shapiro-Wilk, la correlación con Spearman y se realizaron curvas ROC para analizar la capacidad discriminativa del MaRIA respecto a remisión clínica. Análisis en SPSS v29.
Resultados:	Las características clínicas y demográficas de los pacientes con EC se presentan en la Tabla 1. La edad media fue 47.5 años, con 58.7% mujeres. Según Montreal, L3 predominó (41.3%), los grupos A2 y A3 fueron los más frecuentes (47.8%). El 47.8% tuvo manifestaciones extraintestinales y el 28.3% enfermedad perianal. El 78.3% recibía biológicos, mayormente ustekinumab (52.2%). Durante el seguimiento, 45.7% fue hospitalizado y 41.3% requirió cirugía. El índice MaRIA mostró correlación positiva significativa con HBI ($\rho = 0.525$, $p = 0.0021$) y CDAI ($\rho = 0.522$, $p = 0.0022$), sin asociación con PCR ($\rho = 0.293$, $p = 0.1037$) ni CPF ($\rho = 0.053$, $p = 0.7721$). En análisis ROC, el AUC fue 0.750 frente a HBI y 0.821 frente a CDAI, con buena capacidad discriminativa para identificar actividad clínica.
Conclusiones:	El índice MaRIA mostró correlación significativa con los índices clínicos HBI y CDAI, pero no con biomarcadores bioquímicos. Su uso podría representar una herramienta confiable y no invasiva para evaluar la actividad inflamatoria en EC, particularmente en contextos con recursos limitados.

VALOR DIAGNÓSTICO DEL ÍNDICE MARIA Y SU CORRELACIÓN CON PARÁMETROS CLÍNICOS Y BIOQUÍMICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

Imagen adjunta

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con enfermedad de Crohn (N= 46)

Variable	Pacientes n(%)
Edad media $\pm$ DE (años)	47.41 $\pm$ 15.27
Sexo	
Masculino	19 (41.3%)
Femenino	27 (58.7%)
Enfermedad crónico-degenerativa	6 (13.0%)
Clasificación de Montreal	
A1 ($\leq$ 16 años)	2 (4.3%)
A2 (17–40 años)	22 (47.8%)
A3 (>40 años)	22 (47.8%)
L1 (ileon)	9 (19.6%)
L2 (colon)	12 (26.1%)
L3 (ileocolon)	19 (41.3%)
L4 (tracto digestivo alto)	6 (13.0%)
B1 (inflamatoria no estenosante)	22 (47.8%)
B2 (estenosante)	20 (43.5%)
B3 (penetrante)	4 (8.7%)
P (enfermedad perianal)	13 (28.3%)
Manifestaciones extraintestinales	22 (47.8%)
Hospitalizaciones previas	21 (45.7%)
Cirugías previas	19 (41.3%)
Tratamiento convencional	30 (65.2%)
Terapia biológica total	36 (78.2%)
Infliximab	8 (17.4%)
Ustekinumab	24 (52.2%)
Vedolizumab	2 (4.3%)
Adalimumab	2 (4.3%)

*Clasificación Montreal EC: A = edad al diagnóstico; L = localización; B = comportamiento; P = compromiso perianal

