

ÓRGANO OFICIAL DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE GASTROENTEROLOGÍA
ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD INTERAMERICANA DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA
ÓRGANO OFICIAL DE LA PANAMERICAN CROHN Y COLITIS ORGANIZATION
ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE GASTROENTEROLOGÍA DEL PERÚ



Revista de Gastroenterología Del Perú



Suplemento:
Congreso Panamericano de
Crohn y Colitis Ulcerativa
Cartagena - Colombia

doi <https://doi.org/10.47892/rgp.2026.46Supl1.2238>

PANCCO 2026

ISSN Versión impresa: 1022-5129
ISSN Versión electrónica: 1609-722X

Volumen 46 | **2026**
Suplemento 1

Suplemento

Congreso Panamericano de Crohn y Colitis Ulcerativa

Cartagena - Colombia
2026



**SOCIEDAD DE
GASTROENTEROLOGÍA
DEL PERÚ**



PANCCO



**Asociación Colombiana
de Endoscopia Digestiva**



**ASOCIACIÓN COLOMBIANA
DE GASTROENTEROLOGÍA**
Fundada en 1947



COLGAHP
Colegio Colombiano de
Gastroenterología,
Hepatología y Nutrición
Pediátrica



COMITE EDITORIAL

Editor Principal

Dr. Hugo Guillermo Cedrón Cheng

Clínica Anglo Americana

EDITORES ASOCIADOS

Augusto Vera Calderón

Clínica Ricardo Palma.

María Cecilia Cabrera Cabrejos

Hospital Guillermo Almenara. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Juan Paredes Méndez

Clínica Internacional.
Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

Javier Díaz Ferrer

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
Clínica Internacional San Borja.

Andrea Carlin Ronquillo

Hospital Nacional Cayetano Heredia.
Clínica Javier Prado. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Jorge Luis Espinoza Ríos

Clínica San Felipe. Clínica Ricardo Palma.
Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Leslie Calixto Aguilar

Clínica Médica Cayetano Heredia.

Wilmer Gustavo Quiroga Purizaca

Hospital Nacional Guillermo Almenara.

EDITOR BIOESTADÍSTICO

César Gutiérrez Villafuerte

Médico Epidemiólogo.
Universidad de Piura.

ASISTENTE EDITORIAL

Mg. Bertha Huarez Sosa

DISEÑO EDITORIAL

Mtr. Verónica Calderón Cáceres

EDITORES ASOCIADOS INTERNACIONALES

Fabio Gil Parada

Gastroenterólogo y Epidemiólogo
Clínica Universitaria - Colombia.

Francisco Bosques Padilla

Universidad Autónoma de Nuevo León - México.

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL

Alejandro Piscoya Rivera

Universidad Tecnológica del Perú

Alejandro Bussalleu Rivera

Universidad Peruana Cayetano Heredia. Past Presidente de la Sociedad de Gastroenterología del Perú y la Academia Nacional de Medicina.

Juan Combe Gutiérrez

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
Clínica San Felipe

Gloria Vargas Cárdenas

Universidad San Martín de Porres. Lima, Perú.

Herman Vildózola Gonzáles

Ex decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Alberto Zolezzi Francis

Asistente Servicio de Gastroenterología Hospital María Auxiliadora. Past Editor de la Revista de Gastroenterología del Perú.

COMITÉ CONSULTIVO INTERNACIONAL

Manuel Barreiro De Acosta

Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal.
Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Past-President of GETECCU. España.

María Teresa Galiano de Sánchez

Gastroenteróloga. Clínica de Marly. Past Presidenta de la Asociación Colombiana de Gastroenterología.

Antonio Mendoza Ladd

Profesor Asociado de Medicina. División de Gastroenterología. UC Davis. Director Médico de Endoscopia Gastrointestinal. UC Davis Medical Center.

Klaus Mönkemüller

Profesor de Medicina Interna - Gastroenterología - Endoscopia Terapéutica e Infectología. Virginia Tech Carilion Hospital, Virginia, USA. University of Belgrado, Serbia. Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. Director de endocollab.com.

Cadman Leggett

Profesor Asistente de Medicina. División de Gastroenterología y Hepatología. Clínica Mayo. Rochester. Minnesota.

Carolina Olano

Universidad de la República de Montevideo - Uruguay. Presidenta de la World Gastroenterology Organisation.

Arnoldo Riquelme Pérez

Pontificia Universidad Católica de Chile. Miembro del Comité de Expertos de la OMS en el grupo de Infecciones y Cáncer.

Martin Tagle Arróspide

Gastroenterólogo - Hepatólogo en Saint Louis University School of Medicine. Illinois. Estados Unidos.

Augusto Villaverde

Gastroenterólogo del Hospital Italiano de Buenos Aires. Director del fellowship de Ecoendoscopia y docente del fellowship de ERCP.



CARTA DE BIENVENIDA

Uno de los 3 pilares de la gestión de esta nueva Junta Directiva de la Organización Panamericana de Crohn y Colitis Ulcerativa (PANCCO) es la Investigación, es muy importante presentar y publicar lo que estamos investigando en Latinoamérica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), necesitamos tener visibilización global.

Por lo anterior, decidimos publicar en este suplemento de la Revista de Gastroenterología del Perú, todos los trabajos presentados en nuestro más reciente congreso de PANCCO realizado en Cartagena (Colombia) los días 17 y 18 de abril de 2026, evento muy exitoso, con excelente nivel académico, con presencia de conferencistas internacionales y más de 600 asistentes provenientes de toda Latinoamérica, donde a través de convocatoria abierta recibimos 107 trabajos de investigación de muy alta calidad, algo sin precedentes en la historia de los congresos de PANCCO, lo cual nos tiene felices y muy orgullosos de los avances de la EII en Latinoamérica.

Invitamos a todos los autores a enviar su publicación original a la Revista de Gastroenterología del Perú, revista oficial de PANCCO, para someter al comité editorial y, si son aprobados, se publique y podamos todos conocer con detalle lo que estamos trabajando en EII, si no mostramos lo que hacemos con tanto esfuerzo, no nos ven y no existimos.

De nuevo, felicitaciones a todos los autores, muy agradecidos por enviar sus trabajos, sigamos por este camino, desde ya los invitamos a continuar con sus investigaciones para que las presenten en el próximo congreso de PANCCO en abril de 2027. Adicionalmente, los invitamos a incluir sus pacientes de EII en los registros multicéntricos de PANCCO, EPI-PANCCO y EXTRA-LATAM, donde pretendemos caracterizar la EII en Latinoamérica, incluyendo las manifestaciones extraintestinales, definitivamente: "Juntos somos más".

Fabián Juliao Baños

Presidente de la Organización Panamericana de Crohn y Colitis
(PANCCO)

CONTENIDO

Evolución de la epidemiología y el tratamiento de la Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de 2001 a 2025 en un centro de referencia en Colombia.....	11
Evolución del estado nutricional e inflamatorio en pacientes con EII: experiencia en Guatemala.....	15
Adherencia terapéutica en enfermedad inflamatoria intestinal: papel de la percepción del tratamiento sobre los determinantes clínicos en una cohorte mexicana.....	17
Características clínicas, tratamiento y desenlaces en enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica en un centro de referencia en México.....	19
Enfermedad inflamatoria de inicio muy temprano (VEO-IBD) en Colombia: estudio multicéntrico.....	21
Impacto de la terapia avanzada sobre la calidad de vida en enfermedad inflamatoria intestinal: cohorte consecutiva en vida real.....	23
Enfermedad inflamatoria intestinal y participación laboral: carga funcional y barreras estructurales en un estudio transversal en México.....	25
Características clínicas y demográficas de pacientes con enfermedad de Crohn en un hospital de tercer nivel en México.....	27
Evaluación de la percepción, acceso y cobertura de vacunación en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en una clínica especializada de referencia en México.....	29
Quality of life analysis using the IBD Disk in post-surgical patients with inflammatory bowel disease at a tertiary care specialty clinic in Mexico.....	32
Enfermedad inflamatoria intestinal difícil de tratar: caracterización clínica en un hospital de tercer nivel en México.....	34
Pérdida de la ventana de oportunidad en enfermedad inflamatoria intestinal: caracterización de la latencia terapéutica y su relación con la cirugía.....	36
Adherencia a mesalazina rectal y su impacto sobre la remisión clínica y endoscópica en pacientes con colitis ulcerativa: evidencia en vida real en un hospital terciario de Lima, Perú.....	38
Ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: experiencia en una clínica especializada de tercer nivel en México.....	41
Recurrencia postquirúrgica en enfermedad de Crohn: impacto del fenotipo clínico y utilidad de biomarcadores no invasivos. Análisis unicéntrico.....	43
Necesidad de intervención quirúrgica en enfermedad inflamatoria intestinal: análisis cronológico en relación con el inicio de terapias avanzadas.....	45
Caracterización clínica del fenotipo inmunológico sistémico en pacientes con colitis ulcerativa tratados con terapia avanzada.....	47
Evaluación de la correlación entre indicadores clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos en colitis ulcerosa crónica idiopática: un estudio observacional.....	48
Efectividad del trasplante de microbiota fecal (TMF) en la remisión y recaída de la colitis ulcerativa contra el uso de probióticos entre 2019 y 2024: una revisión sistemática.....	50
Evaluación de la percepción, acceso y cobertura de vacunación en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en una clínica especializada de referencia en México.....	52
Secuenciación terapéutica y causas de suspensión de terapia avanzada en pacientes con colitis ulcerativa refractaria: cohorte de vida real de un hospital universitario colombiano.....	55
Estrategias de secuenciación terapéutica en enfermedad inflamatoria intestinal en un centro de referencia en México.....	56
Remisión profunda y remisión profunda sostenida con terapia avanzada en pacientes con colitis ulcerativa: cohorte de vida real de un hospital universitario colombiano.....	58
Concordancia entre actividad clínica, biomarcadores y actividad endoscópica en colitis ulcerativa: implicaciones para el enfoque treat-to-target.....	59
Fiebre prolongada como manifestación clínica de actividad inflamatoria persistente en enfermedad de Crohn.....	60

Variabilidad en la remisión profunda en colitis ulcerosa según la clase de terapia biológica: análisis en una cohorte retrospectiva	62
Características clínicas y reproductivas de mujeres en edad fértil con enfermedad inflamatoria intestinal en un centro especializado de referencia en México	64
Predictores de respuesta a terapia avanzada en colitis ulcerativa: cohorte en un hospital universitario de Colombia	67
Características clínicas y respuesta a terapia avanzada en colitis ulcerativa: cohorte en un hospital universitario de Colombia	68
Perfil clínico demográfico y terapéutico en una cohorte ambulatoria con enfermedad inflamatoria intestinal en Bogotá, Colombia	69
Manifestaciones extraintestinales en enfermedad inflamatoria intestinal: experiencia en un centro especializado en Bogotá	71
Dissección endoscópica submucosa en lesión colónica de extensión lateral en paciente con colitis ulcerativa de larga data	73
Asociación entre el inicio de terapia avanzada y la reducción del uso de corticoides y de las hospitalizaciones en pacientes con colitis ulcerativa: experiencia en vida real de un hospital universitario colombiano	75
Enteropatía tipo Marsh 3A en colitis ulcerosa con serología celíaca negativa: ¿celiaquía, enteropatía inflamatoria o inducida por olmesartán?	76
Asociación de lupus eritematoso sistémico primario y enfermedad de Crohn en pediatría, no relacionado con la terapia biológica: experiencia del centro de excelencia del Hospital Internacional de Colombia	78
Trasplante de progenitores hematopoyéticos como estrategia de rescate en enfermedad de Crohn refractaria: experiencia pionera en Santander, Colombia	80
Precisión diagnóstica de biomarcadores no invasivos como predictores de actividad endoscópica mediante índices Mayo y UCEIS en colitis ulcerosa	82
Perfil de ansiedad y depresión medido con la Hospital Anxiety and Depression Scale en una cohorte ambulatoria con EII en Bogotá, Colombia	85
Patrones sociodemográficos de vitamina D sérica en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal: distribuciones y asociaciones transversales en Colombia (2018–2023)	86
Colitis Ulcerativa de inicio en gestación con infección concomitante	90
RECOLEII: un registro nacional que muestra una EII en transformación y una enfermedad de Crohn de mayor complejidad	92
Características clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal de difícil tratamiento en Argentina. Estudio basado en el registro de un centro de referencia	95
Real-World Effectiveness and Safety of Ustekinumab in Inflammatory Bowel Disease in the Costa Rican Social Security System: Predictors of Clinical and Endoscopic Outcomes	96
Enfermedad inflamatoria intestinal de inicio tardío: aspectos clínicos y epidemiológicos en comparación con pacientes de inicio precoz	98
ECOCOL: Experiencia colombiana con ultrasonido intestinal en enfermedad inflamatoria intestinal y aplicación de scores estandarizados en la práctica real	100
Vedolizumab para el abordaje de pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal refractaria a antagonistas del factor de necrosis tumoral	102
Enfermedad de Crohn tras el uso de Rituximab: desafío terapéutico y revisión de la literatura	104
"Más allá del PDAI: Superioridad del SES-CD en la predicción de necesidad de terapia biológica tras reservorio ileoanal (IPAA)"	105
Precisión diagnóstica de biomarcadores no invasivos como predictores de actividad endoscópica mediante índices Mayo y UCEIS en colitis ulcerosa en Guatemala	107
Incidencia, tendencias y distribución geográfica de la enfermedad inflamatoria intestinal en Colombia, 2016–2024	110
Evolución longitudinal de la calprotectina fecal y comparación entre terapias biológicas en colitis ulcerosa crónica idiopática	114

Eficacia de guselkumab en adultos latinoamericanos con colitis ulcerativa moderada y grave: análisis post hoc de los ensayos QUASAR y ASTRO	116
Progresión a adenocarcinoma en colitis ulcerosa con displasia de alto grado: impacto del retraso quirúrgico	117
Análisis de seguridad de guselkumab en enfermedad inflamatoria intestinal en América Latina: datos de ensayos fase 2/3 en enfermedad de Crohn y colitis ulcerativa	118
Comorbilidades y manifestaciones extraintestinales en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de difícil tratamiento en América Latina.....	119
Estenosis por enfermedad de Crohn en Latinoamérica: primera cohorte multinacional (StenoLAT) con ajuste por puntaje de propensión	121
Enfermedad inflamatoria intestinal de difícil tratamiento en países de América Latina: prevalencia y características clínicas	123
Utilización de recursos de salud por parte de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de difícil tratamiento en países de América Latina	125
Remisión aparente, inflamación persistente: los fenotipos agresivos concentran la discordancia hacia la curación intestinal..	127
Tendencias temporales, perfil epidemiológico y tratamiento actual de la enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de referencia en Perú.....	129
EXPOCOL: El exposoma temprano moldea la EII en Latinoamérica: edad al diagnóstico, fenotipo y curso clínico.....	131
Trasplante de progenitores hematopoyéticos como estrategia de rescate en enfermedad de Crohn refractaria: experiencia del centro de excelencia del Hospital Internacional de Colombia	134
Calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: rol de la psicogastroenterología ante la insatisfacción vital	136
Perfil de complicaciones infecciosas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en tratamiento con infliximab en un hospital de referencia en Lima, Perú.....	137
Resultados en vida real del uso de ustekinumab en EII en el Centro de Gastroenterología Dr. Luis E. Aybar, República Dominicana	140
Renacer tras la refractariedad: proctocolectomía restaurativa con reservorio ileoanal en colitis ulcerativa pancolónica extrema.....	143
Esquemas cognitivos disfuncionales y maladaptativos en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.....	146
Evitando la recurrencia en la anastomosis: el impacto de la técnica Kono-S en la cirugía de la enfermedad de Crohn	148
Adaptación transcultural al español del índice de discapacidad IBD Disk en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.....	150
Afectación gastrointestinal extensa en la enfermedad de Crohn con estenosis pilórica: un desafío clínico poco común en la práctica contemporánea.....	153
Correlación del índice de actividad clínica con parámetros de laboratorio, endoscópicos e histológicos en la colitis ulcerosa.....	155
Efectividad y seguridad de la terapia de inducción con risankizumab en la enfermedad de Crohn en la práctica clínica de vida real en México	157
Más allá de la inflamación: relación entre calprotectina fecal y calidad de vida en pacientes con EII en Guatemala.....	159
Miopericarditis y trombo intracavitario como manifestación extraintestinal de colitis ulcerativa.....	162
Estudio multiotopográfico de lesiones por VPH en enfermedad inflamatoria intestinal bajo tratamiento inmunosupresor: prevalencia y caracterización genotípica	165
Alteración del eje intestino–hígado en EII: fibrosis y esteatosis hepática en una cohorte latinoamericana evaluada mediante elastografía transitoria	168
Vitamina D y saturación de transferrina como marcadores inversos de inflamación intestinal en una cohorte nacional de pacientes con EII en Guatemala.....	170
Efectividad de los tratamientos posteriores a la falla en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal	173

Predictores de terapia avanzada, cirugía y hospitalización en una cohorte de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en Colombia	176
Impacto del citomegalovirus en la colitis ulcerosa aguda grave.....	177
Cirugía en pacientes con EII: experiencia de un centro público de referencia.....	179
Correlación entre calprotectina fecal y la gravedad clínica según Truelove-Witts en colitis ulcerosa: un análisis longitudinal en vida real.....	180
Reporte de caso: manejo escalonado de enfermedad de Crohn ileal con estenosis activa: resolución clínica con infliximab.....	183
Evaluación de la calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: un análisis multicéntrico en Latinoamérica	185
Más allá de los síntomas: primer análisis latinoamericano de la brecha entre remisión clínica y control inflamatorio objetivo en EII en práctica real	188
Vulnerabilidad terapéutica en EII: un marcador de riesgo de suspensión del tratamiento en práctica real.....	191
Trayectoria terapéutica y carga administrativa en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: evidencia de ineficiencia del sistema de atención	193
Creencias sobre el tratamiento y carga emocional como determinantes de la adherencia en enfermedad inflamatoria intestinal.....	195
Estenosis rectales en EII pediátrica: rol del intervencionismo endoscópico en el control de fenotipos fibroestenosantes.....	197
Persistencia en el mundo real con vedolizumab entre pacientes colombianos con Enfermedad Inflamatoria Intestinal inscritos en un programa de soporte al paciente (2020–2023)	198
Adherencia vs acceso: barreras estructurales para la continuidad terapéutica en enfermedad inflamatoria intestinal.....	199
Más allá del nivel promedio: alta variabilidad intraindividual de anti-TNF se asocia con mayor uso de esteroides en EII.....	201
Enfermedad inflamatoria intestinal de inicio muy temprano como mimetizadora de inmunodeficiencias primarias: cuando la genética redefine el diagnóstico	203
Utilidad del monitoreo proactivo de anti-TNF en EII en práctica real: impacto en la toma de decisiones clínicas	204
Tuberculosis ganglionar en paciente con enfermedad de Crohn bajo terapia biológica pese a tamizaje previo negativo: reporte de caso.....	206
Factores asociados y características de pacientes con enfermedad de Crohn en un centro de referencia en República Dominicana (2015–2023).....	208
Colitis ulcerosa en menores de 30 años: revisión de 28 casos diagnosticados en el laboratorio de patología Contreras Robledo, Clínica Universitaria Unión Médica de 2020 a 2025.....	211
Impacto del Envejecimiento, la Inmunosenescencia y el Inflammaging en el Fenotipo Clínico de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal: Datos del Registro Nacional Brasileño de EII (GEDIIB)	213
Prevalencia y Características Clínicas de las Manifestaciones Extraintestinales Reumatológicas: Datos del Registro Nacional Brasileño de Enfermedad Inflamatoria Intestinal.....	215
Asociación entre la limitación de la actividad física y la actividad clínica en pacientes con colitis ulcerosa	217
Impacto de los síntomas depresivos en la actividad clínica en pacientes con colitis ulcerativa	218
Disfunción sexual en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: evaluación mediante la escala de experiencia sexual de Arizona.	219
MicroARN como biomarcadores para el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal: una revisión sistemática de la literatura con metaanálisis	221
Caracterización clínica, nutricional y psicológica de pacientes con colitis ulcerosa en tratamiento con Golimumab	224
Evaluación del perfil de los asociados de la Organización Brasileña de Enfermedad de Crohn y Colitis (GEDIIB)	226
Vedolizumab en enfermedad inflamatoria intestinal: resultados en vida real de un centro de referencia en Bogotá, Colombia.....	227

EDITORIAL

Avances en Enfermedad Inflamatoria Intestinal en América Latina

Es un honor presentar en esta edición especial de la Revista de Gastroenterología del Perú los resúmenes de trabajos científicos presentados durante el congreso de la Pan American Crohn's and Colitis Organization (PANCCO), celebrado en Cartagena, Colombia, los días 17 y 18 de abril de 2026.

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que comprende la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, ha dejado de ser una patología exclusiva de países occidentales para convertirse en un problema de salud global. América Latina se encuentra actualmente en una fase de aceleración de incidencia, con un incremento sostenido en el número de casos nuevos durante las últimas dos décadas.

Este crecimiento epidemiológico plantea desafíos únicos para nuestra región. A diferencia de Europa y Norteamérica, donde la incidencia se ha estabilizado, América Latina enfrenta simultáneamente el aumento de casos y las limitaciones inherentes a sistemas de salud con recursos limitados. El acceso desigual a herramientas diagnósticas, la disponibilidad restringida de terapias biológicas y biosimilares, la necesidad de tamizaje para tuberculosis antes de iniciar inmunosupresión, y la distribución heterogénea de centros especializados son realidades que moldean la práctica clínica en nuestros países.

PANCCO, como sociedad transcontinental, ha desempeñado un papel fundamental en el desarrollo de guías de práctica clínica adaptadas a las características intrínsecas del manejo de EII en América Latina. Junto con grupos de estudio locales de cada país, PANCCO ha contribuido a establecer estándares de atención que consideran no solo la evidencia internacional, sino también las particularidades epidemiológicas, económicas y culturales de la región.

Los trabajos presentados en este congreso reflejan el esfuerzo colectivo de investigadores, clínicos y pacientes latinoamericanos por generar conocimiento propio, adaptado a nuestro contexto. Desde estudios epidemiológicos hasta investigaciones sobre estrategias terapéuticas costo-efectivas, pasando por análisis de calidad de atención y desarrollo de indicadores de desempeño, estos resúmenes representan la madurez científica creciente de nuestra comunidad gastroenterológica.

Invitamos a los lectores a revisar con atención estos trabajos, que no solo aportan datos valiosos sobre la realidad de la EII en nuestra región, sino que también señalan las direcciones futuras de investigación y las áreas donde se requieren intervenciones urgentes.

La publicación de estos resúmenes en la Revista de Gastroenterología del Perú reafirma el compromiso de nuestra comunidad científica con la excelencia académica y el intercambio de conocimiento que trasciende fronteras. Esperamos que esta edición especial inspire nuevas colaboraciones y fortalezca la red latinoamericana de investigación en EII.

Juan Paredes Méndez

Editor Asociado de la Revista de Gastroenterología del Perú

Evolución de la epidemiología y el tratamiento de la Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de 2001 a 2025 en un centro de referencia en Colombia

Fabián Julián Baños¹, Laura Osorio¹, Jhon Jairo Carvajal¹, Álvaro Gómez¹, Fredy Rodríguez¹, Gabriel Mosquera¹, Santiago Sánchez¹, Jorge Donado¹, Paula Andrea Pizarro², Sebastián Niño³

¹ Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

² Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia

³ Universidad CES, Colombia

Modalidad: poster

N.º Póster: 2

Antecedentes

El comportamiento epidemiológico y clínico de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) está cambiando, al igual que su tratamiento, con la aprobación y disponibilidad de nuevas terapias biológicas y moléculas pequeñas.

Objetivo

La Clínica de EII del Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín, Colombia, centro de referencia nacional, se estableció en 2001, y en este estudio, nuestro objetivo es determinar cómo ha cambiado la EII a lo largo de los años.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo de una cohorte retrospectiva para determinar los cambios en la epidemiología, las características clínicas, el tratamiento, las tasas de hospitalización y la cirugía de los pacientes que consultaron en nuestra institución. Se realizó un análisis actual y se comparó con datos previos de esta misma cohorte en 2009 y 2017. Las variables cuantitativas se describieron mediante medias, medianas, desviaciones estándar y rangos intercuartílicos. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencias y proporciones.

Resultados

De 2009 a febrero de 2025, la proporción de colitis ulcerosa (CU) a enfermedad de Crohn (EC) pasó de 5,1:1 a 1:1 (Figura 1). Entre los pacientes con EC, se observó una tendencia significativa hacia la enfermedad ileal (L1) y una reducción de la afectación colónica aislada (L2) ($p = 0,001$), junto con un predominio del comportamiento inflamatorio (B1) ($p = 0,001$). En cuanto al tratamiento, el uso de 5-ASA y corticosteroides en la EC disminuyó significativamente ($p = 0,001$). El uso de terapias avanzadas aumentó significativamente en la CU ($p = 0,035$), pero se mantuvo estable en la EC ($p = 0,99$). Las tasas de hospitalización ($p = 0,019$) y cirugía disminuyeron significativamente en la EC, pero no en la CU (Tabla 1).

Conclusiones

La relación CU:EC en nuestro centro ha cambiado en los últimos 25 años. El ser centro de referencia, el aumento de la sospecha diagnóstica y la disponibilidad de nuevos métodos diagnósticos pueden explicar este fenómeno. La mejora en la atención al paciente y la disponibilidad de múltiples terapias avanzadas pueden explicar la disminución en las tasas de hospitalización y cirugía en pacientes con EC.

Anexos

Figura 1. Distribución por Tipo de EII.

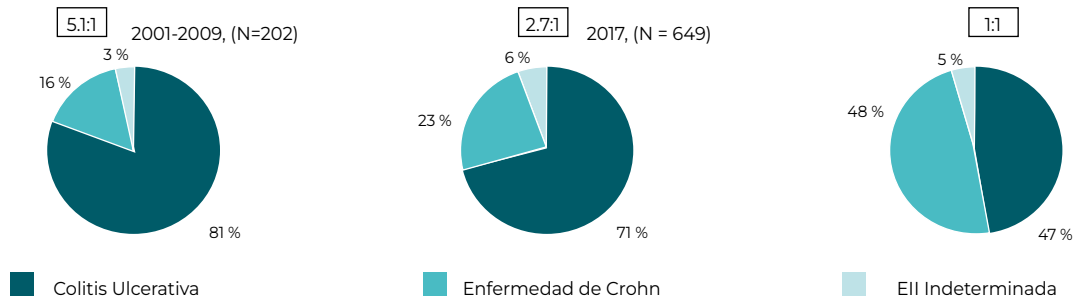


Figura 2. Clasificación Montreal CU-localización

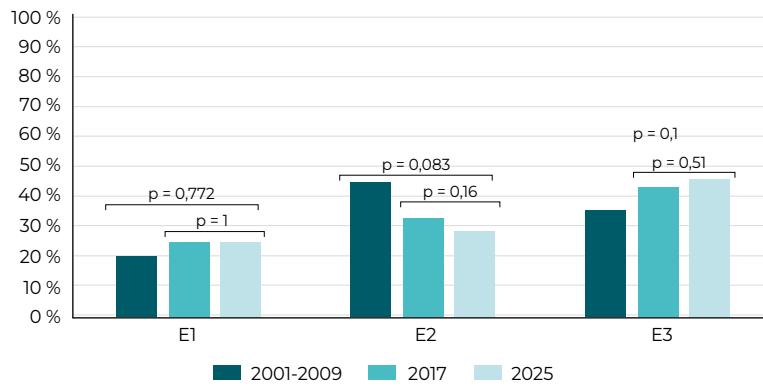


Figura 3. Clasificación Montreal CU-mayor severidad

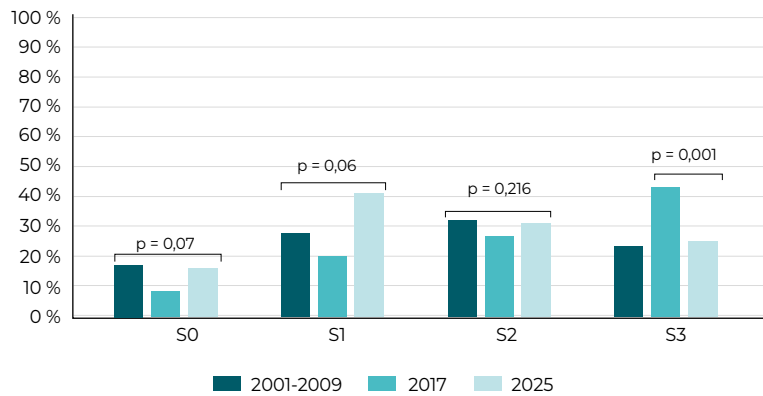


Figura 4. Clasificación Montreal EC-localización

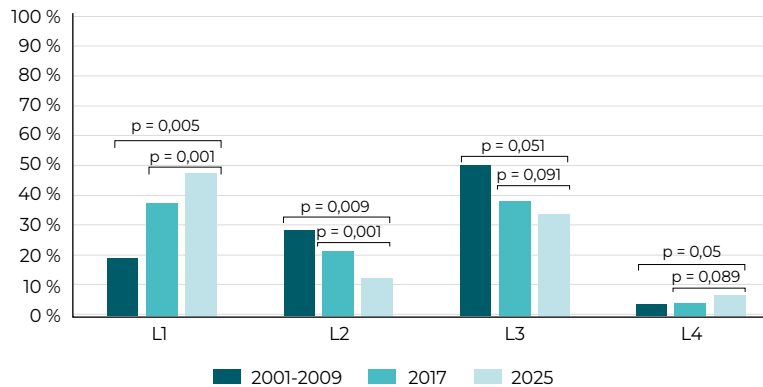


Figura 5. Clasificación Montreal EC-comportamiento

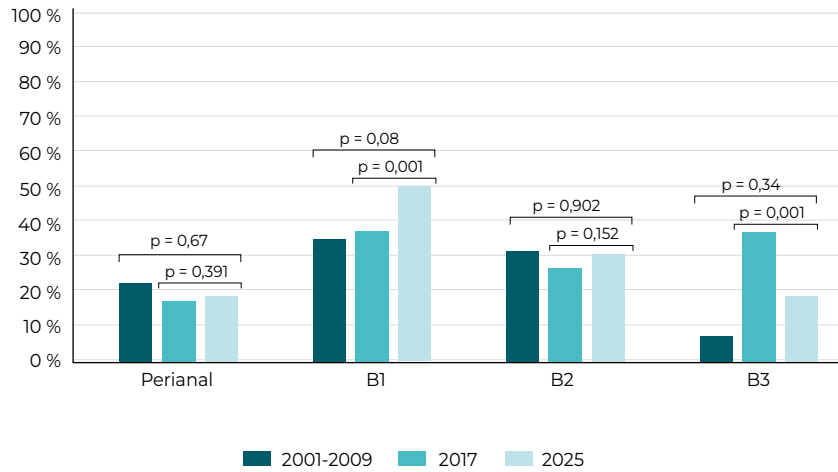


Figura 6. Desenlaces Clínicos Colitis Ulcerativa

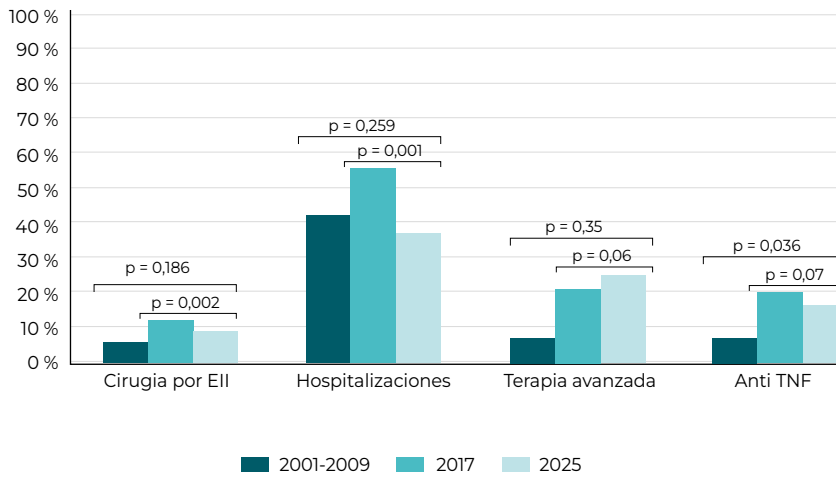


Figura 7. Desenlaces Clínicos Enfermedad de Crohn

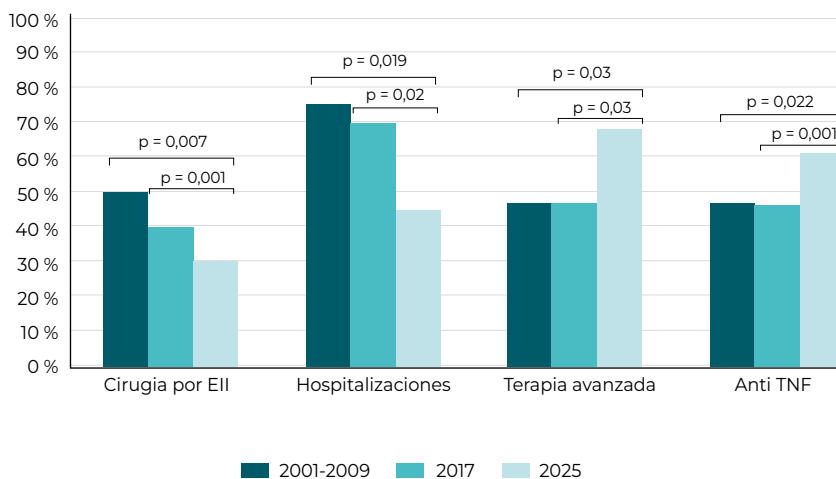


Tabla 1. Evolución de la epidemiología y el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de 2001 a 2025 en un centro de referencia en Colombia/Elaboración propia

Characteristic	2000-2009, (N=202)		2017, (N=649)		2025, (N=1184)					
	Ulcerative colitis (N=163)	Crohn's disease (N=32)	Ulcerative colitis (N=478)	Crohn's disease (N=159)	Ulcerative colitis (N=562)	Crohn's disease N=566	P-value* Ulcerative colitis	P-value* Crohn's disease	P-value* Ulcerative colitis	P-value* Crohn's disease
Age (SO)-yr	38, (21)	38, (21)	40,(15.8)	41, (16.0)	42, (21)	52, (17)	1	0.561	0.0319	0.7
Sex (F: M)	1.3:1.0	1.0:1.2	1.3:1	1.1:1.5	1.4:1	1.3:1	0.69	0.22	0.69	0.001
Duration of disease (mean years, SD)	3.3, (27)	3.1, (44)	9.8, (7.8)	7.1, (6.6)	8.7, (6.8)	8.3, (6.37)	0.012	0.51	0.5	0.814
Delay in diagnosis (mean months, SD)	9.2	13.2			11, (45.9)	25.40, (45.6)				
History of smoking-no. (%)	50, (30.6)	15, (46.8)	78, (16.3)	30, (18.8)	22,(4)	35, (6.1)	0.001	0.001	0.001	0.001
Appendectomy-no. (%)	4, (2.4)	2, (6.2)	22, (4.6)	16,(10.1)	32, (5.6)	62, (10.9)	0.09	0.116	0.465	0.9
Family members with IBD-no. (%)	5, (3)	1, (3)	5, (1)	1, (0.6)	24, (4.2)	21, (3.7)	0.49	0.673	0.001	0.004
Extraintestinal manifestations-no. (%)	42, (25.8)	13, (40.6)	148, (31.1)	56, (35.2)	129, (22.9)	166, (29.3)	0.418	0.19	0.001	0.324
P: Perianal disease - no. (%)		7, (21.9)		26, (16.7)		103, (18.1)		0.67		0.391
BI: Nonstricturing, nonpenetrating - no. (%)		11, (34.4)		59, (37)		284, (50.1)		0.08		0.001
B2: Stricturing - no. (%)		10, (31.3)		42, (26.6)		173, (30.5)		0.902		0.152
B3: Penetrating - no. (%)		2, (6.3)		58, (36.4)		103, (18.1)		0.34		0.001
IBD-related abdominal surgeries -no. (%)	10, (6)	16,(50)	58, (12.1)	63, (39.6)	52, (9.2)	172, (30.3)	0.186	0.019	0.011	0.002
IBD-related hospitalisations - no. (%)	68, (42)	24, (75)	265, (55.4)	110, (69.5)	211, (37)	254, (44.8)	0.259	0.007	0.002	0.001
Medications										
5-ASAs - no. (%)	144, (88.3)	17, (53.3)	452, (94.6)	59, (37.4)	351, (62)	44, (7.7)	0.001	0.001	0.001	0.001
Steroids (oral and IV) -no.(%)	117, (71.8)	28, (87.5)	263, (55)	105, (66)	317, (56)	359, (63.4)	0.001	0.001	0.74	0.31
Immunomodulators (6-MP and Azathioprine)	44, (27)	13, (40)	198, (41.4)	92, (57.9)	217, (38)	62, (10.9)	0.009	0.001	0.32	0.001
Advanced Therapy-no. (%)	12, (7.3)	15, (46.9)	102, (21.3)	74, (46.5)	142 (25.3%)	384 (67.8)				
Anti-TNF-no. (%)	12, (7.3)	15, (46.9)	96, (20)	73, (45.9)	92 (16.4%)	302 (53.3)				

P-value, to evaluate statistically significant difference over time

Evolución del estado nutricional e inflamatorio en pacientes con EII: experiencia en Guatemala

Verónica Ríos Crespo¹, Edras Hernández¹, Luis Fernando Sandoval¹, Dania Campos¹, Carlos Paredes¹, Nadhykrishna Samayoa¹

¹ Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Modalidad: poster

N.º Póster: 3

Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal se asocia a alteraciones nutricionales que van más allá de la desnutrición. Vitamina D desempeña un papel clave en la regulación inmunológica, integridad de la barrera intestinal y respuesta inflamatoria

Objetivo

Evaluar el perfil clínico y cambios en parámetros hematológicos, inflamatorios y nutricionales antes y después del tratamiento.

Metodología

Estudio observacional, analítico y retrospectivo en 52 pacientes con diagnóstico de EII atendidos en Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, con al menos 6 meses de tratamiento. Análisis estadístico realizado con SPSS. Para evaluar diferencias antes y después del tratamiento en variables con distribución normal, se empleó prueba t de Student para muestras relacionadas. En variables con distribución no normal, se utilizó la prueba de Wilcoxon. Considerando estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Se incluyeron 52 pacientes con diagnóstico de EII. predominio Colitis ulcerativa(78.6%). La media de edad fue de 35.5 ± 16.29 años, con mayor proporción del sexo femenino(55.8%). Pancolitis fue la forma más frecuente en pacientes con colitis ulcerativa, mientras que la afectación ileocólica predominó en enfermedad de Crohn. El tratamiento más utilizado fue 5-ASA(63.6%), el tratamietno biológico utilizado con mayor frecuencia fue Ustekinumab con un 93.2%. (Ver Tabla 1)

Al comparar los parámetros bioquímicos antes y después del tratamiento, se observó un aumento significativo en los niveles de hemoglobina (12.8 vs 14.15 g/dL; $p = 0.01$). Asimismo, se evidenció una disminución significativa en los marcadores inflamatorios, incluyendo velocidad de sedimentación (19 vs 6 mm/h; $p = 0.01$) y proteína C reactiva (4.73 vs 2.38 mg/dL; $p = 0.007$). No se encontraron cambios estadísticamente significativos en niveles de albúmina, vitamina B12, hierro o vitamina D tras el inicio del tratamiento. (Ver Tabla 2)

Conclusiones

- El tratamiento mejoró significativamente parametros inflamatorios y hemoglobina
- No hubo mejoría en micronutrientes.
- Se requiere un abordaje nutricional integral en la EII.

Anexos

Tabla 1. Características sociodemográficas, clínicas y de tratamiento de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en el IGSS

Variable	EII (52)	Colitis Ulcerativa (42)	Enfermedad De Crohn (10)
Edad X (De)	35.50 (16.29)	34.50 (16.32)	46 (15.62)
Sexo F (%)			
Femenina	29 (55.8)	25 (59.5)	6 (50)
Residencia F (%)			
Metropolitana	36 (69.1)	30 (71.4)	8 (66.7)
No Metropolitana	16(29.1)	12 (28.6)	4 (33.3)
Antecedentes F (%)			
Historia Familiar De EII	--	--	--
Tabaquismo	5 (9.1)	3 (7.1)	2(16.7)
Diabetes Mellitus Tipo 2	4(7.3)	3(7.1)	1 (8.3)
Hipertensión Arterial	9 (16.4)	9 (21.4)	--
Montreal F (%)			
Pancolitis	21 (40.4)	21 (50)	--
Proctitis	10 (19.2)	10(23.8)	-
Colitis Izquierda	11 (21.2)	11 (26.2)	-
Ileocólica	4(7.7)		4 (40)
Perianal	1 (1.9)	-	1 (10)
Colónica	5(9.6)	-	5(50)
Tratamiento F (%)			
5- Asa	35(63.6)	32 (76.2)	3(25)
Esteroides	3(5.5)	3(7.1)	-
Azatioprina	9 (16.9)	6 (14.3)	3 (25)
Tratamiento Biológico			
Upadacitinib	1 (2.3)	1 (2.4)	-
Ustekinumab	41 (93.2)	33 (97.1)	8 (80)
Infliximab	1 (2.3)		1 (10)
Adalimumab	1 (2.3)	-	1 (10)

Fuente: Base de datos IGSS

Tabla 2. Comparación de parámetros hematológicos, inflamatorios y nutricionales antes y después del tratamiento en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Variable	Antes de inicio de tratamiento			Posterior a inicio de tratamiento			Valor p	IG (95%)
	EII (52)	CU (42)	EC (10)	EII (52)	CU (42)	EC (10)		
Hemoglobina	12.8 (2.59)	13.20 (2.57)	12.05 (2.82)	14.15 (2.74)	14.25 (2.74)	13.9 (2.87)	0.01	(2.17-3.08)
Velocidad de Sedimentación	19 (24.51)	19.0 (21.07)	13.0 (35.96)	6 (12.10)	6 (13.12)	6.5 (8.0)	0.01	(6.93-20.34)
Proteína C reactiva	4.73 (63.93)	5.09 (52.49)	2.95 (96.33)	2.38 (10.56)	1.94(.81)	6.78 (17.90)	0.007	(7.43-45.22)
Albúmina	4.4 (0.68)	4.40 (0.64)	4.34 (0.86)	4.59 (0.4)	4.6 (0.30)	4.32 (0.58)	0.151	(3.65 -0.58)
Vitamina B12	457 (407)	577 (511)	374 (64)	490 (590)	471 (540)	509 (718)	0.389	(2839-1691)
Hierro	41.8 (407)	28.0 (449.18)	48.80 (47.46)	22.60 (33.81)	19.40 (32.94)	25.40 (36.64)	0.753	(657-616)
Vitamina D	19.4 (2.74)	19.40 (9.74)	24.10 (16.40)	18.61 (6.14)	19.10 (5.59)	17.80 (9.25)	0.323	(3.12-.74)

Fuente: Base de datos IGSS

Adherencia terapéutica en enfermedad inflamatoria intestinal: papel de la percepción del tratamiento sobre los determinantes clínicos en una cohorte mexicana

Melanie Verónica Martínez Vega¹, Fátima Julissa Bustillos García¹, Silvana Basave Falcó¹,
María del Carmen Dolores Bravo¹, Juan Manuel Fortanelli Ríos¹, Alfredo Reyes López¹,
Guillermo Cabrera Palma¹, Raquel Yazmín López Reyes¹, Billy Jiménez Bobadilla¹,
Jorge Luis De León Rendón¹

¹ Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Coloproctología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México

Modalidad: poster

N.º Póster: 4

Antecedentes

La adherencia terapéutica en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un componente esencial del enfoque treat-to-target, ya que impacta directamente en la remisión sostenida y la prevención de complicaciones. No obstante, la falta de adherencia sigue siendo frecuente incluso en la era de terapias avanzadas.