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

- Autores:** VALERIA NATALIE SEBASTIAN OCAMPO, CONTRERAS AVILÉS E, GONZÁLEZ LÓPEZ RE, ROSALES TÉLLEZ P, RODRÍGUEZ CRUZ H, LÓPEZ PÉREZ RY, DE LEÓN RENDÓN JL
- Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), puede presentar formas clínicas complejas y refractarias al tratamiento. En respuesta a esta necesidad clínica, el consenso IOIBD 2023 propuso una definición estandarizada de EII difícil de tratar (IBD-DTT), basada en criterios terapéuticos, quirúrgicos y psicosociales.
- Objetivo:** Describir las características clínicas, terapéuticas y quirúrgicas de los pacientes con IBD-DTT, según los criterios diagnósticos del consenso IOIBD 2023, en una cohorte de un hospital de referencia de tercer nivel en México.
- Material y Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y transversal realizado en la Clínica de EII del Hospital General de México entre marzo de 2023 y junio de 2025. Se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado de CUCI o EC, que cumplieron con al menos uno de los criterios del consenso IOIBD 2023 para IBD-DTT. Se recolectaron variables clínicas, demográficas, terapéuticas y quirúrgicas a partir del expediente institucional.
- Resultados:** De los 298 pacientes con EII, 40 (13.4%) cumplieron al menos un criterio del consenso IOIBD 2023 para IBD-DTT (15 con CUCI y 25 con EC). No hubo diferencias significativas en edad ni sexo. El tratamiento convencional fue más común en CUCI (53.3% vs. 20%, $p = 0.0223$), mientras que la terapia avanzada, sobre todo con ustekinumab, predominó en EC (80% vs. 46.7%, $p < 0.0001$). La reservoritis refractaria y los problemas psicosociales fueron más frecuentes en CUCI ($p < 0.001$ y $p = 0.04$), mientras que la necesidad de cirugía fue mayor en EC (88% vs. 40%, $p = 0.0336$). El criterio más común para IBD-DTT fue la enfermedad perianal compleja en Crohn (35%), y un 7.5% de los pacientes (3 casos, todos EC) cumplieron dos o más criterios del consenso.
- Conclusiones:** En esta cohorte de pacientes con IBD-DTT, el 13.4% cumplió con al menos uno de los criterios del consenso IOIBD 2023, siendo más frecuente en EC que en CUCI. Se observaron patrones diferenciales en el uso de terapias, indicación quirúrgica y manifestaciones asociadas entre ambos fenotipos. La enfermedad perianal compleja fue el criterio más prevalente en pacientes con EC. Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar estrategias terapéuticas individualizadas, basadas en el fenotipo.

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

Imagen adjunta

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

Variable	EII (n=40)	CUCI (n=15)	EC (n=25)	Valor de P
Sexo masculino, n (%)	19 (47.5%)	6 (40.0%)	13 (52.0%)	0.68
Sexo femenino, n (%)	21 (52.5%)	9 (60.0%)	12 (48.0%)	0.68
Edad media (años ± DE)	43.7 ± 13.1	41.1 ± 10.7	45.3 ± 14.3	0.28
Clasificación Montreal – CUCI*, n (%)				NA
E1	—	2 (13.3%)	—	
E2	—	4 (26.7%)	—	
E3	—	9 (60.0%)	—	
Clasificación Montreal – Enfermedad de Crohn*, n (%)				NA
A1	—	—	2 (8.0%)	
A2	—	—	14 (56.0%)	
A3	—	—	9 (36.0%)	
L1	—	—	3 (12.0%)	
L2	—	—	9 (36.0%)	
L3	—	—	8 (32.0%)	
L4	—	—	5 (20.0%)	
B1	—	—	11 (44.0%)	
B2	—	—	10 (40.0%)	
B3	—	—	4 (16.0%)	
P	—	—	10 (40.0%)	
Enfermedades crónicas degenerativas, n (%)	11 (27.5%)	6 (40.0%)	5 (20.0%)	0.0025
Tratamiento convencional, n (%)	13 (32.5%)	8 (53.3%)	5 (20.0%)	0.0223
Terapia avanzada, n (%)	27 (67.5%)	7 (46.7%)	20 (80.0%)	<0.0001
Vedolizumab	5 (12.5%)	4 (26.7%)	1 (4.0%)	0.0002
Infliximab	4 (10.0%)	2 (13.3%)	2 (8.0%)	0.27
Ustekinumab	14 (35.0%)	0 (0.0%)	14 (56.0%)	0.68
Adalimumab	2 (5.0%)	1 (6.7%)	1 (4.0%)	0.68
Guselkumab	2 (5.0%)	0 (0.0%)	2 (8.0%)	—
Manifestaciones extraintestinales, n (%)	17 (42.5%)	6 (40.0%)	11 (44.0%)	0.31
Hospitalizaciones, n (%)	28 (70.0%)	9 (60.0%)	19 (76.0%)	0.06
Tratamiento quirúrgico, n (%)	28 (70.0%)	6 (40.0%)	22 (88.0%)	0.0336
Abdominal	21 (52.5%)	6 (40.0%)	15 (60.0%)	0.06
Perianal	7 (17.5%)	0 (0.0%)	7 (28.0%)	0.62
Reservoritis refractaria, n (%)	6 (15.0%)	5 (33.3%)	1 (4.0%)	<0.0001
Enfermedad perianal, n (%)	14 (35.0%)	0 (0.0%)	14 (56.0%)	0.67
Criterios IOIBD para EII difícil de tratar**				
Falla a ≥2 mecanismos terapéuticos, n (%)	5 (12.5%)	2 (13.3%)	3 (12.0%)	0.82
Recurrencia postoperatoria en EC tras ≥2 resecciones, n (%)	11 (27.5%)	0 (0.0%)	11 (44.0%)	0.30
Reservoritis refractaria a antibióticos, n (%)	6 (15.0%)	5 (33.3%)	1 (4.0%)	0.0014
Enfermedad perianal compleja, n (%)	14 (35.0%)	0 (0.0%)	14 (56.0%)	0.29
Problemas psicosociales, n (%)	7 (17.5%)	6 (46.6%)	0 (0.0%)	0.04
Cumple ≥2 criterios IOIBD DTT-IBD**, n (%)	3 (7.5%)	0 (0.0%)	3 (12.0%)	0.02