Aunque tradicionalmente se han considerado factores clínicos y sociodemográficos como determinantes principales, evidencia reciente sugiere que las creencias del paciente sobre su tratamiento —en particular la percepción de necesidad y la preocupación por efectos adversos— desempeñan un papel central en el comportamiento terapéutico. En contextos de práctica real, especialmente en países de ingresos medios, estos determinantes han sido poco caracterizados.

Objetivo

Evaluar la adherencia terapéutica y su asociación con variables clínicas, terapéuticas, cognitivas y perceptuales en pacientes con EII, comparando aquellos en terapia biológica frente a tratamiento convencional.

Metodología

Estudio observacional, transversal y analítico en 169 pacientes con EII (CUCI y EC) atendidos en un centro de referencia. Se analizaron variables clínicas (tipo de EII, actividad), terapéuticas (uso de biológicos, número de medicamentos) y cognitivas (conocimiento de la enfermedad y escolaridad). La adherencia se evaluó mediante la escala MMAS-8. La percepción del tratamiento se midió con el Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ), incluyendo dominios de necesidad y preocupación, así como el índice necesidad-preocupación. En pacientes con terapia biológica se evaluó adicionalmente el cumplimiento infusional y la satisfacción con la vía de administración.

Se realizaron comparaciones bivariadas (U de Mann-Whitney, chi cuadrado/Fisher) y análisis de correlación (Spearman).

Resultados

Se incluyeron 169 pacientes (mediana de edad 41 años; 56.8% mujeres), con predominio de CUCI (64.5%). El 56.8% contaba con estudios de licenciatura o superior. El 71.6% recibía terapia biológica; 53.7% por vía intravenosa y el 42.1% por vía subcutánea, siendo los fármacos más utilizados Vedolizumab (30.2%), Ustekinumab (24.3%) e Infliximab (8.3%). Mientras que el grupo convencional recibió mayoritariamente aminosalicilatos (87.5%).

La prevalencia global de adherencia alta fue del 29.6%. Los pacientes en terapia biológica mostraron mayor adherencia (33.1% vs. 20.8%), sin diferencia estadísticamente significativa ($p=0.167$), pero presentaron una menor

carga terapéutica (mediana de 1 vs. 2 fármacos; $p = 0,001$) y mayor percepción de necesidad del tratamiento ($p = 0,008$). El olvido fue la causa principal de falta de adherencia (34,3 %), mientras que los problemas económicos representaron una barrera significativamente mayor en el grupo convencional (33,3 % vs. 11,6 %; $p = 0,002$).

No se observaron diferencias en la preocupación por efectos adversos entre grupos ($p = 0,528$); sin embargo, esta variable se correlacionó negativamente con la adherencia ($r = -0,228$; $p = 0,002$). El conocimiento de la enfermedad fue elevado, pero no se asoció con adherencia ($p = 0,211$), aunque mostró correlación positiva con la percepción de necesidad ($r = 0,411$; $p < 0,001$). En pacientes con terapia biológica, la satisfacción con la vía de administración se correlacionó negativamente con la adherencia autorreportada ($r = -0,188$; $p = 0,039$), aunque el cumplimiento infusional objetivo fue del 100 % (RIQ 100 - 100).

En la tabla 1 se describen las características basales, clínicas y de percepción según tipo de tratamiento de los pacientes con EII incluidos en nuestro estudio.

Conclusiones

La adherencia en EII está determinada predominantemente por factores perceptuales, particularmente el balance entre necesidad y preocupación por el tratamiento, más que por la actividad clínica o el conocimiento de la enfermedad.

La terapia biológica se asocia con una mayor percepción de necesidad y menor carga terapéutica, lo que favorece y garantiza un cumplimiento objetivo óptimo mediante la administración supervisada, lo que podría mitigar las barreras económicas y logísticas que afectan predominantemente a los pacientes bajo tratamiento convencional, sin embargo, este efecto se ve limitado por preocupaciones sobre efectos adversos y la vía de administración.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de estrategias psicoeducativas dirigidas a modificar las creencias del paciente como componente central del manejo integral en EII.

Anexos

Tabla 1. Características basales, clínicas y de percepción según tipo de tratamiento de los pacientes con EII (n= 169).

Variable	Terapia biológica (n = 121)	Tratamiento convencional (n = 48)	P
Edad, mediana (RIQ)	41,0 (28,0 - 53,0)	43,0 (33,8 - 52,2)	0,264
Sexo femenino, N (%)	69 (57,0)	27 (56,2)	1,000
Tipo de EII, n (%)			0,020*
CUCI	71 (58,7)	38 (79,2)	
EC	50 (41,3)	10 (20,8)	
Actividad clínica, n (%)			0,078 ¹
Remisión	18 (14,9)	2 (4,2)	
Leve	67 (55,4)	33 (68,8)	
Moderada	34 (28,1)	10 (20,8)	
Número de medicamentos, mediana (RIQ)	1,0 (1,0 - 2,0)	2,0 (1,0 - 2,0)	0,001*
Adherencia alta (MMA S-8 = 8), n (%)	40 (33,1)	10 (20,8)	0,167
BMQ - Necesidad, mediana (RIQ)	25,0 (20,0 - 25,0)	22,5 (17,8 - 25,0)	0,008*
BMQ - Preocupación, mediana (RIQ)	12,0 (9,0 - 16,0)	13,5 (7,0 - 19,0)	0,528
Índice necesidad-preocupación	10,0 (5,0 - 16,0)	7,5 (1,8 - 14,0)	0,066
Conocimiento de la enfermedad ² , mediana (RIQ)	15,0 (13,0 - 15,0)	14,0 (12,0 - 15,0)	0,173
Satisfacción vía administración ³ , mediana (RIQ)	18,0 (17,0 - 19,0)	-	< 0,001*
Cumplimiento infusional (%)	100,0 (100,0 - 100,0)	-	-

Datos expresados como mediana (rango intercuartílico) o n (%).

* $p < 0,05$ considerado estadísticamente significativo

¹ Valor p global para comparación de distribución de actividad clínica

² Evaluado en 104 pacientes

³ Evaluado únicamente en pacientes con terapia biológica

Características clínicas, tratamiento y desenlaces en enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica en un centro de referencia en México

Guillermo Cabrera Palma¹, Melanie Verónica Martínez Vega¹, María del Carmen Dolores Bravo¹, Fátima Julissa Bustillos García¹, Mauricio Ramón Esquivel Steffanoni¹, Juan Manuel Fortanelli Ríos¹, Alfredo Reyes López¹, Raquel Yazmín López Pérez¹, Billy Jiménez Bobadilla¹, Jorge Luis de León Rendón¹

¹ Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México

Modalidad: poster

N.º Póster: 5

Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) pediátrica, incluyendo la enfermedad de inicio muy temprano (VEO-IBD), se ha asociado con un fenotipo más agresivo y mayor requerimiento de terapias avanzadas. Sin embargo, la caracterización de las características clínicas, los patrones de tratamiento y los desenlaces en escenarios de práctica clínica real en nuestra región es limitada.

Objetivo

Describir las características clínicas, el fenotipo, los patrones de tratamiento y los desenlaces en pacientes con EII pediátrica, estratificados por edad al diagnóstico en EII infantil (<2 años), VEO-IBD (>2–6 años) y EII de inicio pediátrico (>6–17 años).

Metodología

Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", que incluyó pacientes diagnosticados con EII antes de los 17 años. Los pacientes se clasificaron en tres grupos de acuerdo con definiciones internacionales: EII infantil (<2 años), VEO-IBD (>2–6 años) y EII de inicio pediátrico (>6–17 años). Se analizaron variables demográficas y el tipo de enfermedad, así como el uso, tipo y tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el inicio de la terapia biológica. Asimismo, se evaluaron las hospitalizaciones relacionadas con la enfermedad y la necesidad de intervención quirúrgica intestinal.

Se realizó análisis descriptivo y comparativo exploratorio. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes y se compararon mediante la prueba exacta de Fisher. Las variables continuas se describieron como media \pm desviación estándar o mediana (rango), según su distribución, y se compararon mediante pruebas no paramétricas (Mann–Whitney U o Kruskal–Wallis). Se consideró un valor de $p < 0.05$ como significativo. El análisis se realizó en SPSS v29 (IBM Corp.).

Resultados

Se incluyeron 24 pacientes (14 hombres, 10 mujeres), con una edad media al diagnóstico de 12.3 años. De acuerdo con la edad al diagnóstico, 1 paciente correspondió a EII infantil (4,2 %), 2 a VEO-IBD (8,3 %) y 21 a EII de inicio pediátrico (87,5 %). Las características clínicas, terapéuticas y los desenlaces de la cohorte se resumen en la Tabla 1.

Predominó la colitis ulcerosa crónica idiopática (19/24; 79,2 %), mientras que 5 pacientes (20.8 %) presentaron enfermedad de Crohn.

En total, 20 de 24 pacientes (83,3 %) han requerido terapia biológica. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de uso de terapia biológica entre los grupos de edad ($p = 0,62$).

El agente biológico más utilizado fue vedolizumab (70 %), seguido de ustekinumab (15 %), infliximab (10 %) y guselkumab (5 %), sin diferencias estadísticamente significativas en su distribución entre los grupos de edad ($p = 0,48$).

El tiempo mediano desde el diagnóstico hasta el inicio de terapia biológica fue de 6 años (rango 0–18). Se observó una tendencia hacia un inicio más tardío en los pacientes con inicio pediátrico, sin alcanzar significancia estadística ($p = 0,21$).

Once pacientes (45,8 %) han requerido hospitalización relacionada con la enfermedad, de los cuales 7 correspondieron a CUCI y 4 a enfermedad de Crohn, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad ($p = 0,67$).

Cuatro pacientes (16,7% del total; 36,4% de los hospitalizados) han requerido intervención quirúrgica, incluyendo 2 pacientes con CUCI y 2 con enfermedad de Crohn, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0,89$).

Conclusiones

En esta cohorte, la EII pediátrica se caracteriza por una alta necesidad de terapia biológica y una carga relevante de hospitalización y cirugía. Aunque no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad, se observan tendencias en los patrones de tratamiento, incluyendo un inicio más tardío de terapia avanzada en pacientes con inicio temprano. Estos hallazgos deben interpretarse como descriptivos y generadores de hipótesis en el contexto de un tamaño muestral limitado.

Anexos

Tabla 1. Variables.

Variable	Total (n = 24)	≤ 2 años (n = 1)	> 2-6 años (n = 2)	> 6-17 años (n = 21)	Valor de p*
Sexo masculino, n (%)	14 (58,3)	1	1	12	1,00
Edad al diagnóstico (años), media	12,3	0,7	4,0	14,0	0,08†
Tipo de EII, n (%)					0,12
CUCI	19 (79,2)	0	1	18	
EC	5 (20,8)	1	1	4	
Uso de terapia biológica, n (%)	20 (83,3)	1	2	17	0,62
Tipo de biológico, n (% de tratados)					0,48
Vedolizumab	14 (70)	0	1	13	
Ustekinumab	3 (15)	0	1	2	
Infliximab	2 (10)	0	0	2	
Guselkumab	1(5)	1	0	0	
Tiempo diagnóstico → biológico, mediana (rango), años	6 (0-18)	1,0	12,5	5,7	0,21†
Hospitalización, n (%)	11 (45,8)	1	1	9	0,67
CUCI	7	0	0	7	
EC	4	1	1	2	
Cirugía intestinal, n (%)	4 (16,7)	0	1	3	0,89
CUCI	2	0	0	2	
EC	2	0	1	1	

*Variables categóricas comparadas mediante prueba exacta de Fisher

†Variables continuas comparadas mediante Kruskal-Wallis

Enfermedad inflamatoria de inicio muy temprano (VEO-IBD) en Colombia: estudio multicéntrico

Diana Paola Sánchez¹, Carlos Augusto Cuadros², Karla Semanche³, Jaclin Nieto⁴, Natalia Vélez⁵, Alejandra Wilches⁶, Johana Hincapié⁷, Diana Quimbayo⁸, Diana Mora⁵, José Fernando Vera Chamorro⁹

¹ Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

² Hospital Internacional de Colombia, Fundación Cardiovascular, Bucaramanga, Colombia

³ SafetyKids, Barranquilla, Colombia

⁴ Clínica San Luis, Bucaramanga, Colombia

⁵ Fundación HOMI, Bogotá, Colombia

⁶ Hospital San Vicente Fundación, Medellín, Colombia

⁷ Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia

⁸ Hospital Valle del Lili, Cali, Colombia

⁹ Fundación Santa Fe de Bogotá; Universidad de los Andes, Colombia

Modalidad: poster

N.º Póster: 6

Antecedentes

La VEO-IBD (Enfermedad inflamatoria intestinal diagnosticada antes de los 6 años) ha ido en aumento y representa un desafío para los gastroenterólogos, inmunólogos y genetistas pediatras.

Objetivo

Describir las características clínicas, diagnóstico y tratamiento de los pacientes colombianos con VEO-IBD.

Metodología

Se realizó un análisis observacional retrospectivo basado en datos de una encuesta a gastroenterólogos, inmunólogos y genetistas pediátricos en Colombia hasta marzo de 2026; Los criterios para incluir su información fueron, (1) niños y/o adolescentes entre 0 a 6 años, (2) con diagnósticos de Colitis ulcerativa (CU), enfermedad de Crohn (EC) o EII indeterminada. Los criterios de valoración principal fueron la actividad de la enfermedad a partir del índice de Actividad de la Enfermedad de Crohn Pediátrica (PCDAI) y el Índice de Actividad de la Colitis Ulcerosa Pediátrica (PUCAI) y las tasas de respuesta y remisión clínica, definidas como:

- Enfermedad
- Respuesta clínica
- Remisión clínica
- Enfermedad de Crohn
- Disminución de más de 12,5 puntos en PCDAI*
- Menos de 10 puntos en PCDAI*
- Colitis ulcerativa
- Disminución de más de 20 puntos en el PUCAI**
- Menos de 10 puntos en el PUCAI**

Resultados

Se incluyeron 35 pacientes, 24 (68.8 %) de género masculino, con clasificación de VEO-IBD según edad, 3 (8.5 %) neonatal (< 28 días); 18 (51.5 %) infantil (< 2 años) y 14 (40 %) 3-6 años. Tres pacientes tenían antecedentes familiares de autoinmunidad; dos antecedente de EII y uno consanguinidad. La edad de inicio de los síntomas

fue de $21,6 \pm 20,9$ meses, y la edad al diagnóstico de $33,6 \pm 24,4$ meses. El retraso diagnóstico estimado a partir de las medias fue de 12 meses. Los síntomas principales fueron: diarrea en 32 (94.1 %); rectorragia/hematoquezia en 23 (67.6 %); falla en el crecimiento/pérdida de peso en 22 (64.7 %); dolor abdominal en 18 (52.9 %); fiebre en 15 (44.1 %); infecciones a repetición en 9 (25.5 %) y lesiones perianales en 8 (23.5 %). Los subtipos de VEO-IBD, incluyen la colitis ulcerosa (CU) en 19 (54.3 %) con clasificación de París de pancolitis (E4) en 10 (28.6 %) y severa (PUCAI) en 9 (25.7 %); enfermedad de Crohn (EC) en 14 (40 %) con clasificación L2 y L3 en 34.3 %, siendo severa (PCDAI) en 9 (25.7 %) y 1 EII indeterminada. En el momento del diagnóstico 23 (65.7%) estaban desnutridos y con falla en el crecimiento.

Se encontró calprotectina fue > 1000 mg/g en 24/33 (72.7 %); PCR aumentada en 20/33 (91 %); anemia: 97 %; leucocitosis: 72.7 %; trombocitosis: 69.7 % e hipoalbuminemia en 51.2 %. Se realizó enterorresonancia en 25 pacientes, encontrando engrosamiento de paredes de colon en 13 y 5 de íleon. Se realizó exoma en 26 (74.2 %); siendo positivos en 8 (22.8 %); IPEX en dos pacientes; FOXP3 en dos pacientes y otros: NLCR4, IL 10RA, SLC37A4; XIAP. Se realizó tratamiento de inducción con corticoides en 25 (73.5 %); nutrición enteral en 19 (54.3 %); azatioprina en 22 (62.8 %); 5-ASA en 14 (40 %); y anti-TNF en 7 (20 %). Por falla farmacológica en 26 (74 %); se inició como segundo tratamiento: infliximab en 7; adalimumab en 8 y vedolizumab en 2 pacientes. Requirieron cirugías: setones, ileostomía, colostomía, dilataciones el 38.2% de los pacientes. 7 (20 %) tuvieron indicación de trasplante de médula ósea y 9 (27.7 %) de los pacientes fallecieron

Conclusiones

los pacientes con VEO-IBD en Colombia presentaron síntomas antes del año de edad en un 44,1 %; la forma de presentación fue severa en 18 (51,4 %) pacientes, el retardo en el diagnóstico (12 meses); las dificultades en el diagnóstico y tratamientos; determinaron una alta tasa de complicaciones e intervenciones quirúrgicas a largo plazo con una mortalidad del 27,7 %. Estudios prospectivos multicéntricos nos permitirán contrastar estos resultados con los descritos en la literatura mundial

Impacto de la terapia avanzada sobre la calidad de vida en enfermedad inflamatoria intestinal: cohorte consecutiva en vida real

María del Carmen Dolores Bravo¹, Roberto Emmanuel González López¹, Guillermo Cabrera Palma¹, Silvana Basave Falcó¹, Fátima Julissa Bustillos García¹, Alfredo Reyes López¹, Juan Manuel Fortanelli Ríos¹, Raquel Yazmín López Pérez¹, Billy Jiménez Bobadilla¹, Jorge Luis De León Rendón¹.

¹ Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Coloproctología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México.

Modalidad: poster

N.º Póster: 7

Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), es una patología inmunomediada con incremento sostenido de incidencia en Latinoamérica. Más allá de la actividad inflamatoria, la EII impacta significativamente la calidad de vida (CdV), afectando dimensiones físicas, emocionales y sociales. En el contexto de estrategias treat-to-target (STRIDE-II), la mejora en la CdV constituye un objetivo terapéutico clave; sin embargo, la evidencia en práctica clínica real en nuestra región es limitada.

Objetivo

Evaluar el impacto de la terapia avanzada sobre la calidad de vida en pacientes con EII mediante el cuestionario validado IBDQ-9.

Metodología

Estudio observacional, analítico y longitudinal realizado en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Se incluyeron pacientes consecutivos adultos con EII (CUCI n=55; EC n=27) que iniciaron terapia avanzada. Se analizaron las puntuaciones del IBDQ-9 al inicio del tratamiento y a los tres meses posteriores a la finalización de la fase de inducción correspondiente a cada fármaco. La comparación intragrupo se realizó mediante prueba t de Student pareada. Se consideró significancia estadística con $p < 0.05$.

Resultados

Se incluyeron 82 pacientes con una edad media de 39.7 ± 13.6 años; el 53.7 % correspondió al sexo femenino. Las características clínicas, demográficas y terapéuticas se resumen en la Tabla.

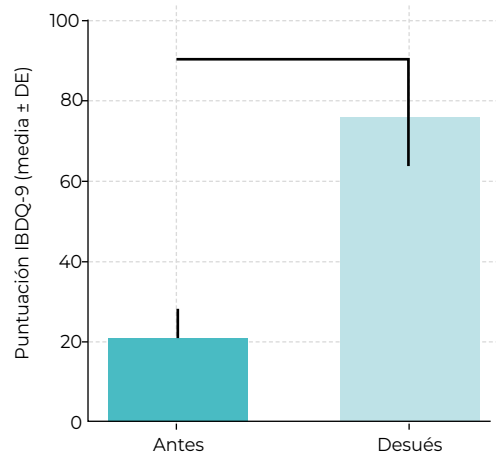
Las terapias avanzadas más utilizadas fueron vedolizumab (58.5 %), seguido de ustekinumab (22.0 %) e infliximab (14.6 %). Se observaron diferencias en la distribución de terapias entre CUCI y EC, con mayor uso de vedolizumab en CUCI (83.6 % vs. 7.4 %; $p < 0.001$) y de ustekinumab en EC (59.3 % vs. 3.6%; $p < 0.001$).

En cuanto al desenlace principal, se documentó una mejoría significativa en la calidad de vida, con un incremento en la puntuación media del IBDQ-9 de 20.7 ± 7.7 al inicio a 76.4 ± 13.3 en la evaluación posterior ($p < 0.001$), como se muestra en la Tabla y la Figura 1.

Conclusiones

La terapia avanzada se asocia con una mejoría significativa, temprana y clínicamente relevante en la calidad de vida de pacientes con EI en un entorno de práctica clínica real. La inclusión de pacientes consecutivos y la evaluación sistemática mediante IBDQ-9 fortalecen la validez de los hallazgos y respaldan la integración de desenlaces centrados en el paciente dentro de estrategias modernas de manejo.

Anexos



Las puntuaciones de calidad de vida aumentaron significativamente tras el inicio de tratamiento avanzado ($p < 0.001$, prueba t pareada)

Figura 1. Cambio en la calidad de vida medido por el Inflammatory Bowel Disease Questionnaire-9 (IBDQ-9) antes y después del inicio de terapias avanzadas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Tabla 1. Características demográficas y terapéuticas de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal tratados con terapias avanzadas (n = 82)

Variable	Total (n = 82)	CuCI (n = 55)	Enfermedad de Crohn (n = 27)	Valor de p
Género, n (%)				0,29
Masculino	38 (46,3)	28 (50,9)	10 (37,0)	
Femenino	44 (53,7)	27 (49,1)	17 (63,0)	
Edad, media + DE (mín-máx)	39,7 ± 13,6 (18-73)	36,1 ± 11,5 (18-66)	47,1 ± 14,8 (23-73)	
Terapia avanzada, n (%)				
Infliximab	12 (14,6)	6 (10,9)	6 (22,2)	0,17
Vedolizumab	48 (58,5)	46 (83,6)	2 (7,4)	< 0,001
Ustekinumab	18 (22,0)	2 (3,6)	16 (59,3)	< 0,001
Upadacitinib	2 (2,4)	0 (0)	2 (7,4)	0,09
Guselkumab	2 (2,4)	1 (1,8)	1(3,7)	0,62
— Desenlace principal (calidad de vida) —				
IBDQ-9 basal, media + DE (mín-máx)	20,7 ± 7,7 (5,6-39)	-	-	
IBDQ-9 posterior, media + DE (mín-máx)	76,4 ± 13,3 (30,1-100)	-	-	<0.001*

* Comparación intragrupo antes vs. después de la terapia avanzada (prueba t de Student pareada).

Enfermedad inflamatoria intestinal y participación laboral: carga funcional y barreras estructurales en un estudio transversal en México

Guillermo Cabrera Palma¹, Silvana Basave Falcó¹, María del Carmen Dolores Bravo¹,
Melanie Verónica Martínez Vega¹, Fátima Julissa Bustillos García¹, Juan Manuel Fortanelli Ríos¹,
Mauricio Ramón Esquivel Steffanoni¹, Raquel Yazmín López Pérez¹, Billy Jiménez Bobadilla¹,
Jorge Luis de León Rendón¹

¹ Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Coloproctología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México

Modalidad: poster

N.º Póster: 8

Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se asocia con deterioro funcional significativo y pérdida de productividad laboral. Aunque este impacto ha sido ampliamente documentado en países de altos ingresos, en contextos de ingresos medios como México—caracterizados por sistemas de salud fragmentados y acceso variable a terapias avanzadas—los determinantes clínicos y socioestructurales de la participación laboral permanecen insuficientemente definidos. Esta brecha limita la comprensión de la carga socioeconómica de la EII y la formulación de estrategias efectivas de reintegración laboral.

Objetivo

Evaluar el impacto de la EII sobre la productividad laboral, la prevalencia de desempleo y los factores clínicos y estructurales asociados a la desvinculación laboral.

Metodología

Se realizó un estudio transversal analítico en 82 pacientes con EII (edad media 41 años; 52.4 % mujeres), incluyendo 55 con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y 27 con enfermedad de Crohn (EC). La productividad laboral se evaluó mediante el cuestionario validado Work Productivity and Activity Impairment (WPAI), complementado con una encuesta estructurada para identificar condiciones de desempleo y sus determinantes clínicos y socioestructurales.

Las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes, y las continuas como medias. Para la comparación entre grupos (CUCI vs. EC), se utilizó prueba de χ^2 o prueba exacta de Fisher para variables categóricas y prueba t de Student o U de Mann–Whitney según distribución. Se consideró significancia estadística un valor de $p < 0.05$. El análisis se realizó con IBM SPSS Statistics versión 29.0.

Resultados

Se incluyeron 82 pacientes (67.1% CUCI, 32.9% EC), sin diferencias demográficas entre grupos ($p > 0.05$) (Tabla 1). La prevalencia de desempleo fue de 59.8%, atribuible a la EII en el 85.7% de los casos, sin diferencias entre CUCI y EC ($p = 0.36$).

En los pacientes empleados ($n = 33$), el WPAI mostró un impacto significativo en la productividad laboral, con ausentismo del 30.5 %, presentismo del 48.5 % y pérdida global de productividad del 60.8 %, sin diferencias entre subtipos de enfermedad ($p > 0.05$). La limitación en actividades diarias fue mayor en pacientes desempleados en comparación con empleados (63.4% vs. 41.8 %).

Los factores clínicos más frecuentemente asociados al desempleo fueron diarrea, fatiga persistente y necesidad de atención médica frecuente (71.4 % cada uno), sin diferencias significativas entre CUCI y EC.

En contraste, los factores estructurales mostraron un papel predominante, destacando el temor a perder la gratuidad de la atención médica (73.8%), único factor con diferencia significativa entre grupos (84.6 % vs. 56.2 %; $p = 0.04$) (Tabla 1).

Conclusiones

La EII se asocia con una elevada carga de desempleo y deterioro sustancial de la productividad laboral, independiente del subtipo de enfermedad. Los determinantes del desempleo parecen estar más influenciados por factores estructurales y percepciones del paciente que por diferencias clínicas. Estos hallazgos subrayan la necesidad de estrategias integrales que incorporen políticas laborales adaptativas y garanticen la continuidad terapéutica en sistemas de salud fragmentados.

Anexos

Tabla 1. Características demográficas y clínicas / Productividad laboral (WPAI) / Factores clínicos asociados al desempleo / Factores asociados a no reintegración laboral / Factores estructurales asociados a persistencia del desempleo

Variable	Global (n = 82)	CUCI (n = 55)	EC (n = 27)	p
Características demográficas y clínicas				
Edad media (años)	41	39,5	43	0,18
Sexo femenino, n (%)	43 (52,4 %)	26 (47,3 %)	17 (63%)	0,18
Sexo masculino, n (%)	39 (47,6 %)	29 (52,7 %)	10 (37%)	—
Desempleo, n (*%)	49 (59,8 %)	31 (56,4 %)	18 (66,7%)	0,36
Desempleo atribuible a EII, n (%)*	42 (85,7 %)	26 (83,9 %)	16 (88,9%)	0,71
Uso de terapia avanzada, n (%)	60 (73,2 %)	39 (70,9 %)	21 (77,8%)	0,48
Productividad laboral (WPAI)				
Ausentismo (%)	30,5	26,7	40,6	0,12
Presentismo (%)	48,5	47,9	50,0	0,79
Pérdida total de productividad (%)	60,8	59,5	64,2	0,34
Limitación actividades (desempleados) (%)	63,4	63,5	63,3	0,99
Limitación actividades (empleados) (%)	41,8	37,9	52,2	0,21
Factores clínicos asociados al desempleo (n = 42)				
Diarrea, n (%)	30 (71,4 %)	20 (76,9 %)	10 (62,5 %)	0,29
Fatiga persistente, n (%)	30 (71,4 %)	19 (73,1 %)	11 (68,8 %)	0,75
Atención médica frecuente, n (%)	30 (71,4 %)	18 (69,2 %)	12 (75,0 %)	0,68
Dolor abdominal, n (%)	29 (69,0 %)	19 (73,0 %)	10 (62,5 %)	0,46
Urgencia evacuatoria, n (%)	26 (61,9 %)	18 (69,2 %)	8 (50,0 %)	0,20
Estrés relacionado a la enfermedad, n (%)	26 (61,9 %)	16 (61,5 %)	10 (62,5 %)	0,95
Factores asociados a no reintegración laboral (n = 42)				
Temor a síntomas en entorno laboral, n (%)	31 (73,8 %)	21 (80,7 %)	10 (62,5 %)	0,18
Fatiga persistente, n (%)	32 (76,2 %)	20 (76,9 %)	12 (75,0 %)	0,88
Dolor abdominal, n (%)	23 (59,5 %)	14 (53,8 %)	11 (68,8 %)	0,33
Urgencia evacuatoria, n (%)	21 (50,0 %)	15 (57,7 %)	6 (37,5 %)	0,19
Citas médicas frecuentes, n (%)	17 (40,5 %)	9 (34,6 %)	8 (50,0 %)	0,31
Factores estructurales asociados a persistencia del desempleo (n = 42)				
Temor a perder gratuidad en el hospital, n (%)	31 (73,8 %)	22 (84,6%)	9 (56,2 %)	0,04
Falta de flexibilidad laboral, n (%)	28 (66,7 %)	17 (65,3 %)	11 (68,8 %)	0,81
Falta de comprensión del empleador, n (%)	24 (57,1 %)	13 (50,0 %)	11 (68,8 %)	0,22
Experiencias laborales negativas previas, n (%)	17 (40,5 %)	11 (42,3 %)	6 (37,5 %)	0,75
Falta de acceso a baño cercano, n (%)	24 (57,1 %)	17 (65,4 %)	11 (68,8 %)	0,82

CUCI: colitis ulcerosa crónica idiopática; EC: enfermedad de Crohn; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; WPAI: Work Productivity and Activity Impairment. El porcentaje de desempleo atribuible a EII se calculó sobre la población desempleada.

Características clínicas y demográficas de pacientes con enfermedad de Crohn en un hospital de tercer nivel en México

Valeria Natalie Sebastián Ocampo¹, Juan Manuel Fortanelli Ríos¹, Alfredo Reyes López¹, Guillermo Cabrera Palma¹, Silvana Basave Falcó¹, Mauricio Ramón Esquivel Steffanoni¹, Melanie Verónica Martínez Vega¹, Raquel Yazmín López Pérez¹, Billy Jiménez Bobadilla¹, Jorge Luis de León Rendón¹

¹ Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Coloproctología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México

Modalidad: poster

N.º Póster: 9

Antecedentes

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.

Metodología

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 estadístico se llevó a cabo con IBM SPSS Statistics versión 29.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EE. UU.). Las variables cuantitativas se describieron como media \pm desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según su distribución, evaluada mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes.

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. En la tabla 1 se muestran las características demográficas y clínicas de los pacientes incluidos en el estudio.

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.

Anexos

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 ± DE	47,5 ± 15,3	
Enfermedades crónico degenerativas	n = 12 (16,6)	
Diabetes Mellitus	2 ()	
Hipertensión arterial	2 ()	
Otros	8 (11)	
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)	
Fistulotomía	2 (2,8)	
Fistulotomía + Setones	4 (5,6)	
Colectomía total	3 (4,2)	
Debridamiento	1 (1,4)	
Ceectomía	1 (1,4)	
Enfermedad perianal	n = 15 (20,8)	
Fistula anal	12 (16,64)	
Fistula rectovaginal	2 (2,7)	
Fistula anal + fistula rectovaginal	1 (1,38)	

Evaluación de la percepción, acceso y cobertura de vacunación en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en una clínica especializada de referencia en México

Paola Rosales Téllez¹, María del Carmen Dolores Bravo¹, Melanie Verónica Martínez Vega¹,
Fátima Julissa Bustillos García¹, Alfredo Reyes López¹, Mauricio Ramón Esquivel Steffanoni¹,
Juan Manuel Fortanelli Ríos¹, Raquel Yazmín López Pérez¹, Billy Jiménez Bobadilla¹, Jorge Luis De León Rendón¹

¹ Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Coloproctología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México

Modalidad: poster
N.º Póster: 10

Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), 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 en clínicas especializadas y fortalecer estrategias institucionales de vacunación.

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.

Metodología

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 CUCI o EC, que se encontraban en seguimiento activo y acudían de forma regular a consulta externa. Todos aceptaron participar mediante la aplicación de una encuesta estructurada.

El instrumento recabó información sobre antecedentes de vacunación, conocimiento respecto a esquemas especiales e identificación de barreras para la inmunización.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v29.0. Se utilizaron frecuencias y proporciones para variables cualitativas, y se aplicó la prueba de chi-cuadrado o exacta de Fisher para la comparación entre grupos, considerando un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Resultados

Se encuestaron 59 pacientes con EII, de los cuales 62.7% tenían CUCI y 37.3% EC. En la Tabla 1 se resumen las características generales, el acceso a esquemas de vacunación y la percepción de los pacientes respecto a su inmunización.

Solo el 52.5 % reportó tener un esquema completo de vacunación, mientras que el 33.9 % desconocía su estatus. Únicamente el 20.3 % refirió contar con cartilla de vacunación. Más de la mitad (55.9 %) recibió alguna vacuna posterior al diagnóstico de EII, principalmente contra 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 %).

Respecto al conocimiento, sólo el 23.7 % estaba al tanto de la existencia de un esquema especial para pacientes inmunosuprimidos, y apenas el 11.9 % había recibido orientación médica específica sobre vacunación. Las principales barreras identificadas fueron la falta de información (84.7 %), la ausencia de indicaciones médicas (25.4 %) y el miedo a efectos adversos (13.6 %).

No obstante, el 89.8 % de los participantes consideró la vacunación como muy importante, y el 74.6 % reconoció su eficacia para prevenir infecciones graves. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con CUCI y EC en la mayoría de las variables evaluadas, con excepción de la vacunación contra herpes zóster, que fue más frecuente en pacientes con EC ($p = 0.02$).

Conclusiones

La cobertura de vacunación en pacientes con EII atendidos en un centro especializado es subóptima, con brechas importantes en el conocimiento y la orientación médica 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 integral del seguimiento de los pacientes con EII.

Anexos

Tabla 1. Percepción y características relacionadas con vacunación en pacientes con EII

Variable	Total (n = 59)	CUCI (n=37)	EC (n=22)	Valor de p
Esquema completo de vacunación				
Si	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				
Si	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				
Si	33 (55.9%)	23 (62.2%)	10 (45.5%)	0.238†
No	26 (44.1%)	14 (37.8%)	12 (54.5%)	
Vacuna hepatitis A/B				
Si	7 (11.9%)	4 (10.8%)	3 (13.6%)	1.000†
No	52 (88.1%)	33 (89.2%)	19 (86.4%)	
Vacuna neumococo				
Si	11 (18.6%)	5 (13.5%)	6 (27.3%)	0.287†
No	48 (81.4%)	32 (86.5%)	16 (72.7%)	
Vacuna influenza				
Si	39 (66.1%)	22 (59.5%)	17 (77.3%)	0.180†
No	20 (33.9%)	15 (40.5%)	5 (22.7%)	
Vacuna COVID-19				
Si	54 (91.5%)	33 (89.2%)	21 (95.5%)	0.645†
No	5 (8.5%)	4 (10.8%)	1 (4.5%)	

Continúa en la sgte. pág.

Variable	Total (n = 59)	CUCI (n=37)	EC (n=22)	Valor de p
Vacuna herpes zóster				
Si	3 (5.1%)	0 (0.0%)	3 (13.6%)	0.029‡
No	56 (94.9%)	37 (100%)	19 (86.4%)	
Vacuna Tdpa				
Si	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				
Si	14 (23.7%)	10 (27.0%)	4 (18.2%)	0.522†
No	45 (76.3%)	27 (73.0%)	18 (81.8%)	
Orientación sobre vacunación				
Si	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%)	
Contraindicación médica				
Si	11 (18.6%)	8 (21.6%)	3 (13.6%)	0.733†
No	45 (76.3%)	27 (73.0%)	18 (81.8%)	
No sé	3 (5.1%)	2 (5.4%)	1 (4.5%)	
Falta de información como barrera				
Si	50 (84.7%)	30 (81.1%)	20 (90.9%)	0.475†
No	9 (15.3%)	7 (18.9%)	2 (9.1%)	
Miedo a efectos adversos				
Si	8 (13.6%)	4 (10.8%)	4 (18.2%)	0.446†
No	51 (86.4%)	33 (89.2%)	18 (81.8%)	
Falta de acceso o disponibilidad				
Si	10 (16.9%)	6 (16.2%)	4 (18.2%)	1.000‡
No	49 (83.1%)	31 (83.8%)	18 (81.8%)	
Costo como barrera				
Si	3 (5.1%)	3 (8.1%)	0 (0.0%)	0.267‡
No	56 (94.9%)	34 (91.9%)	22 (100%)	
Falta de indicación médica				
Si	15 (25.4%)	10 (27.0%)	5 (22.7%)	0.758†
No	44 (74.6%)	27 (73.0%)	17 (77.3%)	
Pacientes en tratamiento inmunosupresor o avanzado				
Si	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				
Si	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				
Si	53 (89.8%)	34 (91.9%)	19 (86.4%)	0.649‡
No	6 (10.2%)	3 (8.1%)	3 (13.6%)	
Cree que vacunas previenen infecciones graves				
Si	44 (74.6%)	28 (75.7%)	16 (72.7%)	1.000‡
No	2 (3.4%)	0 (0.0%)	2 (9.1%)	
No está seguro	13 (22.0%)	9 (24.3%)	4 (18.2%)	

† Prueba de Chi²

‡ Prueba exacta de Fisher (utilizada por bajo tamaño de celda esperada)

EII: Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Quality of life analysis using the IBD Disk in post-surgical patients with inflammatory bowel disease at a tertiary care specialty clinic in Mexico

Paola Rosales Téllez¹, Alfredo López Reyes¹, Fátima Julissa Bustillos García¹, Juan Manuel Fortanelli Ríos¹, Melanie Verónica Marínez Vega¹, María del Carmen Dolores Bravo¹, Guillermo Cabrera Palma¹, Raquel Yazmín López Pérez¹, Billy Jiménez Bobadilla¹, Jorge Luis de León Rendón¹

¹ Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Coloproctología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México.

Modalidad: poster

N.º Póster: 11

Antecedentes

Inflammatory Bowel Disease (IBD), encompassing Ulcerative Colitis (UC) and Crohn's Disease (CD), are chronic, incurable conditions with a fluctuating course that significantly affect the patient's quality of life. Due to their unpredictable nature—with remissions, relapses, or persistent activity—they impact psychological, social, familial, and professional aspects. It is fundamental to consider the patient's perception to prevent complications and enhance overall well-being.

Objetivo

To analyze demographic characteristics and quality of life across nine domains evaluated using the IBD Disk instrument, comparing IBD patients who underwent perianal surgery, diversionary intestinal surgery, or primary anastomosis surgery at the Inflammatory Bowel Disease Clinic (CEII) of a tertiary care hospital in Mexico.

Metodología

Observational, analytical study including 26 post-surgical patients diagnosed with IBD. Demographic and clinical variables were evaluated, as well as quality of life aspects (abdominal pain, bowel movement frequency, social life, work and education, sleep, energy, emotions, body image perception, sexual function, and joint pain), scored from 0 to 10 according to the patient's perception. Descriptive statistics and the Mann-Whitney U test were used with IBM SPSS v26 software.

Resultados

A total of 26 patients were included, of whom 30.8% had UC and 69.2% had CD. The gender distribution showed a male predominance (53.8%) over female (46.2%). The overall mean age was 46 years, with a mean of 39 years for UC patients and 49 years for CD patients. Regarding the surgical approach, 26.9% (n=7) underwent diversionary intestinal surgery (3 UC, 4 CD), 30.8% (n=8) underwent intestinal resection with primary anastomosis (2 UC, 6 CD), and 42.3% (n=11) underwent perianal surgery (3 UC, 8 CD). Regarding pharmacological treatment, 76.9% of the patients (n=20) were on advanced therapy. Subgroup analysis showed that 62.5% of UC patients received advanced therapy and 37.5% conventional therapy, while in CD, these proportions were 83.3% and 16.7%, respectively. The IBD Disk evaluation showed a statistically significant difference in the professional activity domain between patients with diversionary intestinal surgery and those with primary anastomosis ($p=0.009$). No significant differences were observed between the diversionary and perianal surgery groups. However, when comparing the primary anastomosis and perianal surgery groups, a significant difference was identified in the energy domain ($p=0.04$).