EII: Enfermedad inflamatoria intestinal
CUCI: Colitis ulcerosa crónica idiopática
EC: Enfermedad de Crohn
*Clasificación Montreal CUCI: E1 – proctitis, E2 – colitis izquierda, E3 – proctocolitis/colitis
*Clasificación Montreal EC: A – colitis distal; B – colitis; C – colitis; D – enfermedad perianal; E – enfermedad perianal; F – enfermedad perianal; G – enfermedad perianal; H – enfermedad perianal
**Criterios IOIBD DTT para EII difícil de tratar:
Falla a ≥2 mecanismos de acción biológicos
Recurrencia postoperatoria tras ≥2 resecciones intestinales
Reservoritis refractaria a antibióticos
Enfermedad perianal compleja en Crohn
Problemas psicosociales que interfieren en el tratamiento

PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA DE SEMAFORINAS, Y SU COMPLEJO DE RECEPTORES (PLEXINAS) EN EL CURSO CLÍNICO DE PACIENTES CON EII.

Autores:	GABRIELA FONSECA CAMARILLO, JANETTE FURUZAWA CARBALLEDA, JESÚS KAZUO YAMAMOTO FURUSHO
Introducción:	Las semaforinas son un conjunto de proteínas, con capacidad inmunorreguladora. Las Plexinas unen Semaforinas (SEMAS) y pueden formar complejos receptores que les confiere capacidad quimiotáctica. Actualmente se desconoce el papel y perfil de expresión de las Semaforinas y Plexinas en pacientes con EII.
Objetivo:	Caracterizar la expresión y síntesis de la familia de Semaforinas y Plexinas en tejido intestinal de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal y correlacionar con el fenotipo clínico y comparar con un grupo control.
Material y Métodos:	Se realizó un estudio transversal comparativo en el que se incluyeron 54 pacientes con diagnóstico de EII (34 pacientes con CUCI y 20 con EC) y un grupo de 20 controles. Mediante RT-PCR se determinó la expresión génica de Semaforinas y Plexinas. Por inmunohistoquímica se realizó la co-localización con MPO en tejido intestinal de pacientes con EII. La comparación de las variables cuantitativas se realizó mediante la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes y la prueba de Kruskal Wall
Resultados:	La expresión génica de SEMA4D, SEMA6D, PLXNA1, PLXNB1, PLXNB2 y PLEXNC1 se encontró disminuida en las biopsias de mucosa colónica de pacientes con CUCI activo con respecto al grupo control. Los genes SEMA6D y PLXNB1 se encontraron sobre expresados en mucosa de colon de pacientes con CUCI en remisión en comparación con el grupo CUCI activo y los controles. La alta expresión del gen SEMA6D se asoció con la remisión histológica ($p=0.01$, $RM=15$, $IC\ 96\%: 1.39-16.1$) y la baja expresión de PLXNA1 se asoció con actividad intermitente leve con 2 recaídas al año ($p=0.003$, $RM=0.05$, $IC=0.006-0.51$). Se encontraron escasas células positivas a SEMA4D+/MPO+, PLXNB1+/MPO+ y PLXNC1+/MPO+ en la zona de la mucosa en los infiltrados inflamatorios linfoplasmocitoides perivasculares de la submucosa de pacientes
Conclusiones:	El incremento de la expresión de la familia Semaforinas y Plexinas en pacientes con EII en remisión sugiere su función inmunoreguladora y se asocian con la remisión y fenotipo clínico en pacientes con CUCI

PARTICIPACIÓN DE LOS FACTORES DE TRANSCRIPCIÓN NR4A Y LA FAMILIA DE PROTEÍNAS NDRG EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y CONTROLES.

- Autores :** GABRIELA FONSECA CAMARILLO, JANETTE FURUZAWA CARBALLEDA, JESÚS KAZUO YAMAMOTO FURUSHO
- Introducción:** La Colitis Ulcerosa Crónica Idiopática (CUCI) se caracteriza por tener una respuesta inmune aberrante. Estudios recientes han demostrado que la proteína NDRG1 interactúa con el receptor nuclear NR4A1 e inhibe funcionalmente la actividad transcripcional de NF- κ B (factor nuclear Kappa B) y modula la respuesta inflamatoria. El papel de los miembros de la familia NDRGR y los factores de transcripción NR4A en la modulación de la apoptosis en el contexto de la respuesta inflamatoria.
- Objetivo:** El objetivo del presente estudio fue caracterizar la expresión génica de la familia de proteínas NDRGs y los factores de transcripción NR4A en pacientes con EII.
- Material y Métodos:** Se realizó un estudio transversal y comparativo que incluyó 38 pacientes con CUCI, 10 EC y 18 controles sin datos de inflamación intestinal a nivel histológico. A partir de las biopsias colónicas se realizó reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real para cuantificar la expresión génica de NDRG1, NDRG2, NDRG3, NDRG4, NR4A1, NR4A2 y NR4A3. El análisis estadístico se realizó con el programa prisma Graphpad y el paquete estadístico SPSS versión 22.
- Resultados:** Los niveles de RNA mensajero de NDRG1 se encontraron aumentados en la mucosa colónica de pacientes controles en comparación con los pacientes con CUCI activos y en remisión ($p=0.014$ y $p=0.04$). Los niveles de RNA mensajero de NDRG4 se encontraron aumentados en el grupo de pacientes con CUCI activo en comparación con los controles ($p=0.035$). La expresión de los genes NR4A1, NR4A2 y NR4A3 se encontró aumentada en la mucosa colónica de pacientes con CUCI en remisión en comparación con los controles ($p=0.01$, $p=0.005$ y $p=0.013$, respectivamente). Los niveles disminuidos del gen NR4A2 se encontraron asociados con los niveles de PCR ultrasensible ($P=0.030$) y con los niveles de VSG ($p=0.001$).
- Conclusiones:** La expresión génica de los factores de transcripción NDRG2, NDRG3, NR4A1, NR4A2 y NR4A3, se encuentra aumentada en el grupo de los pacientes con remisión y los niveles bajos del gen NR4A2 se encontraron asociados con altos niveles de PCR y VSG. Estos hallazgos sugieren el papel inmunomodulador del conjunto de las proteínas NDRGs y los factores de transcripción de NR4A1, en pacientes con CUCI. Su ausencia se asocia con un mecanismo fisiopatológico de la EII.

LA ALTA EXPRESIÓN DEL GEN FOX04 SE ASOCIÓ CON LA ACTIVIDAD HISTOLÓGICA EN PACIENTES CON CUCI.

Autores :	GABRIELA FONSECA CAMARILLO, JESÚS KAZUO YAMAMOTO FURUSHO
Introducción:	Los pacientes con CUCI presentan una importante producción de mediadores inflamatorios como son: interleucinas, quimiocinas y metaloproteinasas. Resultado de la traslocación del factor de transcripción NF-kB. El gen FOX04 es un factor de transcripción responsable de la inhibición del gen NF-kB.
Objetivo:	El objetivo del presente estudio fue determinar la expresión génica de FOX04 en mucosa de recto de pacientes con CUCI y controles, para correlacionar con el fenotipo clínico.
Material y Métodos:	La cuantificación relativa de la expresión génica se realizó mediante PCR en tiempo real con oligos específicos para FOX04 y se utilizó un gen constitutivo GAPDH con fines de normalización y como control de calidad. Se utilizó estadística descriptiva como medias y desviaciones estándar. La prueba Kruskal-Wallis se utilizó para probar las diferencias entre los grupos y Chi-cuadrado para evaluar la asociación entre la expresión génica de FOX04 con las características clínicas.
Resultados:	Los niveles de expresión génica de FOX04 aumentó en pacientes con CUCI en remisión en comparación con los pacientes con CUCI activa ($P = 0,002$); así como en los controles en comparación con los pacientes con CUCI activa ($P = 0,001$). No se encontraron diferencias significativas entre pacientes con CUCI en remisión y controles. La alta expresión del gen FOX04 se asoció significativamente con la actividad histológica ($P=0,05$ RM= 8,5 IC 95%= 0,83-87,8).
Conclusiones:	La expresión del gen de FOX04 se encontró aumentada en los pacientes con CUCI en remisión. Estos datos sugieren que la alta expresión de FOX04 induce una inhibición de la actividad del NF-KB y favorece un estado de regulación de la inflamación en pacientes con CUCI. El gen FOX04 podría tener un potencial como marcador de actividad histológica en pacientes con CUCI

ANÁLISIS TRANSCRIPTÓMICO DE MEDIADORES DE LA REPARACIÓN EPITELIAL INTESTINAL EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA.