Conclusiones

Post-surgical IBD patients in this sample were predominantly male, though females were the majority within the CD subgroup. Perianal surgery was the most frequent procedure, followed by intestinal resection with primary anastomosis and then diversionary surgery. IBD negatively impacts quality of life across all assessed

domains. There were no significant differences between most surgical groups, except for the impact on professional activity (diversion vs. anastomosis) and energy/stress-anxiety (anastomosis vs. perianal), suggesting that any surgical procedure carries an impact on quality of life. This finding underscores the need for timely interventions, before or after surgery, as well as the importance of a multidisciplinary team to provide comprehensive support throughout the course of the disease.

Anexos

Tabla 1. Demographic data, surgical procedures, and baseline quality of lite variables of patients

Variable	Total n (%)	UC n(%)	CD n (%)	p value
Genre	26 (100 %)	8 (30.8)	18 (69.2)	
Maculine	14 (53.8 %)	7 (87.5)	7 (38.9)	
Feminine	12 (46.2)	1 (12.5)	11 (61.1)	
Age	46.5 + 13.3 (33.7 - 57.7)	39 + 11,5	49 + 13.2	
Surgery type				
Intestinal diversion	7 (26.9)	3 (37.5)	4 (22.2)	
Intestinal with primary anastomosis	8 (30.8)	2 (25)	6 (33.3)	
Perianal	11 (42.3)	3 (37.5)	8 (44.4)	
Treatment type				
Conventional treatment	6 (23.1)	3 (37.5)	3 (16.7)	
Advanced treatment	20 (76.9)	6 (62.5)	15 (83.3)	
IBD Disk Domains				
Abdominal PAIN	1 (0-5)	1 (0 - 6)	1.5 (0-5)	0.6
Bowel movement frequency	1.5 (0-5)	1 (0 - 7.5)	1.5 (0 - 5.2)	0.3
Social life	4.5 (0-8)	4.5 (0 - 7.2)	4 (0 - 8.5)	0.6
Professional activity	5 (1.5 - 9.2)	5 (3.5 - 9)	5 (0 - 10)	0.009
Sleep	5 (3.5 - 8.5)	7.5 (4.5 - 8)	5 (1.7 - 10)	0.8
Energy	5 (3 -10)	4 (2.2 - 8.2)	6.5 (4.5 - 10)	0.041
Stress/Anxiety	5 (2 - 8)	4 (0.7 - 8)	5 (2 - 9.2)	0.06
Body image perception	4 (0 - 8.2)	1 (0 - 4.5)	5 (0 - 9.2)	0.1
Sexuality	3 (0 - 9.2)	3 (1.2 - 8.5)	2.5 (0- 10)	0.2
Joint pain	2 (0 - 8)	3.5 (0.2 - 7.2)	1.5 (0-8.5)	0.7

*Results are expressed as mediana and interquartile ranges

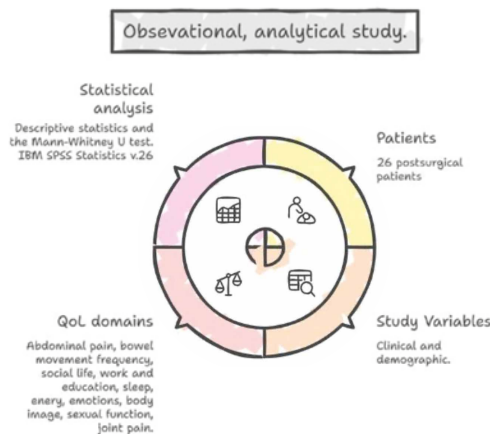


Figura 1. Pancco-quality of life

Enfermedad inflamatoria intestinal difícil de tratar: caracterización clínica en un hospital de tercer nivel en México

Valeria Natalie Sebastian Ocampo¹, Guillermo Cabrera Palma¹, Silvana Basave Falcó¹,
Fátima Julissa Bustillos García¹, Juan Manuel Fortanelli Ríos¹, Mauricio Ramón Esquivel Steffanoni¹,
Alfredo Reyes López¹, Raquel Yazmín López Pérez¹, Billy Jiménez Bobadilla¹, Jorge Luis De León Rendón¹

¹ Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Coloproctología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México.

Modalidad: poster

N.º Póster: 12

Antecedentes

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. Esta clasificación permite identificar a pacientes con mal pronóstico que requieren un enfoque multidimensional. Sin embargo, los datos sobre la caracterización de esta población en países de ingresos medios son limitados. En este contexto, resulta relevante explorar la frecuencia y las particularidades fenotípicas de IBD-DTT en cohortes reales de atención terciaria, con el fin de optimizar estrategias diagnósticas y terapéuticas en escenarios con recursos restringidos.

Objetivo

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

Metodología

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.

El análisis se realizó con SPSS versión 29.0. Se utilizaron medias y desviaciones estándar en variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas en cualitativas. Se aplicó la prueba de chi cuadrado o exacta de Fisher para comparar proporciones, y t de Student para comparar medias. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados

De un total de 298 pacientes con EII, 40 (13.4%) cumplieron con al menos uno de los criterios establecidos por el consenso IOIBD 2023 para IBD-DTT. De estos, 15 tenían CUCI y 25 EC. Las características demográficas, clínicas, terapéuticas y diagnósticas se describen en la Tabla 1. No se encontraron diferencias significativas en edad ni sexo entre ambos grupos. El uso de tratamiento convencional fue más frecuente en CUCI (53.3% vs. 20.0%, $p = 0.0223$), mientras que la terapia avanzada, particularmente con ustekinumab, predominó en EC (80.0% vs. 46.7%, $p < 0.0001$). La reservoritis refractaria y los problemas psicosociales fueron más comunes en CUCI ($p < 0.001$ y $p = 0.04$, respectivamente). En contraste, la necesidad de cirugía fue significativamente mayor en pacientes con EC (88.0% vs. 40.0%, $p = 0.0336$). El criterio diagnóstico más frecuente de IBD-DTT fue la enfermedad perianal compleja en enfermedad de Crohn, presente en el 35% de los casos. El 7.5% de los pacientes con EII (3 de 40) cumplieron con dos o más criterios del consenso IOIBD, todos ellos con diagnóstico de enfermedad de Crohn. En la tabla 1 se describen las características clínicas y demográficas de los pacientes incluidos en el estudio.

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 clínico de la EII, que permitan optimizar el abordaje de los casos difíciles. Sin patrocinio.

Anexos

Tabla 1. 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 , 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 %)	
Crónico degenerativos, 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, m (%)	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 = pancolitis/extensiva. *Clasificación Montreal EC: A = edad al diagnóstico; L = localización; B = comportamiento; P = compromiso perianal. **Criterios IOIBD 2023 para EII difícil: falla a terapia biológica - recurrencia postquirúrgica tras ≥2 resecciones intestinales - reservoritis - enfermedad perianal compleja en Crohn - problemas psicosociales que interfieren en el tratamiento.

Pérdida de la ventana de oportunidad en enfermedad inflamatoria intestinal: caracterización de la latencia terapéutica y su relación con la cirugía

Silvana Basave Falcó¹, Enrique Amezcua Avilés¹, Guillermo Cabrera Palma¹, Alfredo Reyes López¹, Melanie Verónica Martínez Vega¹, Fátima Julissa Bustillos García¹, Juan Manuel Fortanelli Ríos¹, María del Carmen Dolores Bravo¹, Billy Jiménez Bobadilla¹, Jorge Luis de León Rendón¹

¹ Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México

Modalidad: poster
N.º Póster: 13

Antecedentes

El concepto de "ventana de oportunidad", respaldado por la International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Diseases (IOIBD) y el consenso STRIDE-II, establece que el inicio temprano de terapias avanzadas (<2 años desde el diagnóstico) es determinante para modificar la historia natural de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Este efecto es diferencial según el fenotipo: en la enfermedad de Crohn (EC), la ventana corresponde al periodo previo al daño estructural irreversible (estenosis o fístulas), mientras que en la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), el objetivo es prevenir la extensión de la enfermedad y la necesidad de colectomía. La latencia terapéutica prolongada se ha asociado con un incremento significativo en la probabilidad de cirugía mayor.

Objetivo

Cuantificar la latencia terapéutica (tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio de terapia avanzada (TA) y evaluar su asociación con la necesidad de cirugía, comparando su comportamiento entre EC y CUCI.

Metodología

Estudio retrospectivo, analítico, en una cohorte de 120 pacientes con EII en tratamiento con terapias avanzadas en un centro de referencia. La latencia terapéutica se definió como el tiempo (años) entre el diagnóstico y la primera dosis de TA, categorizando en:

- Ventana de oportunidad: <2 años
- Intervención tardía: ≥2 años

Las variables continuas se expresaron como media ± desviación estándar o mediana (rango intercuartílico [IQR]) según su distribución, evaluada mediante pruebas de normalidad. La comparación de medias se realizó con prueba t de Student (o su equivalente no paramétrico si aplicaba) y las variables categóricas con χ^2 o prueba exacta de Fisher. Se estimaron odds ratios (OR) con intervalos de confianza al 95 % (IC95 %). Se consideró significancia estadística un valor de $p < 0,05$.

Resultados

La latencia terapéutica global mostró una mediana de 2.0 años (IQR: 0–7). El 51,6 % de los pacientes (n = 62/120) inició tratamiento fuera de la ventana de oportunidad (≥2 años). Los pacientes que requirieron cirugía presentaron una mayor latencia terapéutica en comparación con aquellos sin intervención quirúrgica (6,4 vs. 4,0 años); sin embargo, esta diferencia no alcanzó significancia estadística ($p = 0.06$, prueba t de Student), evidenciando una tendencia.

La tasa de cirugía previa al inicio de TA fue significativamente mayor en EC en comparación con CUCI (41.1% vs. 7.2%, χ^2 , $p < 0.001$), con un incremento sustancial del riesgo (OR 8.96; IC95% 3.08–26.05).

En el análisis por ventana terapéutica, la proporción de cirugía fue mayor en el grupo con intervención tardía (≥ 2 años) en comparación con aquellos tratados dentro de la ventana (30.2% vs. 21.7%); sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0.41$, χ^2).

Conclusiones

Más de la mitad de los pacientes pierde la ventana de oportunidad terapéutica (51,6 %), lo que configura un escenario clínico de progresión estructural y eventual rescate quirúrgico. Este fenómeno es particularmente relevante en la enfermedad de Crohn, donde el riesgo de cirugía es marcadamente superior (OR = 8,96), reflejando el impacto de la latencia sobre el daño irreversible.

Aunque la asociación entre latencia prolongada y cirugía no alcanzó significancia estadística en todos los análisis, se observa una tendencia consistente que respalda el modelo fisiopatológico.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de transitar de estrategias reactivas a modelos de intervención temprana, optimizando los tiempos de referencia y el acceso oportuno a terapias avanzadas en centros de tercer nivel.

Anexos

Variable	Total (n = 120)	CUCI (n = 69)	EC (n = 51)	p
Edad (años), mediana [RIQ]	39,5 [27,0 - 53,2]	34,0 [26,0 - 49,0]	47,0 [29,0 - 57,0]	<0,001*
Sexo masculino, n (%)	61 (50,8)	37 (53,6)	24 (47,1)	0,48***
Sexo femenino, n (%)	59 (49,2)	32 (46,4)	27 (52,9)	0,48***
Fenotipo Montreal (CUCI)				
E1 (Proctitis)	—	3 (4,3)	—	—
E2 (Colitis izquierda)	—	17 (24,6)	—	—
E3 (Pancolitis)	—	47 (68,1)	—	—
Fenotipo Montreal (EC)				
L1 (Ileal)	—	—	4 (7,8)	—
L2 (Colónico)	—	—	15 (29,4)	—
L3 (Ileocolónico)	—	—	25 (49,0)	—
L4 (Tracto gastrointestinal superior)	—	—	7 (13,7)	—
B1 (Inflamatorio)	—	—	28 (54,9)	—
B2 (Estenosante)	—	—	13 (25,5)	—
B3 (Penetrante)	—	—	6 (11,8)	—
Enfermedad perianal (p)	—	—	9 (17,6)	—
Cronología Quirúrgica				
Latencia Media (años)	4,63	3,7	5,8	0,065**
Latencia Mediana [RIQ]	27 (87,1)	5 (7,2)	22 (43,1)	0,081*
Inicio fuera de ventana (>2 años), n (%)	4 (12,9)	3 (4,3)	1 (2,0)	0,004***
Latencia en pacientes quirúrgicos (años)	6,4	4,9	7,0	0,151**
Tasa de Cirugía Mayor, n (%)	31 (25,8 %)	5 (7,2 %)	26 (51,0 %)	<0,001***

* Prueba de Mann–Whitney U

** Prueba t de Student

*** Prueba χ^2

RIQ: rango intercuartílico

Adherencia a mesalazina rectal y su impacto sobre la remisión clínica y endoscópica en pacientes con colitis ulcerativa: evidencia en vida real en un hospital terciario de Lima, Perú

Irene Esmeralda Cárdenas Vela¹, Yessica Mítzy Jaramillo Ventura¹, Jacqueline Abad Núñez¹, Ofelia Brisaida Castillo Contreras¹, Elizabeth Ayala Quintanilla¹, Luis Alberto Cervera Caballero¹

¹ Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Modalidad: poster

N.º Póster: 14

Antecedentes

La mesalazina rectal constituye el tratamiento de primera línea en colitis ulcerativa distal.^{1,2} No obstante, en la práctica clínica también se emplea como terapia complementaria en pacientes con colitis extensa y síntomas rectales persistentes, a pesar del tratamiento sistémico.³⁻⁴ Además, la adherencia al tratamiento tópico es frecuentemente subóptima y podría influir de manera determinante en los resultados clínicos.⁵ La evidencia en vida real sobre su uso en este contexto en Latinoamérica es limitada.

Objetivo

Determinar el impacto de la adherencia a la mesalazina rectal sobre la remisión clínica y endoscópica en pacientes con colitis ulcerativa en un contexto de práctica clínica real.

Metodología

Estudio de cohorte retrospectiva que incluyó pacientes ≥ 18 años con diagnóstico que utilizaron mesalazina rectal (supositorios) en cualquier momento de su evolución. Se excluyeron pacientes con infecciones activas y datos incompletos. Se recolectaron variables demográficas y clínicas: edad, sexo, extensión de la enfermedad según clasificación de Montreal, uso temprano (al diagnóstico) vs tardío (optimización por respuesta subóptima) y adherencia al tratamiento (reporte del paciente sobre cumplimiento del tratamiento indicado). La evaluación de la remisión clínica se realizó según el puntaje parcial de Mayo y la remisión endoscópica según el puntaje endoscópico de Mayo. Se aplicaron estadísticas descriptivas, análisis bivariado y se construyeron modelos de regresión logística multivariada para identificar factores asociados a remisión clínica y remisión endoscópica.

Resultados

Se incluyeron 83 pacientes (edad mediana: 52 años, 66 % mujeres). El uso de mesalazina rectal por extensión fue: proctitis (18 %), colitis izquierda (43 %) y pancolitis (39 %). La tasa de adherencia fue de 82,4 %, siendo la principal causa de no adherencia el ardor o molestias anales (75 %). En pacientes con pancolitis, el uso de mesalazina rectal como terapia complementaria aumentó de 22 % a 90 % a lo largo del tiempo.

La remisión clínica se observó en el 81 % del grupo de uso temprano vs 71 % en el tardío ($p=0,27$) y la remisión endoscópica se observó en el 77 % vs 67 % respectivamente ($p=0,29$).

En el análisis multivariado, la adherencia se asoció significativamente con mayor probabilidad de remisión clínica (OR 10,33; IC95 % 2,54-42,27; $p<0,001$). La edad, sexo, extensión, inicio temprano y el uso concomitante de 5-ASA oral no mostraron asociación significativa.

En el análisis multivariado para remisión endoscópica, la pancolitis se asoció con menor probabilidad de remisión (OR 0,21; IC95 % 0,65-0,69; p=0,010). El sexo femenino se asoció con mayor probabilidad de remisión (OR 3,53; IC95 % 1,08-11,43; p=0,035). La adherencia no mostró asociación significativa.

Conclusiones

La adherencia a la mesalazina rectal se asocia fuertemente con la remisión clínica, pero no con la remisión endoscópica en pacientes con colitis ulcerativa. La pancolitis se relaciona con menor probabilidad de curación mucosa, mientras que el sexo femenino mostró una asociación independiente con remisión endoscópica.

En la práctica real, la efectividad de la mesalazina rectal parece depender más de la adherencia que de las características clínicas tradicionales. Estos hallazgos resaltan la necesidad de implementar estrategias dirigidas a mejorar la adherencia terapéutica.

El uso de mesalazina rectal en pancolitis ha aumentado significativamente, lo que sugiere su rol potencial como terapia complementaria en pacientes sintomáticos.

Finalmente, estos hallazgos sugieren que la remisión clínica no necesariamente refleja la resolución inflamatoria a nivel de la mucosa, destacando la importancia de las estrategias terapéuticas dirigidas a alcanzar objetivos endoscópicos.

Anexos

Tabla 1. Características basales de los pacientes

Variables	Total (n=83)	Inicio temprano (n=32)	Inicio tardío (n=51)	p
Edad, mediana (RIC)	52 años (38-55)	51,5 años (45,5-68)	53 años (36-64)	0,41
Sexo	F 55 (66 %) M 28 (34 %)	F 21 (67 %) M 11 (33 %)	F 34 (66 %) M 17 (34 %)	0,9
Extensión de la enfermedad				0,012
Proctitis	15 (18 %)	7 (22 %)	8 (16 %)	
Colitis izquierda	36 (43 %)	19 (59 %)	17 (33 %)	
Pancolitis	32 (39 %)	6 (19 %)	26 (51 %)	
Tratamientos concomitantes				
5 ASA oral	68 (91 %)	24 (100 %)	44 (86 %)	0,05
Azatioprina	1 (1 %)	0 (0 %)	1 (2 %)	1
Infliximab	4 (5 %)	0 (0 %)	4 (8 %)	0,14
Infliximab + azatioprina	2 (3 %)	0 (0 %)	2 (4 %)	0,55

RIC: rango intercuartil

Inicio temprano: Uso de mesalazina rectal al diagnóstico.

Inicio tardío: uso como terapia de optimización por respuesta subóptima.

Tabla 2. Regresión logística multivariada de factores asociados a remisión clínica en pacientes con colitis ulcerativa

Variable	OR ajustado (IC 95 %)	Valor p
Adherencia al tratamiento	10,33 (2,54 - 42,27)	0,001
Edad actual (años)	1,02 (0,98 - 1,06)	0,281
Sexo femenino	1,17 (0,34 - 3,97)	0,791
Uso temprano de mesalazina rectal	1,01 (0,24 - 4,12)	0,986
Pancolitis	0,61 (0,17 - 2,11)	0,436
Uso de 5-ASA oral	0,73 (0,14 - 3,65)	0,710

Nota: Los odds ratios (OR) ajustados provienen de un modelo de regresión logística multivariada que incluyó todas las variables listadas. La variable adherencia al tratamiento tuvo asociación estadísticamente significativa (p < 0,05).

Tabla 3. Regresión logística multivariada de factores asociados a remisión endoscópica en pacientes con colitis ulcerativa

Variable	OR ajustado (IC 95 %)	Valor p
Adherencia al tratamiento	2,49 (0,57 - 10,73)	0,220
Edad actual (años)	1,03 (0,99 - 1,07)	0,085
Sexo femenino	3,53 (1,08 - 11,43)	0,035
Uso temprano de mesalazina rectal	1,02 (0,27 - 3,83)	0,971
Pancolitis	0,21 (0,65 - 0,69)	0,010
Uso de 5-ASA oral	0,13 (0,00 - 3,06)	0,637

Nota: Los odds ratios (OR) ajustados provienen de un modelo de regresión logística multivariada que incluyó todas las variables listadas. La variable sexo femenino y pancolitis tuvieron una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$)

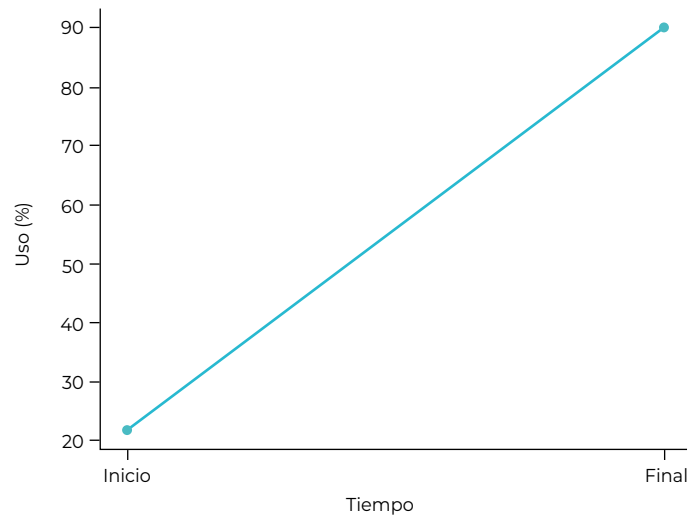


Figura 1. Uso de la mesalazina rectal en pancolitis a lo largo del tiempo

Ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: experiencia en una clínica especializada de tercer nivel en México

Roberto Emmanuel González López¹, Raquel Yazmín López Pérez¹, Billy Jiménez Bobadilla¹, Silvana Basave Falcó¹, María del Carmen Dolores Bravo¹, Melanie Verónica Martínez Vega¹, Mauricio Ramón Esquivel Steffanoni¹, Juan Manuel Fortanelli Ríos¹, Fátima Julissa Bustillos Gracia¹, Jorge Luis De León Rendón¹.

¹ Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Coloproctología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México.

Modalidad: poster

N.º Póster: 15

Antecedentes

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.

Metodología

Estudio transversal, analítico, realizado en 50 pacientes con diagnóstico confirmado de EII, atendidos en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México entre marzo y abril de 2025. Se aplicaron los instrumentos psicométricos validados: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y Escala de Depresión de Hamilton (Hamilton-D) para evaluar sintomatología afectiva.

Las variables demográficas, clínicas y bioquímicas fueron registradas y analizadas. Se utilizó el software IBM SPSS Statistics v.26. La prueba t de Student se aplicó para comparar variables continuas entre grupos (CU vs EC), mientras que las variables categóricas fueron comparadas mediante chi-cuadrado. Un valor de $p < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados

Se incluyeron 50 pacientes: 32 con CUCI y 18 con EC. La edad media fue de 37.7 ± 13.4 años, sin diferencias significativas entre grupos ($p = 0.25$). El 54 % fueron mujeres.

La prevalencia de depresión clínica fue alta: 96 % según HADS y 100 % según la escala de Hamilton. La ansiedad, según HADS, se identificó en el 54% de los pacientes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de ansiedad o depresión entre pacientes con CUCI y EC (HADS-D: $p = 0.45$; HADS-A: $p = 0.95$; Hamilton-D: $p = N/S$).

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. La ausencia de diferencias estadísticas entre CUCI y EC sugiere que el impacto emocional no depende de la localización o fisiopatología, sino por el impacto de vivir con una enfermedad crónica. Estos hallazgos respaldan la necesidad urgente de implementar estrategias de tamizaje estructurado en salud mental como parte del abordaje integral en clínicas especializadas en EII, así como de establecer rutas de intervención psicológica o psiquiátrica oportunas, incluso en ausencia de actividad inflamatoria evidente.

Anexos

Tabla 1. Clinical, emotional, and biochemical characteristics of patients with IBD (n = 50)

Variable	Total (n = 50)	UC	CD	p-value
Age, mean ± SD (min-max)	37.7 ± 13,4 (17 - 66)	36.3 ± 13.5 (19-66)	40.2 ± 13,5 (17 - 63)	0.252
Gender, n (%)				N/S
Male	23 (46.0 %)	15 (46.9 %)	8 (44.4 %)	
Female	27 (54.0 %)	17 (53.1 %)	10 (55.6 %)	
HADS-D, mean ± SD	12.62 ± 2.76	12.53 ± 2.56	12.77 ± 3,15	N/S
HADS-A, mean ± SD	7.78 ± 2.62	7.68 ± 2.54	7.94 ± 2.83	N/S
Hamilton-D, mean ± SD	25.42 ± 4.53	25.31 ± 4.59	25.6 ± 4.53	
N/S Anxiety (HADS), n (%)				0,951
No anxiety	23 (46.0 %)	16 (50.0 %)	7 (38.9 %)	
Anxiety	27 (54.0 %)	16 (50.0 %)	11 (61.1 %)	
Depression (HADS), n (%)				0,457
No depression	2 (4.0 %)	1 (3.1 %)	1 (5.6 %)	
Depression	48 (96.0 %)	31 (96.8 %)	17 (94.4 %)	
Depression (Hamilton), n (%)				N/S
No depression	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	
Depression	50 (100.0 %)	32 (100.0 %)	18 (100.0 %)	
Fecal calprotectin	224 (91.9 - 800)	201 (94 - 677)	374 (33 - 1132)	N/S
C-reactive protein (CRP)	2,63 (0.5 - 16.06)	2.3 (0,47 - 11.24)	3.3 (0.88 - 30.95)	N/S
Modified Truelove & Witts	9 (6.75 - 10.25)	9 (9 - 11)	-	N/S
Harvey-Bradshaw Index	0 (0 - 0.5)		4 (0 - 8)	N/S

Recurrencia postquirúrgica en enfermedad de Crohn: impacto del fenotipo clínico y utilidad de biomarcadores no invasivos. Análisis unicéntrico

Víctor Hernández Antolín¹, Fátima Julissa Bustillos García¹, María del Carmen Dolores Bravo¹, Alfredo Reyes López¹, Guillermo Cabrera Palma¹, Silvana Basavé Falcó¹, Melanie Verónica Martínez Vega¹, Mauricio Ramón Esquivel Steffanoni¹, Billy Jiménez Bobadilla¹, Jorge Luis De León Rendón¹

¹ Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Coloproctología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México

Modalidad: poster

N.º Póster: 16

Antecedentes

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.

Metodología

Estudio observacional, retrospectivo realizado en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México. Entre marzo de 2023 y mayo de 2025 se registraron 78 pacientes con EC, de los cuales 34 (43.6%) requirieron algún tipo de tratamiento quirúrgico. Solo 9 pacientes (11.5%) fueron sometidos a cirugía abdominal con resección intestinal, conformando la cohorte de análisis.

Se recolectaron variables clínicas, demográficas, clasificatorias (Montreal), manifestaciones extraintestinales, tipo de cirugía, uso de tratamiento biológico actual y previo a la recurrencia, así como valores de CPF en etapas pre y postquirúrgicas. El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando IBM SPSS Statistics versión 29.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EE. UU.). Las variables cuantitativas se describieron como media \pm desviación estándar o mediana y rango intercuartílico (RIC), según su distribución evaluada mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes. Las comparaciones entre grupos se realizaron utilizando la prueba exacta de Fisher para variables categóricas y la prueba de Mann-Whitney U para variables continuas. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Resultados

Se analizaron 9 pacientes, con edad media de 51.2 ± 18.2 años, de los cuales el 66.6% eran mujeres. La localización ileocolónica fue la más común (55.5%) y el patrón estenosante predominó (88.8%). Tres pacientes (33.3%) presentaron enfermedad perianal y fueron los únicos que desarrollaron recurrencia endoscópica postoperatoria.

En cuanto a tratamiento actual, el 77.7% recibía terapia biológica activa al momento del estudio: ustekinumab (44.4%), adalimumab, infliximab y vedolizumab (11.1% cada uno). El 22.2% estaba bajo vigilancia sin tratamiento

biológico. El 44,4 % de los pacientes que presentaron recurrencia había recibido terapia biológica en el periodo previo a dicho evento. No se observó asociación entre el uso previo de terapia biológica y la recurrencia ($p > 0,05$). La CPF prequirúrgica mostró una mediana de 668,5 $\mu\text{g/g}$ (RIC: 211,5–678,5), disminuyendo a 21,5 $\mu\text{g/g}$ (RIC: 15,7–21,3) en el periodo postquirúrgico, sin diferencias significativas en relación con la recurrencia ($p > 0,05$). En contraste, la presencia de 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.

Anexos

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 (\pm 18,2)
Clasificación Montreal, n (%):	
A2	4 (44,4)
A3	5 (55,5)
L1 (ileon)	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 ($\mu\text{g/g}$), mediana (RIC):	668,5 (211,5 - 678,5)
CPF postquirúrgica ($\mu\text{g/g}$), mediana (RIC):	21,5 (15,7 - 21,3)

Necesidad de intervención quirúrgica en enfermedad inflamatoria intestinal: análisis cronológico en relación con el inicio de terapias avanzadas

Silvana Basave Falcó¹, Enrique Amezcua Avilés¹, Guillermo Cabrera Palma¹,
Mauricio Ramón Esquivel Steffanoni¹, Alfredo López Reyes¹, Juan Manuel Fortanelli Ríos¹,
Fátima Julissa Bustillos García¹, María del Carmen Dolores Bravo¹, Billy Jiménez Bobadilla¹,
Jorge Luis de León Rendón¹

¹ Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México

Modalidad: poster

N.º Póster: 17

Antecedentes

A pesar del advenimiento de las terapias biológicas y de pequeñas moléculas, la intervención quirúrgica continúa representando un desenlace relevante en la historia natural de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Se estima que hasta el 50% de los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y aproximadamente el 15% de aquellos con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) requerirán tratamiento quirúrgico dentro de los primeros 10 años tras el diagnóstico. Sin embargo, la relación temporal entre la necesidad de intervención quirúrgica y el inicio de terapias avanzadas, así como su interpretación como marcador de falla terapéutica frente a latencia en la optimización médica, permanece insuficientemente caracterizada en escenarios de práctica clínica real.

Objetivo

Caracterizar la necesidad de intervención quirúrgica en relación con el inicio de terapias avanzadas, diferenciando entre eventos atribuibles a retraso en la optimización terapéutica y aquellos asociados a falla del tratamiento.

Metodología

Estudio retrospectivo, observacional y analítico en una cohorte de 120 pacientes con EII en tratamiento con terapias avanzadas. Se recolectaron variables clínicas, año de diagnóstico y tipo de terapia avanzada según su mecanismo de acción.

El desenlace quirúrgico se clasificó de acuerdo con su temporalidad respecto al inicio de la terapia avanzada en intervención quirúrgica previa (Pre-TA) y posterior (Post-TA).

El análisis descriptivo incluyó frecuencias y medidas de tendencia central. Las asociaciones se evaluaron mediante pruebas de χ^2 o exacta de Fisher, según correspondiera. El riesgo quirúrgico se estimó mediante regresión logística binaria, reportando odds ratio (OR) con intervalos de confianza al 95 % (IC95 %). Se consideró un valor de $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS Statistics versión 29.

Resultados

Se incluyeron 120 pacientes, de los cuales el 57,5 % correspondió a colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y el 42,5 % a enfermedad de Crohn (EC). Las características demográficas y clínicas de la cohorte se resumen en la Tabla 1. Los pacientes con EC presentaron una edad significativamente mayor en comparación con aquellos con CUCI (47,0 vs. 34,0 años; $p < 0,001$).

La proporción global de intervención quirúrgica fue de 25,8 % (n=31). La frecuencia de intervención quirúrgica fue significativamente mayor en pacientes con EC en comparación con CUCI (45,1 % vs. 11,6 %; p < 0,001), con un incremento de más de seis veces en el riesgo de requerir cirugía en EC (OR 6,26; IC95 % 2.49–15,66).

En cuanto a la cronología del evento quirúrgico, el 87,1 % (n=27) de las intervenciones ocurrieron antes del inicio de la terapia avanzada (Pre-TA), mientras que el 12,9 % (n=4) se presentaron posterior a su inicio (Post-TA). La probabilidad de requerir intervención quirúrgica fue significativamente mayor en el periodo previo al inicio de la terapia avanzada (OR 8,42; IC95 % 2,85–24,82; p < 0,001).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la ocurrencia de intervención quirúrgica en el periodo Post-TA según el mecanismo de acción inicial de la terapia (anti-integrinas: OR 0,38, IC95 % 0,07–3,44, p=0,62; anti-IL-12/23: OR 2,13, IC95 % 0,35–12,7, p=0,59; inhibidores de JAK: OR 19,0, IC95 % 1,99–193,1, p=0,09).

Conclusiones

En esta cohorte, la necesidad de intervención quirúrgica ocurre predominantemente antes del inicio de terapias avanzadas, lo que sugiere que el evento quirúrgico refleja principalmente una latencia en la optimización terapéutica más que una falla del tratamiento avanzado.

Si bien no se identificaron diferencias significativas según el mecanismo de acción inicial, estos hallazgos no excluyen el impacto del perfilamiento terapéutico. Por el contrario, sugieren que la oportunidad en la indicación del tratamiento constituye el determinante primario del pronóstico, sobre el cual la selección de la molécula actúa como un modulador del curso de la enfermedad.

Estos resultados refuerzan la importancia de estrategias integrales que combinen inicio temprano de terapias avanzadas con un adecuado perfilamiento individualizado, con el objetivo de intervenir dentro de la ventana terapéutica y reducir la progresión hacia desenlaces quirúrgicos, particularmente en pacientes con enfermedad de Crohn.

Anexos

Variable	Total (n = 120)	CUCI (n = 69)	EC (n = 51)	p
Edad (años), mediana [RIQ]	39,5 [27,0 - 53,2]	34,0 [26,0 - 49,0]	47,0 [29,0-57,0]	<0,001*
Sexo masculino, n (%)	61 (50,8)	37 (53,6)	24 (47,1)	0,48
Sexo femenino, n (%)	59 (49,2)	32 (46,4)	27 (52,9)	-
Fenotipo Montreal (CUCI)				
E1 (Proctitis)	-	3 (4,3)	-	-
E2 (Colitis izquierda)	-	17 (24,6)	-	-
E3 (Pancolitis)	-	47 (68,1)	-	-
Fenotipo Montreal (EC)				
L1 (Ileal)	-	-	4 (7,8)	-
L2 (Colónico)	-	-	15 (29,4)	-
L3 (Ileocolónico)	-	-	25 (49,0)	-
L4 (Tracto gastrointestinal superior)	-	-	7 (13,7)	-
B1 (Inflamatorio)	-	-	28 (54,9)	-
B2 (Estenosante)	-	-	13 (25,5)	-
B3 (Penetrante)	-	-	6 (11,8)	-
Enfermedad perianal (p)	-	-	9 (17,6)	-
Cronología Quirúrgica				
Intervención quirúrgica, n (%)	31 (25,8)	8 (11,6)	23 (45,1)	<0,001**
Pre-terapia avanzada (Pre-TA)	27 (87,1)	5 (7,2)	22 (43,1)	<0,001**
Post-terapia avanzada (Post-TA)	4 (12,9)	3 (4,3)	1 (2,0)	0,62***

* Prueba de Mann-Whitney U, ** Prueba χ^2 ***, Prueba exacta de Fisher, RIQ: rango intercuartílico

Caracterización clínica del fenotipo inmunológico sistémico en pacientes con colitis ulcerativa tratados con terapia avanzada

Reinaldo Ferney Arias Ariza¹, Juan Pablo Báez¹, Rómulo Darío Vargas¹, Ana María Leguizamó¹, Juan Samuel Hernández¹, Gisela Serrano Cabarcas²

¹ Pontificia Universidad Javeriana

² Universidad Autónoma de Bucaramanga

Modalidad: poster

N.º Póster: 18

Antecedentes

La colitis ulcerativa puede acompañarse de manifestaciones extraintestinales y de enfermedades autoinmunes asociadas, reflejando un fenotipo inmunológico sistémico más allá del compromiso colónico. En práctica real, la frecuencia y el significado clínico de este fenotipo en pacientes tratados con terapia avanzada siguen poco descritos en cohortes latinoamericanas.

Objetivo

Caracterizar el fenotipo inmunológico sistémico, definido por manifestaciones extraintestinales y/o enfermedades autoinmunes asociadas, en pacientes con colitis ulcerativa tratados con terapia avanzada en una cohorte de vida real.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo de una cohorte institucional de pacientes con colitis ulcerativa tratados con terapia avanzada en el Hospital Universitario San Ignacio. Se evaluó la presencia de manifestaciones extraintestinales, enfermedades autoinmunes asociadas y un fenotipo inmunológico sistémico compuesto.

Se describieron variables demográficas, extensión de la enfermedad y profundidad de secuenciación terapéutica. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes, y las continuas como mediana y rango intercuartílico (RIQ). El análisis fue principalmente descriptivo.

Resultados

Se incluyeron 36 pacientes. Las manifestaciones extraintestinales estuvieron presentes en 27,8% y las enfermedades autoinmunes asociadas en 11,1%; en conjunto, 33,3% presentaron un fenotipo inmunológico sistémico. Entre los pacientes con este fenotipo, 83,3% tenían enfermedad extensa (E3), frente a 54,2% en aquellos sin este fenotipo. Además, 66,7% de los pacientes con fenotipo inmunológico sistémico requirieron segunda línea o más de terapia avanzada, en comparación con 54,2% de aquellos sin compromiso sistémico. Estos hallazgos sugieren una tendencia a mayor extensión y mayor complejidad terapéutica en presencia de manifestaciones inmunológicas sistémicas.

Conclusiones

En esta cohorte de vida real, uno de cada tres pacientes con colitis ulcerativa presentó un fenotipo inmunológico sistémico. Este fenotipo mostró una tendencia descriptiva hacia mayor extensión de la enfermedad y mayor necesidad de secuenciación terapéutica, lo que sugiere una expresión clínica más compleja.

Evaluación de la correlación entre indicadores clínicos, bioquímicos, endoscópicos e histológicos en colitis ulcerosa crónica idiopática: un estudio observacional

Héctor Rodríguez Cruz¹, Juan Manuel Fortanelli Ríos¹, Guillermo Cabrera Palma¹,
Fátima Julissa Bustillos García¹, Silvana Basave Falcó¹, María del Carmen Dolores Bravo¹,
Alfredo Reyes López¹, Raquel Yazmín López Reyes¹, Billy Jiménez Bobadilla¹, Jorge Luis de León Rendón¹

¹ Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Coloproctología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México

Modalidad: poster
N.º Póster: 19

Antecedentes

La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) caracterizada por inflamación continua de la mucosa colónica, con extensión proximal desde el recto. La evaluación precisa de la actividad inflamatoria es fundamental para guiar el tratamiento, pero implica integrar diversas dimensiones: síntomas clínicos, biomarcadores inflamatorios, hallazgos endoscópicos e histopatológicos. Sin embargo, estos parámetros no siempre se correlacionan entre sí, lo que puede dificultar una valoración objetiva de la enfermedad. En la práctica clínica, la calprotectina fecal y la proteína C reactiva se emplean ampliamente como marcadores indirectos de inflamación, aunque su grado de correlación con la actividad endoscópica e histológica sigue siendo variable.

Objetivo

Evaluar la correlación entre escalas clínicas, biomarcadores inflamatorios séricos y fecales, y hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes con CUCI.

Metodología

Estudio observacional, transversal y analítico realizado entre marzo de 2023 y junio de 2025 en la Clínica de EII del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Se incluyeron 218 pacientes con diagnóstico confirmado de CUCI. Se recolectaron variables clínicas (escala de Truelove y Witts), bioquímicas (PCR y calprotectina fecal), endoscópicas (escala de Mayo) e histológicas (índice de Riley). Se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman, considerando significancia estadística con $p < 0.05$.

Resultados

Se incluyeron 218 pacientes; 51.4% fueron mujeres y la edad media fue de 42.3 ± 14.5 años. El 65.6% presentó pancolitis (E3) y el 40.8% recibió terapia avanzada. Las manifestaciones extraintestinales más frecuentes fueron artralgias (29.4%).

La PCR mostró correlación positiva baja-moderada con calprotectina fecal ($\rho = 0,349$, $p < 0,001$) y débil con Truelove y Witts ($\rho = 0.265$, $p < 0,001$), de Mayo ($\rho = 0,081$, $p = 0,236$) y Riley ($\rho = 0,045$, $p = 0,504$). La calprotectina no mostró correlación significativa con Truelove y Witts ni con el índice de Riley.

En la Tabla 1 se describen las características bioquímicas, endoscópicas e histológicas de los pacientes evaluados.

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.

Anexos

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‡ (μ g/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 (μ g/g).

Efectividad del trasplante de microbiota fecal (TMF) en la remisión y recaída de la colitis ulcerativa contra el uso de probióticos entre 2019 y 2024: una revisión sistemática

Diana Carolina Parada Rueda¹, Wilmer Humberto Ramírez Villamizar¹, Natalia Paola Triana Acosta¹, Edwin Mauricio Ospina Burbano¹, Mariana Torres Alarcón¹, Jhon Sebastián Patiño Rueda², Gustavo Adolfo Reyes Medina², Adriana Margarita Rey Rubiano², Belén Mendoza del Molano²

¹ Universidad de los Andes

² Fundación Santa Fe de Bogotá

Modalidad: poster

N.º Póster: 20

Antecedentes

La colitis ulcerativa es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica en la que una proporción de pacientes presenta respuesta incompleta, recaídas frecuentes o limitaciones con las terapias convencionales. En este contexto, la modulación del microbioma intestinal mediante trasplante de microbiota fecal y probióticos ha emergido como una estrategia terapéutica complementaria de creciente interés. Sin embargo, la evidencia comparativa entre ambas intervenciones sigue siendo limitada, heterogénea y basada principalmente en comparaciones indirectas.

Objetivo

Sintetizar la evidencia disponible sobre la efectividad del trasplante de microbiota fecal frente a los probióticos en adultos con colitis ulcerativa, con énfasis en remisión clínica, respuesta clínica, recaída y seguridad.