Autores:	GABRIELA FONSECA CAMARILLO, JESÚS KAZUO YAMAMOTO FURUSHO
Introducción:	La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende la Colitis Ulcerosa Crónica Idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC). En la etiopatogenia de la EII se han descrito alteraciones en los mecanismos de reparación tisular intestinal posterior al daño inducido por inflamación. Los genes ATF2, ATF7, SIRT2, PRAP1, CDH1, LAMB1 y ECM1 son moléculas prescindibles para mantener la homeostasis epitelial y la capacidad regenerativa epitelial.
Objetivo:	El objetivo del trabajo fue realizar un análisis de la expresión génica diferencial de estas moléculas en los diferentes estados de inflamación de los pacientes con CUCI y controles.
Material y Métodos:	Se realizó un estudio transversal y comparativo que incluyó 40 pacientes con CUCI y 15 controles sin datos de inflamación intestinal a nivel histológico. A partir de las biopsias colónicas se realizó reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real para cuantificar la expresión génica de ATF2, ATF7, SIRT2, PRAP1, CDH1, LAMB1 y ECM1. El análisis estadístico se realizó con el programa prisma Graphpad.
Resultados:	Se incluyeron un total de 40 pacientes con CUCI (25 activos y 15 remisión), de los cuales 20 eran hombres y 20 mujeres con una edad de 46 años y 15 controles (8 hombres y 7 mujeres con una edad media de 49 años). La expresión de los genes ATF2, ATF7, SIRT2 y ECM1 se encontró disminuida en la mucosa colónica de pacientes con CUCI activo en comparación con el grupo en remisión donde se encontró un aumento de los niveles de RNA mensajero ($p < 0.05$) y los controles. Por el contrario, los niveles de expresión de los genes PRAP1, CDH1 y LAMB1 se encontraron aumentados en mucosa colónica de pacientes con CUCI activo en comparación con los controles ($p = 0.002$, $p = 0.000$ y $p = 0.003$, respectivamente).
Conclusiones:	El análisis de expresión génica demostró una expresión diferencial disminuida de las moléculas ATF2, ATF7, SIRT2 y ECM1 en condiciones de inflamación en los pacientes con CUCI en comparación con los pacientes en remisión y controles. Estos hallazgos sugieren que en la mucosa intestinal de pacientes con EII, existe una reducción en los mecanismos de reparación tisular de las células epiteliales colónicas, lo que favorece una inadecuada remodelación del epitelio.

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

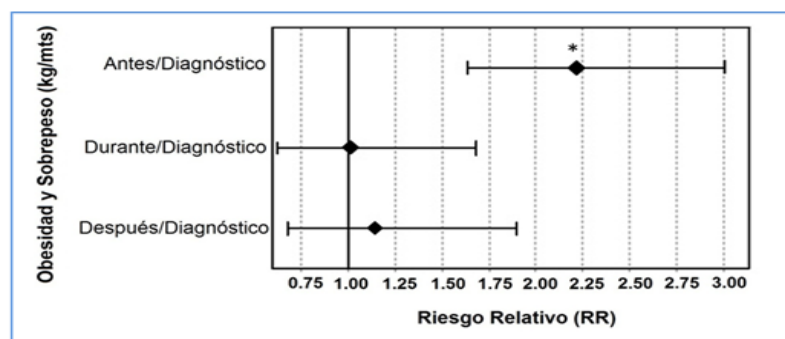
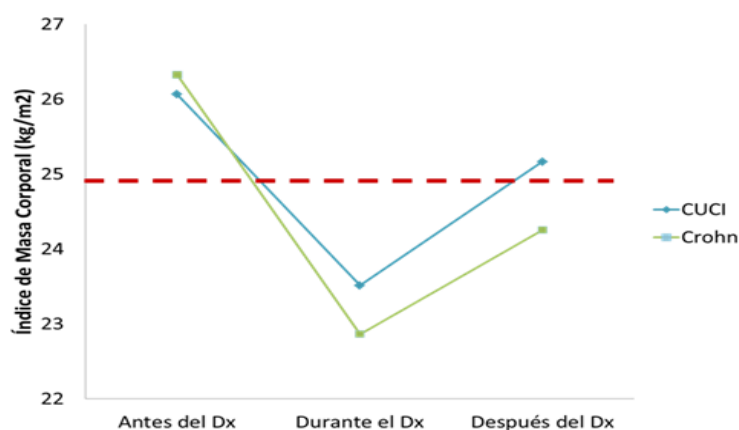
Autores :	GABRIELA FONSECA CAMARILLO, JESÚS KAZUO YAMAMOTO FURUSHO
Introducción:	Un elemento central en la patogenia de la EII es una función aberrante del sistema inmune de mucosas. Se han identificado defectos en el sistema inmune innato y adaptativo. El gen LRRC9 es un patrón molecular asociado a daño e interactúa con varios receptores implicados en la activación de la inflamación, tales como los receptores tipo Toll, receptores de TGF- β , y NLRs. No hay estudios que demuestren el papel de esta molécula en la CUCI.
Objetivo:	El objetivo del trabajo fue realizar un análisis de la expresión génica diferencial de LRRC9 en los diferentes estados de inflamación de los pacientes con CUCI y controles.
Material y Métodos:	Se realizó un estudio transversal y comparativo que incluyó 40 pacientes con CUCI y 15 controles sin datos de inflamación intestinal a nivel histológico. . A partir de las biopsias colónicas se realizó PCR-TR para cuantificar la expresión génica de LRRC9. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 22.0 y el paquete PRISMA GraphPad versión 6. La comparación de los datos de grupos independientes se analizó mediante la prueba no paramétrica de Dunn.
Resultados:	Se incluyeron un total de 43 pacientes con CUCI (25 activos y 18 remisión), de los cuales 25 eran hombres y 18 mujeres con una edad de 44.5 años y 15 controles (8 hombres y 7 mujeres con una edad media de 49 años). La expresión del gen LRRC9 fue mayor en mucosa colónica de pacientes con CUCI en remisión en comparación con CUCI en activo ($P=0.002$) Se observó diferencia significativa en pacientes con CUCI en remisión comparado con controles ($P=0.04$).
Conclusiones:	El incremento de la expresión del gen LRRC9 en pacientes con CUCI en remisión sugiere su función protectora e inmunoreguladora. El gen LRRC9 participa en la fisiopatología de la CUCI y es parte de la detección mediada por la respuesta inmune innata.

SOBREPESO Y OBESIDAD PREVIOS AL DIAGNÓSTICO COMO FACTORES ASOCIADOS A DEPENDENCIA A ESTEROIDES EN EII

Autores:	NALLELY BUENO HERNÁNDEZ, JESÚS KAZUO YAMAMOTO-FURUSHO, JORGE LUIS DE-LEÓN-RENDÓN
Introducción:	La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un trastorno crónico multifactorial donde la obesidad y el sobrepeso se han reconocido recientemente como comorbilidades emergentes. El tejido adiposo visceral actúa como órgano inmunometabólico que secreta citocinas proinflamatorias las cuales pueden exacerbar la inflamación intestinal y modificar la respuesta terapéutica, favoreciendo la resistencia a esteroides. Aunque estudios muestran esta relación, los datos en Latinoamérica son escasos.
Objetivo:	Evaluar la asociación entre el sobrepeso y la obesidad previos al diagnóstico y la dependencia a esteroides en pacientes con EII.
Material y Métodos:	Cohorte retrospectiva de pacientes con diagnóstico confirmado de CU o EC atendidos en la Clínica de EII. Se obtuvieron datos antropométricos, clínicos y bioquímicos antes, durante y después del diagnóstico. Se utilizó estadística descriptiva, prueba de chi cuadrado y cálculo de riesgo relativo (RR) con IC95%. Se consideró significancia estadística $p < 0.05$. Análisis realizado con SPSS v.17.
Resultados:	Se evaluaron 379 pacientes (300 CU, 79 EC). La edad promedio fue 43 ± 14 años en CU y 54 ± 17 años en EC, con tiempo de evolución > 10 años. El IMC promedio fue 26 kg/m^2 antes del diagnóstico, 23 kg/m^2 al diagnóstico y 25 kg/m^2 en seguimiento. En CU, el 51% presentaba sobrepeso/obesidad antes del diagnóstico; de estos, el 54% mostró actividad intermitente (> 2 recaídas/año), comparado con el 46% con IMC normal. Los pacientes con sobrepeso/obesidad tuvieron mayor dependencia a esteroides (58% vs 42%; $p = 0.05$; RR 2.22; IC95% 1.62-3.0). En EC, el 59% presentó sobrepeso/obesidad antes del diagnóstico, sin diferencias significativas en dependencia de esteroides.
Conclusiones:	El sobrepeso y la obesidad previos al diagnóstico son frecuentes en EII y se asocian con mayor dependencia a esteroides y curso clínico intermitente, especialmente en CU. El estado nutricional debe considerarse un factor pronóstico y potencialmente modificable en el manejo integral de la EII. Se requieren estudios prospectivos para confirmar estos hallazgos y explorar mecanismos inmunometabólicos subyacentes.