Metodología

Se realizó una revisión sistemática siguiendo las directrices PRISMA, registrada en PROSPERO (CRD420251072897). Se consultaron PubMed, Web of Science, LILACS y ScienceDirect. Se identificaron 6.378 registros, se eliminaron 680 duplicados y se tamizaron 5.698 títulos y resúmenes. Se excluyeron 5.668 registros y 30 artículos fueron evaluados a texto completo. Finalmente, se incluyeron 2 estudios en la síntesis narrativa. Dado que la evidencia elegible correspondió exclusivamente a metaanálisis y no a ensayos clínicos comparativos primarios seleccionados para síntesis cuantitativa propia, no se realizó una evaluación metodológica formal de calidad de los estudios incluidos.

Resultados

Los dos estudios incluidos coincidieron en que tanto el trasplante de microbiota fecal como los probióticos son superiores al placebo en la colitis ulcerativa, pero difirieron en el alcance y en la solidez de la comparación entre intervenciones. Dang et al. incluyeron 7 ensayos clínicos aleatorizados con 596 pacientes con colitis ulcerativa activa y encontraron que el trasplante de microbiota fecal mejoró la remisión clínica (OR 3,47; IC95% 1,93–6,25) y la respuesta clínica (OR 2,48; IC95% 1,18–5,21), mientras VSL#3 también mostró beneficio en remisión clínica (OR 2,40; IC95% 1,49–3,88) y respuesta clínica (OR 3,09; IC95% 1,53–6,25).

No obstante, la comparación indirecta entre ambas estrategias no mostró diferencias estadísticamente significativas ni para remisión clínica (RR 1,20; IC95% 0,70–2,06) ni para respuesta clínica (RR 0,95; IC95% 0,62–1,45). En seguridad, ninguna intervención aumentó de forma significativa los eventos adversos frente al placebo, aunque los eventos adversos graves se reportaron solo en los estudios de TMF. Por su parte, Zhang et

al. incluyeron 38 ensayos con 2.448 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y, en el subgrupo de colitis ulcerativa, confirmaron que TMF y probióticos fueron superiores al placebo para respuesta y remisión clínica. El TMF, especialmente administrado por colonoscopia más enema, mostró el mejor desempeño para inducción de respuesta y remisión, mientras ciertos probióticos multicepa basados en *Lactobacillus* y *Bifidobacterium* mostraron mejor comportamiento en prevención de recaídas y algunos desenlaces endoscópicos. En conjunto, la evidencia sugiere una posible ventaja del TMF para inducir remisión en enfermedad activa y de algunos probióticos multicepa para mantenimiento, pero esta comparación sigue siendo predominantemente indirecta y basada en pocos estudios primarios homogéneos.

Conclusiones

El trasplante de microbiota fecal y los probióticos muestran beneficio frente a placebo como terapias adyuvantes en colitis ulcerativa, pero la evidencia disponible aún no es suficiente para establecer con certeza la superioridad de una estrategia sobre la otra. Aunque el TMF parece mostrar una señal más consistente para la inducción de respuesta y remisión, y algunos probióticos multicepa podrían tener un papel relevante en la prevención de recaídas, estas inferencias descansan en buena medida sobre comparaciones indirectas. Por ello, se requieren en primer lugar ensayos clínicos aleatorizados que comparen directamente TMF frente a probióticos en pacientes adultos con colitis ulcerativa y, en segundo lugar, un metaanálisis en red actualizado y específico para esta población que permita integrar de manera más robusta la evidencia comparativa disponible.

Evaluación de la percepción, acceso y cobertura de vacunación en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en una clínica especializada de referencia en México

Paola Rosales Téllez¹, María del Carmen Dolores Bravo¹, Melanie Verónica Martínez Vega¹, Alfredo Reyes López¹, Mauricio Ramón Esquivel Steffanoni¹, Fátima Julissa Bustillos García¹, Juan Manuel Fortanelli Ríos¹, Raquel Yazmín López Pérez¹, Billy Jiménez Bobadilla¹, Jorge Luis de León Rendón¹

¹ Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Coloproctología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México.

Modalidad: poster

N.º Póster: 21

Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC), 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 en clínicas especializadas y fortalecer estrategias institucionales de vacunación.

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.

Metodología

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 CUCI o Enfermedad de Crohn, que se encontraban en seguimiento activo y acudían de forma regular a consulta externa. Todos aceptaron participar mediante la aplicación de una encuesta estructurada.

El instrumento recabó información sobre antecedentes de vacunación, conocimiento respecto a esquemas especiales e identificación de barreras para la inmunización.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v29.0. Se utilizaron frecuencias y proporciones para variables cualitativas, y se aplicó la prueba de chi-cuadrado o exacta de Fisher para la comparación entre grupos, considerando un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Resultados

Se encuestaron 59 pacientes con EII, de los cuales 62,7 % tenían CUCI y 37,3 % EC. En la Tabla 1 se resumen las características generales, el acceso a esquemas de vacunación y la percepción de los pacientes respecto a su inmunización.

Solo el 52,5 % reportó tener un esquema completo de vacunación, mientras que el 33,9 % desconocía su estatus. Únicamente el 20,3 % refirió contar con cartilla de vacunación. Más de la mitad (55,9 %) recibió alguna vacuna posterior al diagnóstico de EII, principalmente contra 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 %).

Respecto al conocimiento, sólo el 23,7 % estaba al tanto de la existencia de un esquema especial para pacientes inmunosuprimidos, y apenas el 11,9 % había recibido orientación médica específica sobre vacunación. Las principales barreras identificadas fueron la falta de información (84,7 %), la ausencia de indicaciones médicas (25,4 %) y el miedo a efectos adversos (13,6 %).

No obstante, el 89,8 % de los participantes consideró la vacunación como muy importante, y el 74,5 % reconoció su eficacia para prevenir infecciones graves. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con CUCI y EC en la mayoría de las variables evaluadas, con excepción de la vacunación contra herpes zóster, que fue más frecuente en pacientes con EC ($p = 0,02$).

Conclusiones

La cobertura de vacunación en pacientes con EII atendidos en un centro especializado es subóptima, con brechas importantes en el conocimiento y la orientación médica 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 integral del seguimiento de los pacientes con EII.

Anexos

Tabla 1. Percepción y características relacionadas con vacunación en pacientes con EII

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 hepatitis A/B				
Sí	7(11,9 %)	4 (10,8 %)	3 (13,6 %)	1,000†
No	52 (88,1 %)	33 (89,2 %)	19 (86,4 %)	
Vacuna neumococo				
Sí	11 (18,6 %)	5 (13,5 %)	6 (27,3 %)	0,287†
No	48 (81,4 %)	32 (86,5 %)	16 (72,7 %)	
Vacuna influenza				
Sí	39 (66,1 %)	22 (59,5 %)	17 (77,3 %)	0,180†
No	20 (33,9 %)	15 (40,5 %)	5 (22,7 %)	
Vacuna COVID-19				
Sí	54(91,5 %)	33 (89,2 %)	21 (95,5 %)	0,645†
No	5(8,5 %)	4 (10,8 %)	1 (4,5 %)	

Continúa en la pág. 54

Viene de la pág. 53

Variable	Total (n = 59)	CUCI (n = 37)	EC (n = 22)	Valor de p
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 Tdpa				
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 %)	
Contraindicación médica				
Sí	11 (18,6 %)	8 (21,6 %)	3 (13,6 %)	0,733†
No	45 (76,3 %)	27 (73,0 %)	18 (81,8 %)	
No sé	3 (5,1 %)	2 (5,4 %)	1 (4,5 %)	
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 %)	
Miedo a efectos adversos				
Sí	8 (13,6 %)	4 (10,8 %)	4 (18,2 %)	0,446†
No	51 (86,4 %)	33 (89,2 %)	18 (81,8 %)	
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 %)	
Falta de indicación médica				
Sí	15 (25,4 %)	10 (27,0 %)	5 (22,7 %)	0,758†
No	44 (74,6 %)	27 (73,0 %)	17 (77,3 %)	
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 %)	
Cree que vacunas previenen infecciones graves				
Sí	44 (74,6 %)	28 (75,7 %)	16 (72,7 %)	1,000‡
No	2 (3,4 %)	0 (0,0 %)	2 (9,1 %)	
No está seguro	13 (22,0 %)	9 (24,3 %)	4 (18,2 %)	

† Prueba de Chi²

‡ Prueba exacta de Fisher (utilizada por bajo tamaño de celda esperada)

EII: Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Secuenciación terapéutica y causas de suspensión de terapia avanzada en pacientes con colitis ulcerativa refractaria: cohorte de vida real de un hospital universitario colombiano

Reinaldo Ferney Arias Ariza¹, Juan Pablo Báez¹, Rómulo Darío Vargas¹, Ana María Leguizamo¹, Gisela Serrano Cabarcas², Juan Samuel Hernández¹

¹ Pontificia Universidad Javeriana

² Universidad Autónoma de Bucaramanga

Modalidad: poster

N.º Póster: 22

Antecedentes

En la colitis ulcerativa refractaria, una proporción importante de pacientes requiere escalamiento y secuenciación de terapias avanzadas ante la falta o pérdida de respuesta, evidenciando la complejidad del manejo en la práctica real. Aunque la disponibilidad de múltiples mecanismos de acción ha ampliado las opciones terapéuticas, la elección y transición entre líneas sigue siendo un desafío clínico. La evidencia en vida real sobre patrones de secuenciación y causas de suspensión es limitada, especialmente en nuestro contexto. Su caracterización resulta clave para optimizar la toma de decisiones y mejorar los desenlaces en estos pacientes.

Objetivo

Describir los patrones de secuenciación terapéutica y las causas de suspensión de terapia avanzada en pacientes con colitis ulcerativa refractaria en una cohorte de vida real.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo de una cohorte institucional de pacientes con colitis ulcerativa tratados con terapia avanzada en el Hospital Universitario San Ignacio. Se describió la profundidad máxima de secuenciación terapéutica, los fármacos empleados en cada línea y las causas documentadas de suspensión entre líneas sucesivas. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes, y las continuas como mediana y rango intercuartílico (RIQ). El análisis fue principalmente descriptivo.

Resultados

Se incluyeron 36 pacientes. El 58,3 % requirió al menos segunda línea, 22,2 % alcanzó tercera línea y 8,3 % llegó a cuarta línea o más. La máxima línea alcanzada fue primera en 41,7 %, segunda en 36,1 % y tercera o superior en 22,2 %. Los tratamientos de primera línea más utilizados fueron infliximab (44,4 %) y adalimumab (33,3 %). Se documentaron 34 episodios de suspensión entre líneas 1 a 5. Las causas más frecuentes fueron ausencia primaria de respuesta en 29,4 %, respuesta parcial o incompleta en 29,4 % y pérdida secundaria de respuesta en 20,6 %; los eventos adversos representaron 11,8 %. En conjunto, 82,4 % de las suspensiones se asociaron con ineficacia u otras causas no relacionadas con seguridad. Entre los cambios más frecuentes de primera a segunda línea estuvieron infliximab a vedolizumab, adalimumab a infliximab e infliximab a tofacitinib.

Conclusiones

En esta cohorte de vida real, más de la mitad de los pacientes requirió secuenciación terapéutica y cerca de una cuarta parte alcanzó tercera línea o más. La principal razón de suspensión fue la falta de eficacia, mientras que los eventos adversos tuvieron un papel menor. Estos hallazgos resaltan la complejidad del manejo de la colitis ulcerativa refractaria en práctica real.

Estrategias de secuenciación terapéutica en enfermedad inflamatoria intestinal en un centro de referencia en México

Roberto Emmanuel González López¹, Billy Jiménez Bobadilla¹, Raquel Yazmín López Pérez¹, Guillermo Cabrera Palma¹, María del Carmen Dolores Bravo¹, Melanie Verónica Martínez Vega¹, Mauricio Ramón Esquivel Steffanoni¹, Juan Manuel Fortanelli Ríos¹, Silvana Basave Falcó¹, Jorge Luis De León Rendón¹.

¹ Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio de Coloproctología, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México.

Modalidad: poster

N.º Póster: 23

Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una condición crónica inmunomediada que, en pacientes con actividad persistente o pérdida de respuesta al tratamiento convencional, requiere el uso de terapias avanzadas, incluyendo agentes biológicos y pequeñas moléculas. En este contexto, la secuenciación terapéutica se ha convertido en un componente clave del manejo clínico, particularmente en escenarios de falla primaria o secundaria. Sin embargo, la evidencia sobre los patrones de uso y la persistencia de estas terapias en la práctica clínica real en México es limitada.

Objetivo

Describir las características clínicas y los patrones de secuenciación de terapias avanzadas en pacientes con EII en un centro de referencia, así como analizar la persistencia terapéutica entre las distintas líneas de tratamiento.

Metodología

Estudio observacional, retrospectivo y analítico. Se revisaron 298 expedientes de pacientes con EII, de los cuales 130 recibieron terapia avanzada. De estos, 17 pacientes (13.07%) requirieron dos o más líneas de tratamiento y constituyeron la cohorte de análisis.

Se recolectaron variables demográficas, clínicas y terapéuticas, incluyendo clasificación de Montreal, tipo de fármaco utilizado y número de líneas de tratamiento. El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva; se utilizó la prueba de Friedman para comparar diferencias entre líneas terapéuticas y curvas de Kaplan-Meier para estimar la persistencia del tratamiento. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. El análisis se efectuó con SPSS versión 29.0.

Resultados

Se incluyeron 17 pacientes con ≥ 2 líneas de terapia avanzada. La edad media 70.6% eran hombres. En colitis ulcerosa predominó la pancolitis (66.6%), mientras que en enfermedad de Crohn la localización ileocolónica (L3) fue la más frecuente (37.5%), con predominio del patrón estenosante (B2, 62.5%) y enfermedad perianal en el 37.5%.

Como terapia de primera línea, los agentes más utilizados fueron adalimumab e infliximab (33.5% cada uno), seguidos de vedolizumab (23.5%) y ustekinumab (5.9%). Ustekinumab fue el fármaco más empleado como segunda línea (35.3%), mientras que en tercera y cuarta líneas se utilizaron diversas opciones en menor proporción (5.9% cada una).

El tiempo entre cambios de línea mostró una disminución progresiva: 17 meses entre la primera y segunda línea, 11.5 meses entre la segunda y tercera, y 6 meses entre la tercera y cuarta ($p < 0.001$).

Las curvas de Kaplan-Meier evidenciaron mayor persistencia en la segunda línea de tratamiento, seguida de la primera. La duración del tratamiento disminuyó progresivamente en las líneas subsecuentes ($p < 0.001$). Entre los agentes biológicos, ustekinumab mostró la mayor persistencia, particularmente en segunda línea.

Conclusiones

La secuenciación terapéutica en pacientes con EII, en un contexto de práctica clínica real, evidencia una disminución progresiva en la duración de cada línea de tratamiento, lo que refleja una creciente complejidad en el manejo conforme se avanza en las distintas opciones terapéuticas. La caracterización de los patrones de uso y persistencia terapéutica puede contribuir a optimizar la toma de decisiones clínicas y potencialmente mejorar los desenlaces en este grupo de pacientes. No obstante, estos hallazgos deben interpretarse con cautela debido al tamaño muestral limitado.

Anexo

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

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 (11,1 %)	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 (11,1 %)	5 (62,5 %)
Certolizumab	1 (5,9 %)	1 (11,1 %)	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 %)

Remisión profunda y remisión profunda sostenida con terapia avanzada en pacientes con colitis ulcerativa: cohorte de vida real de un hospital universitario colombiano

Reinaldo Ferney Arias Ariza¹, Juan Pablo Báez¹, Rómulo Darío Vargas¹, Ana María Leguízamo¹, Gisela Serrano Cabarcas², Juan Samuel Hernández¹

¹ Pontificia Universidad Javeriana

² Universidad Autónoma de Bucaramanga

Modalidad: poster

N.º Póster: 24

Antecedentes

En la colitis ulcerativa, el enfoque actual treat-to-target promueve objetivos como la remisión profunda y sostenida, asociados con mejores desenlaces a largo plazo. No obstante, en la práctica clínica persiste variabilidad en la respuesta a terapias avanzadas y en el logro de estas metas. La evidencia en vida real en Latinoamérica es limitada, por lo que caracterizar estos desenlaces y su impacto clínico y endoscópico es fundamental para optimizar el manejo de la enfermedad.

Objetivo

Describir la frecuencia de remisión profunda y remisión profunda sostenida con terapia avanzada en pacientes con colitis ulcerativa y evaluar la evolución clínica y endoscópica asociada en una cohorte de vida real.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo en pacientes con colitis ulcerativa tratados con terapia avanzada en el Hospital Universitario San Ignacio. Se analizó el desenlace clínico global de la primera línea (ausencia de respuesta, respuesta parcial, remisión profunda y remisión profunda sostenida). Las variables se describieron con mediana (RIQ) y frecuencias. La evolución del Mayo clínico y endoscópico se evaluó con prueba de Wilcoxon para comparaciones pareadas. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados

Se incluyeron 36 pacientes y 34 fueron evaluables para desenlace de primera línea. El 55,9% fueron mujeres; la edad actual mediana fue de 46,5 años (RIQ 39,3–63,3), y la extensión E3 estuvo presente en 64,7%. Las terapias de primera línea más utilizadas fueron infliximab (44,1%) y adalimumab (35,3%). La distribución del desenlace clínico global fue: ausencia primaria de respuesta en 26,5%, respuesta parcial o incompleta en 38,2%, remisión profunda en 11,8% y remisión profunda sostenida en 23,5%. En conjunto, 35,3% alcanzaron remisión profunda o remisión profunda sostenida. En el análisis pareado, el Mayo clínico disminuyó de una mediana basal de 5 a 2 a los 3 meses ($n = 25, p < 0,001$), de 5 a 2 a los 6 meses ($n = 21, p < 0,001$) y de 5 a 1 a los 12 meses ($n = 18, p < 0,001$). El Mayo endoscópico disminuyó de 3 a 2 a los 12 meses ($n = 16, p = 0,003$). En un análisis exploratorio, los pacientes con remisión profunda o remisión profunda sostenida presentaron menor necesidad de segunda línea en términos descriptivos.

Conclusiones

Aproximadamente un tercio de los pacientes alcanzó remisión profunda o remisión profunda sostenida con terapia avanzada, asociándose a mejoría clínica y endoscópica, lo que respalda objetivos terapéuticos profundos en práctica real.

Concordancia entre actividad clínica, biomarcadores y actividad endoscópica en colitis ulcerativa: implicaciones para el enfoque treat-to-target

Reinaldo Ferney Arias Ariza¹, Juan Pablo Báez¹, Rómulo Darío Vargas¹, Ana María Leguizamó¹, Gisela Serrano Cabarcas², Juan Samuel Hernández¹, Nicolás Domínguez Galindo¹

¹ Pontificia Universidad Javeriana

² Universidad Autónoma de Bucaramanga

Modalidad: poster

N.º Póster: 25

Antecedentes

La valoración de la actividad en colitis ulcerativa representa un desafío clínico debido a la frecuente discordancia entre síntomas, biomarcadores y hallazgos endoscópicos. Esta falta de alineación puede conducir a decisiones terapéuticas inadecuadas si se basa en un solo dominio de la enfermedad. En el contexto actual de estrategias treat-to-target, resulta fundamental reconocer estas limitaciones y promover una evaluación integral. Analizar la concordancia entre estos parámetros en escenarios de vida real permite fortalecer un abordaje más preciso y orientado a objetivos.

Objetivo

Evaluar la concordancia entre la actividad clínica, biomarcadores inflamatorios y la actividad endoscópica en pacientes con colitis ulcerativa al inicio de terapia avanzada.

Metodología

Estudio de cohorte retrospectiva. Se evaluó la actividad clínica mediante el índice de Mayo clínico, la actividad endoscópica mediante el Mayo endoscópico y la inflamación mediante proteína C reactiva (PCR) y calprotectina fecal. Se realizó análisis de correlación de Spearman y comparación entre grupos.

Resultados

Se incluyeron pacientes con disponibilidad de datos al inicio de la terapia avanzada. Se observó una correlación débil entre la actividad clínica y endoscópica ($n = 26$; $r = 0.20$; $p > 0.05$), sin evidencia de correlación significativa con la actividad endoscópica. Los valores fueron similares entre pacientes con Mayo endoscópico 1 y 3 (mediana 622 vs. 545 mcg/g). La PCR mostró una correlación positiva débil con la actividad endoscópica ($n = 20$). Entre grupos, la mediana de PCR fue de 1.6 mg/L en pacientes con Mayo 2 y de 2.6 mg/L en aquellos con Mayo 3.

Conclusiones

En esta cohorte, la relación entre actividad clínica y biomarcadores con la actividad endoscópica fue limitada. La correlación débil entre actividad clínica y endoscópica; y la ausencia de correlación significativa con marcadores bioquímicos (calprotectina y PCR), evidencia una baja concordancia entre los diferentes dominios de la enfermedad y refuerza las limitaciones de la evaluación basada únicamente en síntomas. Estos hallazgos apoyan una estrategia de monitorización multimodal que integre actividad clínica, evaluación endoscópica y marcadores bioquímicos, en concordancia con el enfoque treat-to-target en colitis ulcerativa.

Fiebre prolongada como manifestación clínica de actividad inflamatoria persistente en enfermedad de Crohn

Fredy Hernán Rodríguez Benítez¹, María Alejandra Mesa Zuluaga², Santiago José Morón Serrano²

¹ Hospital Pablo Tobón Uribe
² Universidad CES

Modalidad: poster
N.º Póster: 26

Antecedentes

Fiebre prolongada como manifestación clínica de actividad inflamatoria persistente en enfermedad de Crohn.