SOBREPESO Y OBESIDAD PREVIOS AL DIAGNÓSTICO COMO FACTORES ASOCIADOS A DEPENDENCIA A ESTEROIDES EN EII

Imagen adjunta



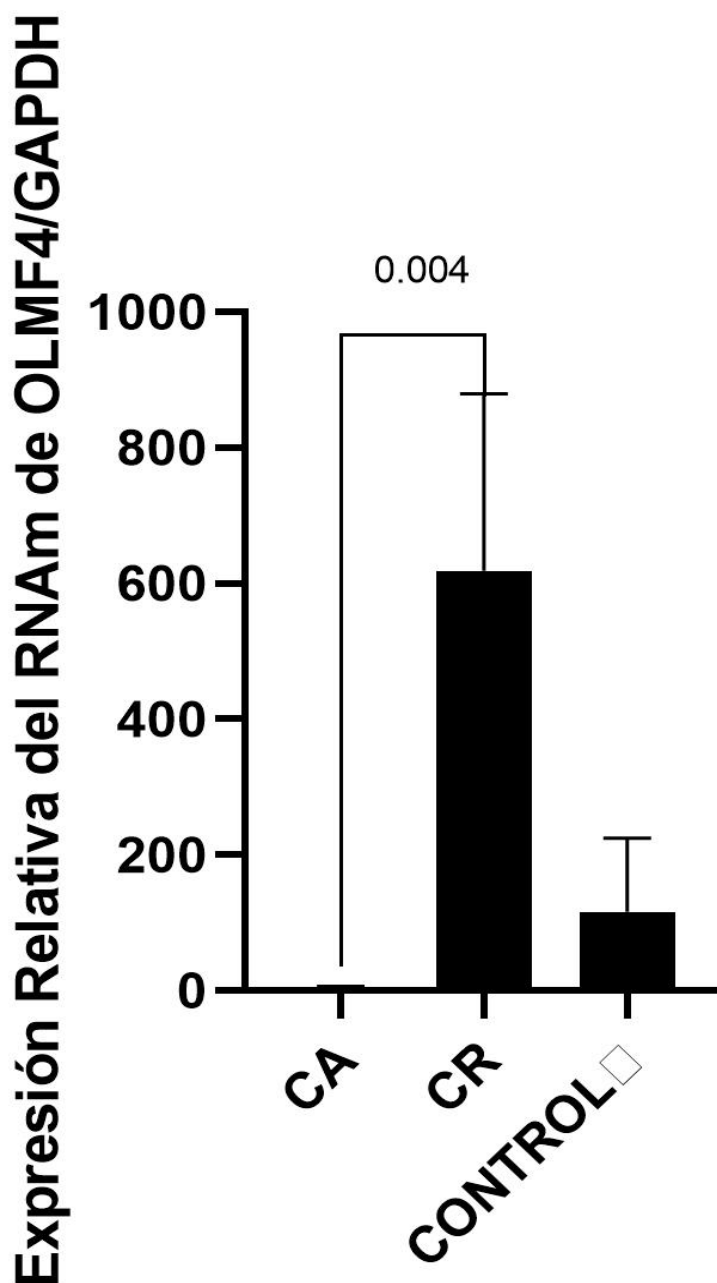
* RR=2.22; IC95%=1.62-3.0; P<0.05.

EVALUACIÓN DE LA EXPRESIÓN DE OLFM4 (OLFACTOMEDINA 4) EN MUCOSA DE RECTO DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA (CUCI)

Autores :	ALEX RIVERA CÓRDOVA, GABRIELA FONSECA CAMARILLO, JESÚS KAZUO YAMAMOTO FURUSHO
Introducción:	La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que comprende la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), es una patología multifactorial cuyo desarrollo se ha asociado de manera particular a una activación anómala del sistema inmunitario. En este contexto, OLFM4 es un gen que codifica para la proteína olfactomedina 4, un marcador de células madre intestinales, que además participa en la modulación de la respuesta inmunitaria y la homeostasis epitelial.
Objetivo:	Este estudio tiene como objetivo comparar la expresión de OLFM4 en pacientes con CUCI activa, en remisión y controles.
Material y Métodos:	A partir de las biopsias colónicas se extrajo el ARN total. Posteriormente, se evaluó la expresión relativa de OLFM4 mediante RT-qPCR, normalizada frente a la del gen de referencia GAPDH. El análisis estadístico se efectuó con el paquete SPSS versión 22.0 y el software GraphPad Prism versión 6. La comparación entre grupos independientes se realizó mediante la prueba no paramétrica de Dunn, considerando un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.
Resultados:	La expresión fue significativamente mayor en pacientes en remisión comparados con aquellos con enfermedad activa ($p = 0.004$), mientras que no se observaron diferencias significativas entre los demás grupos.
Conclusiones:	Los resultados sugieren que este gen podría estar implicado en los mecanismos de reparación y regeneración epitelial posteriores a la inflamación, actuando como un posible marcador molecular de recuperación mucosal en la EII.

**EVALUACIÓN DE LA EXPRESIÓN DE OLFM4 (OLFACTOMEDINA 4) EN MUCOSA DE RECTO DE
PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA (CUCI)**

Imagen adjunta



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

- Autores:** : CRUZ EDUARDO AGUIRRE AGUILAR, AGUIRRE AGUILAR CE, PRIETO NAVA JD, YAMAMOTO FURUSHO JK
- Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se compone, principalmente, por la colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC); ambas se caracterizan por una inflamación crónica a nivel intestinal y un aumento en la activación inmune. La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) afecta a alrededor de 340,000 mexicanos, de acuerdo a cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), y afecta la actividad de la inmunidad asociada a linfocito
- Objetivo:** Conocer el comportamiento clínico de la EII en pacientes infectados por VIH.
- Reporte de Casos:** Se describen 4 pacientes con EII y VIH. Los casos de CUCI mostraron evolución benigna, con buena respuesta a tratamiento convencional; todos con CD4 normales y carga viral negativa. Un paciente con EC, inicialmente EII no clasificable, desarrolló adenocarcinoma de colon tras cirugía. En dos casos el VIH precedió a la EII y en dos ocurrió después. El desbalance inmunológico podría explicar el curso leve y menor uso de inmunosupresores en comparación con población sin VIH
- Discusión:** El comportamiento clínico de la EII es benigno debido al mayor uso de terapia convencional para lograr la remisión la cual pudiera explicarse por alteraciones a nivel del estado inmunológico en pacientes con VIH. La presentación de la EII en el contexto de una infección por VIH es rara.
- Conclusiones:** El comportamiento clínico de la EII es benigno debido al mayor uso de terapia convencional para lograr la remisión la cual pudiera explicarse por alteraciones a nivel del estado inmunológico en pacientes con VIH. La presentación de la EII en el contexto de una infección por VIH es rara.

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

Imagen adjunta

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Edad actual	62 años	35 años	38 años	55 años
Edad Dx EII	58 años	29 años	38 años	36 años
Edad Dx VIH	59 años	32 años	22 años	27 años
Sexo	Hombre	Hombre	Hombre	Hombre
Tipo EII	CUCI E3	CUCI E3	CUCI E3	EC A3L2B2
Manifestaciones extraintestinales	No referidas	No referidas	No referidas	Eritema nodoso
Tratamiento EII	Mesalazina vía oral	Sulfasalazina Mesalazina tópica Azatioprina	Mesalazina vía oral Mesalazina tópica	Mesalazina vía oral Ustekinumab (en protocolo)
Años evolución EII	4 años	6 años	Menor a 1 año	19 años
CD4 al Dx VIH	198	23	213	No especificados
CV al Dx VIH	600,225	126,666	Desconocidad	No especificada
CD4 actual	309	334	787	506
CV actual	Indetectable	Indetectable	Indetectable	Indetectable
TAR	BIC/TAF/FTC	BIC/TAF/FTC	BIC/TAF/FTC	BIC/TAF/FTC

Tabla: Características clínicas de pacientes mexicanos con EII y VIH. **BIC/TAF/FTC:** Bictegravir/Tenofovir alafenamida/Emtricitabina.