Objetivo

Describir un caso de fiebre prolongada en un paciente con enfermedad de Crohn sin síntomas gastrointestinales prominentes, en quien el estudio integral permitió identificar actividad inflamatoria intestinal persistente como causa del cuadro

Metodología

Reporte de caso de un paciente de 61 años con enfermedad de Crohn ileocolónica (Montreal A3-L3-B2) en tratamiento con adalimumab. Se realizó análisis retrospectivo de la evolución clínica, estudios de imagen, incluido PET/TC, endoscopia, histopatología y microbiología durante el estudio de fiebre prolongada.

Resultados

El paciente presentó fiebre prolongada sin síntomas gastrointestinales relevantes. Los estudios iniciales evidenciaron nódulos pulmonares donde se confirmó *C. neoformans*, por lo que recibió tratamiento antifúngico; sin embargo, persistió con fiebre. El resto de estudios de extensión, incluyendo ecocardiograma, no evidenciaron una fuente infecciosa activa. Ante la ausencia de un foco claro, el PET/CT evidenció compromiso inflamatorio hipermetabólico del íleon distal y la unión ileocecal, junto con hiperreactividad medular (imágenes 1 y 2). La colonoscopia posterior mostró ileitis ulcerada severa con estenosis inflamatoria (imágenes 3 y 4), y las biopsias descartaron citomegalovirus, micobacterias, hongos y malignidad. Durante el seguimiento persistió la elevación de la proteína C reactiva y calprotectina fecal; a pesar de la optimización con adalimumab, no se logró la remisión endoscópica ni transmural dado que los estudios posteriores confirmaron actividad inflamatoria persistente. Actualmente está a las espera de niveles séricos de adalimumab para definir cambios terapéuticos.

Conclusiones

En pacientes con enfermedad de Crohn bajo inmunosupresión, la fiebre prolongada puede ser la única manifestación de actividad inflamatoria intestinal, incluso en ausencia de síntomas gastrointestinales prominentes. Este caso resalta la necesidad de integrar la clínica con la endoscopia, la histopatología y los marcadores inflamatorios para evitar atribuir de forma automática la fiebre a infección, especialmente cuando la actividad de la enfermedad persiste pese al tratamiento biológico.

Anexos

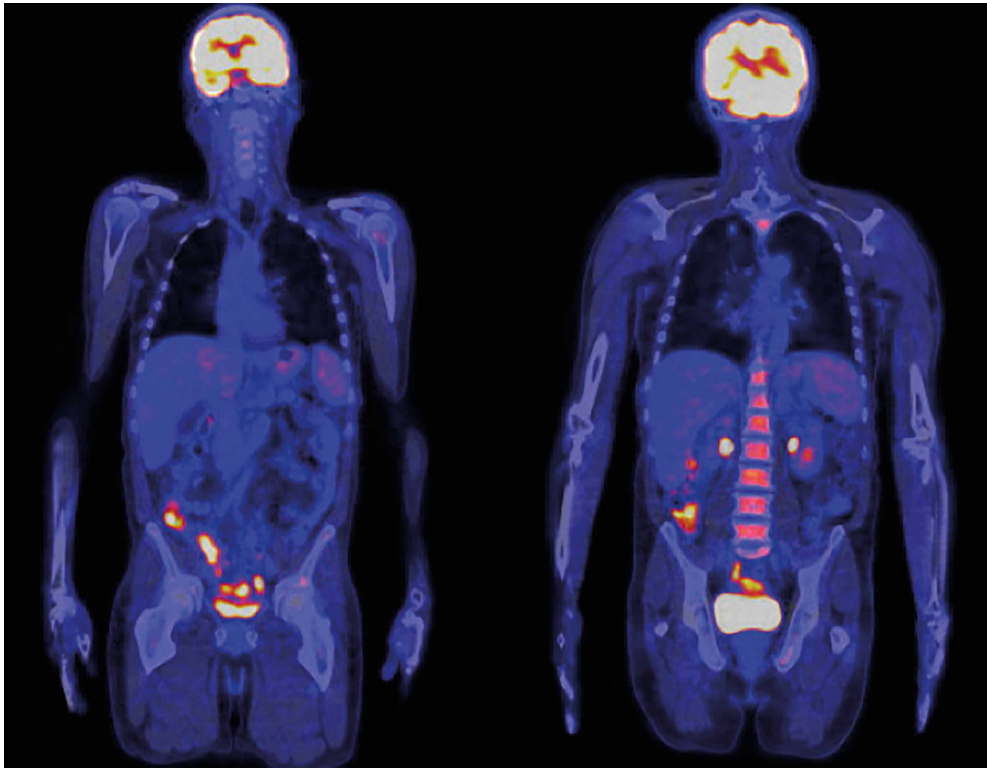


Figura 1 y 2. PET/TC con hipermetabolismo en íleon distal y unión ileocecal (ileitis activa), asociado a hipermetabolismo medular e inversión del gradiente hepatoesplénico (hiperreactividad medular).

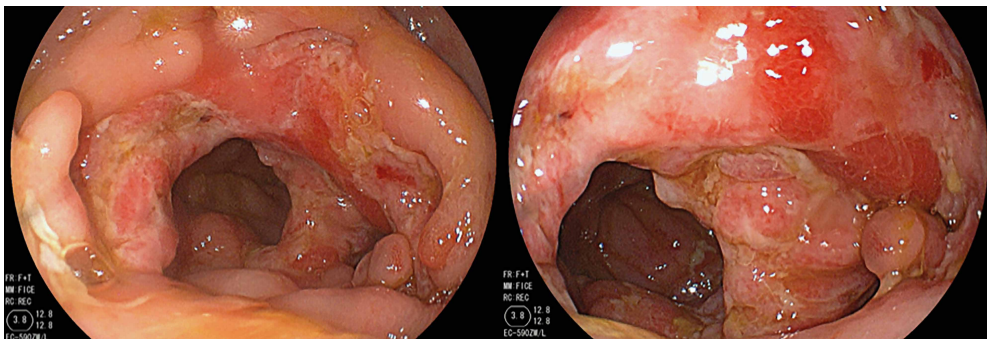


Figura 3 y 4. Deformidad severa de la válvula ileocecal con severos cambios inflamatorios dados por edema, congestión y úlceras longitudinales que comprometen el íleon distal.

Variabilidad en la remisión profunda en colitis ulcerosa según la clase de terapia biológica: análisis en una cohorte retrospectiva

Mauricio Ramón Esquivel Steffanoni¹, Ariadna Guinea Lagunes¹, Mildred Philippe Ponce¹, Fátima Julissa Bustillos García¹, Juan Manuel Fortanelli Ríos¹, Melanie Verónica Martínez Vega¹, María del Carmen Dolores Bravo¹, Raquel Yazmín López Pérez¹, Billy Jiménez Bobadilla¹, Jorge Luis de León Rendón¹

¹ Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México

Modalidad: poster

N.º Póster: 27

Antecedentes

El consenso internacional STRIDE-II ha redefinido las metas terapéuticas en la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), evolucionando desde la resolución de síntomas hacia una estrategia de "Treat-to-Target".

Este enfoque establece objetivos jerarquizados que incluyen la remisión clínica a corto plazo, la normalización de biomarcadores a mediano plazo y la curación mucosa (endoscópica) a largo plazo. La consecución simultánea de estos tres pilares se define como remisión profunda, un estado asociado con una modificación real de la historia natural de la enfermedad y una reducción en las tasas de hospitalización y colectomía. No obstante, la efectividad comparativa de las distintas clases de terapia biológica para alcanzar este control inflamatorio integral en la práctica clínica real sigue siendo objeto de estudio.

Objetivo

Evaluar la proporción de remisión profunda, definida por la tríada de control clínico, bioquímico y endoscópico, en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) tratados con distintos agentes biológicos en un entorno de práctica clínica especializada.

Metodología

Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y analítico en pacientes con diagnóstico de colitis ulcerosa crónica idiopática en seguimiento en una clínica especializada. La población de estudio incluyó pacientes mayores de 18 años bajo tratamiento con terapia biológica que contaban con registros completos de evaluación clínica, bioquímica y endoscópica durante su seguimiento. Los sujetos fueron clasificados en dos fenotipos terapéuticos de acuerdo con el grado de respuesta alcanzado. El Fenotipo 1 (remisión profunda) se definió como la presencia simultánea de remisión clínica, bioquímica y endoscópica, mientras que el Fenotipo 2 se definió como la presencia de remisión clínica y bioquímica sin evidencia de remisión endoscópica. El análisis estadístico comparó la distribución de estos fenotipos según el tipo de terapia biológica administrada (infliximab, vedolizumab y ustekinumab). Se empleó la prueba exacta de Fisher para los grupos con un tamaño de muestra menor a 5 y la prueba de chi-cuadrado para el grupo con mayor tamaño muestral, estableciendo la significancia estadística en un valor de $p < 0.05$.

Resultados

La investigación incluyó a 40 pacientes distribuidos en tres grupos de tratamiento biológico: infliximab ($n=4$), ustekinumab ($n=3$) y vedolizumab ($n=33$). En el grupo tratado con infliximab, ningún paciente alcanzó la remisión profunda, clasificando el 100% de los sujetos en el Fenotipo 2 con un valor de $p=0.522$ mediante la prueba exacta de Fisher. De forma similar, en el grupo de ustekinumab no se documentaron casos correspondientes al Fenotipo 1, observándose que el 100% de la muestra pertenece al Fenotipo 2 con un valor de $p=0.614$ por

la prueba exacta de Fisher. En contraste, el grupo tratado con vedolizumab presentó un 33 % de pacientes (n=11) que alcanzaron la remisión profunda o Fenotipo 1, mientras que el 67 % restante (n=22) se clasificó como Fenotipo 2. Esta diferencia mostró una tendencia marcada hacia una mayor proporción de remisión profunda en comparación con los otros grupos biológicos, aunque no alcanzó la significancia estadística convencional al obtener un valor de $p=0.056$ mediante la prueba de chi-cuadrado.

Conclusiones

Los hallazgos del presente estudio indican que las terapias biológicas evaluadas permiten alcanzar la remisión clínica y bioquímica de forma consistente en la práctica clínica. No obstante, la remisión profunda se observó con una frecuencia numéricamente superior en los pacientes tratados con vedolizumab. Aunque esta superioridad porcentual no alcanzó el umbral de significancia estadística en esta cohorte, los resultados sugieren variaciones relevantes en la capacidad de las distintas terapias para inducir un control inflamatorio integral y la curación mucosa. Se requiere la expansión del tamaño muestral en estudios futuros para confirmar estas diferencias biológicas y optimizar las estrategias de tratamiento en pacientes con colitis ulcerosa crónica idiopática.

Anexos

Tabla 1. Perfil clínico, fenotipo de remisión y distribución de terapia biológica en una cohorte de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (N=40)

Característica	Valor
Edad actual (años), media (DE)	39,4 (13,0)
Sexo	
Masculino	20 (50 %)
Femenino	20 (50 %)
Evolución de la enfermedad (años), media (DE)	8,3 (6,2)
Extensión de Montreal	
Proctitis	3 (7,5 %)
Colitis izquierda	15 (38 %)
Pancolitis	22 (55 %)
Fenotipo de remisión (según profundidad)	
Fenotipo 1 (remisión profunda)	11 (28 %)
Fenotipo 2 (no profunda)	29 (73%)
Biológico utilizado	
Infliximab	4 (10 %)
Ustekinumab	3 (7,5 %)
Vedolizumab	33 (83 %)

Tabla 2. Distribución del fenotipo de remisión según terapia biológica en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Fenotipo de remisión	Infliximab (n = 4)	Ustekinumab (n = 3)	Vedolizumab (n = 33)	p
Fenotipo 1 (remisión profunda)	0 (0 %)	0 (0 %)	11 (33 %)	0,056**
Fenotipo 2 (no profunda)	4 (100 %)	3 (100 %)	22 (67 %)	

*Prueba exacta de Fisher.

**Chi-cuadrado.

Características clínicas y reproductivas de mujeres en edad fértil con enfermedad inflamatoria intestinal en un centro especializado de referencia en México

Paola Rosales Téllez¹, Mauricio Ramón Esquivel Steffanoni¹, Alfredo Reyes López¹, Guillermo Cabrera Palma¹, Fátima Julissa Bustillos García¹, María del Carmen Dolores Bravo¹, Juan Manuel Fortanelli Ríos¹, Raquel Yazmín López Pérez¹, Billy Jiménez Bobadilla¹, Jorge Luis de León Rendón¹

¹ Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México

Modalidad: poster

N.º Póster: 28

Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que comprende a la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y a la enfermedad de Crohn (EC), 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 potencial de la enfermedad como por los riesgos asociados al tratamiento, la cirugía y el embarazo.

Aunque diversos estudios han abordado la evolución de la EII en mujeres embarazadas, existe escasa información regional sobre las características ginecoobstétricas y su relación con el fenotipo clínico y terapéutico de la enfermedad en poblaciones latinoamericanas. La caracterización detallada de estas pacientes en centros de referencia puede contribuir a optimizar estrategias de atención integral y planificación reproductiva segura en mujeres con EII.

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.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio transversal, observacional y analítico en la Clínica de EII del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Se incluyeron mujeres en edad fértil (15 a 40 años) con diagnóstico confirmado de EII, en seguimiento activo entre marzo de 2023 y junio de 2025. Los datos clínicos, demográficos y ginecoobstétricos se obtuvieron mediante interrogatorio directo y revisión del expediente clínico electrónico institucional.

El análisis estadístico se realizó utilizando IBM SPSS Statistics®, versión 29. Las variables cuantitativas se compararon con la prueba t de Student para muestras independientes. Para las variables cualitativas se emplearon pruebas de chi cuadrado o prueba exacta de Fisher, en función del número de observaciones en cada categoría. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados

De una cohorte de 298 pacientes con EII en seguimiento activo, 61 (20.5%) correspondieron a mujeres en edad fértil. Del total, 50 pacientes (82.0%) presentaban CUCI y 11 (18.0%) EC.

En el grupo con CUCI, la presentación más común fue la pancolitis (70.0%), mientras que en el grupo con EC predominó el comportamiento estenosante (54.5%) y la localización ileocólica (36.4%). El uso de terapia avanzada fue significativamente mayor en EC (72.7%) en comparación con CUCI (46.0%), destacando una mayor utilización de ustekinumab en EC ($p = 0.01$) y de vedolizumab en CUCI ($p = 0.04$).

La necesidad de cirugía fue más frecuente en pacientes con EC (45.5%) frente a las de CUCI (10.0%) ($p = 0.01$). En particular, la hemicolectomía derecha fue exclusiva del grupo con EC ($p = 0.03$), mientras que la colectomía total con reservorio ileal se observó únicamente en pacientes con CUCI.

No se identificaron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a edad, variables reproductivas, manifestaciones extraintestinales ni presencia de estoma. La proporción de pacientes que refirieron haber recibido orientación prenatal fue del 42.6%, sin diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

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.

Anexos

Tabla 1. Características demográficas, clínicas, gineco-obstétricas y terapéuticas de pacientes en edad fértil con EII ($n = 61$)

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 cucí § 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	-

Continúa en la pág. 66

Variable	Total (n = 61)	CUCI (n = 50)	EC (n = 11)	Valor de p
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 EI 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 (%)				
Infliximab	4 (6,6 %)	2 (4,0 %)	2 (18,2 %)	0,133
Ustekinumab	6 (9,8 %)	2 (4,0 %)	4 (36,4 %)	0,012*
Vedolizumab	20 (32,8 %)	19 (38,0 %)	1 (9,1 %)	0,047*
Adalimumab	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
Uveítis	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 (%)				
Colectomía 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
Colectomía total + ileostomía terminal	3 (4,9 %)	2 (4,0 %)	1 (9,1 %)	0,479
Colectomía total + anastomosis	1 (1,6 %)	1 (2,0 %)	0	1,000
Hemicolectomía derecha	2 (3,3 %)	0	2 (18,2 %)	0,031*
Setón perianal	1 (1,6 %)	0	1 (9,1 %)	0,167
Necesidad de Estoma n (%)	3 (4,9 %)	3 (6,0 %)	0	1,000

† Variable cuantitativa expresada como media ± desviación estándar

§ Clasificación de Montreal: CUCI (E1: proctitis; E2: colitis izquierda; E3: pancolitis); EC (A: edad al diagnóstico, B: fenotipo, L: localización).

EI: Enfermedad Inflamatoria Intestinal. CUCI: Colitis

Ulcerosa Crónica Idiopática. EC: Enfermedad de Crohn. DIU: dispositivo intrauterino.

* Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

Predictores de respuesta a terapia avanzada en colitis ulcerativa: cohorte en un hospital universitario de Colombia

Reinaldo Ferney Arias Ariza¹, Juan Pablo Báez¹, Rómulo Darío Vargas¹, Ana María Leguízamo¹, Gisela Serrano Cabarcas², Juan Samuel Hernández¹, Nicolás Domínguez Galindo¹

¹ Pontificia Universidad Javeriana

² Universidad Autónoma de Bucaramanga

Modalidad: poster

N.º Póster: 29

Antecedentes

La respuesta a la terapia avanzada en colitis ulcerativa es heterogénea y no es completamente predecible, conllevando un reto en la individualización del tratamiento. La identificación de factores clínicos y endoscópicos asociados al desenlace terapéutico permitiría optimizar la selección de estrategias terapéuticas desde etapas tempranas. Sin embargo, la evidencia disponible en escenarios de práctica real sigue siendo limitada y, en muchos casos, inconsistente. Explorar estos predictores en cohortes locales aporta información relevante para una medicina más personalizada en enfermedad inflamatoria intestinal.

Objetivo

Evaluar los factores clínicos y endoscópicos asociados con la respuesta a la terapia avanzada de primera línea en pacientes con colitis ulcerativa (CU).

Metodología

Cohorte retrospectiva de 36 pacientes con CU tratados con terapia avanzada en el Hospital Universitario San Ignacio entre 2015 y 2025. Se evaluó la asociación entre factores clínicos y endoscópicos con el desenlace global después de la terapia avanzada. Se realizó un análisis bivariado mediante odds ratio y prueba de Fisher.

Resultados

La severidad endoscópica se asoció con una tendencia a peor respuesta a la terapia. La extensión de la enfermedad (E3) no se asoció con el desenlace clínico global; el inicio temprano de terapia avanzada (<2 años) mostró una mayor probabilidad de ausencia de respuesta, con un gradiente consistente en el análisis por categorías. La presencia de manifestaciones extraintestinales se asoció con una tendencia a mejor respuesta a la terapia. No encontramos diferencias en desenlace global al comparar anti TNF contra otras terapias.

Conclusiones

La mayor severidad endoscópica y el inicio temprano de terapia avanzada mostraron una tendencia a peor respuesta, mientras que las manifestaciones extraintestinales se asociaron con una tendencia a mejor respuesta. Aunque ninguna asociación alcanzó significancia estadística, los hallazgos sugieren patrones clínicamente relevantes.

Características clínicas y respuesta a terapia avanzada en colitis ulcerativa: cohorte en un hospital universitario de Colombia

Reinaldo Ferney Arias Ariza¹, Juan Pablo Báez¹, Rómulo Darío Vargas¹, Ana María Leguízamo¹, Gisela Serrano Cabarcas², Juan Samuel Hernández¹, Nicolás Domínguez Galindo¹

¹ Pontificia Universidad Javeriana

² Universidad Autónoma de Bucaramanga

Modalidad: poster

N.º Póster: 30

Antecedentes

En la colitis ulcerativa, el inicio de terapia avanzada se considera en casos con alta carga inflamatoria y enfermedad extensa, reflejando un fenotipo más agresivo. A pesar de la disponibilidad de terapias efectivas, una proporción significativa presenta respuesta subóptima o requiere escalamiento terapéutico. La identificación de factores asociados a la respuesta, particularmente la actividad endoscópica basal, es clave para la estratificación pronóstica y la optimización del tratamiento. La evidencia en vida real permite contextualizar estos hallazgos en escenarios clínicos cotidianos.

Objetivo

Describir las características clínicas y la respuesta a la primera línea de terapia avanzada en pacientes con colitis ulcerativa en práctica clínica real.

Metodología

Estudio de cohorte retrospectiva de pacientes con colitis ulcerativa (CU) tratados con terapia avanzada en el Hospital Universitario San Ignacio (Bogotá, Colombia) entre 2015 y 2025. Se analizaron variables clínicas, extensión, actividad basal (clínica, endoscópica y biomarcadores) y respuesta a la primera línea terapéutica. Se realizó análisis descriptivo y bivariado.

Resultados

Se incluyeron 36 pacientes (56 % mujeres), con mediana de edad de 35 años (RIC 28–47). El tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio de terapia avanzada fue de 5 años (RIC 1–9). Predominó la enfermedad extensa (64 %) y la actividad endoscópica moderada a severa (89,3 %). La mediana del Mayo clínico fue de 5 (RIC 4–6). La terapia inicial fue principalmente anti-TNF (78 %). El 58,3 % de los pacientes requirió escalamiento a segunda línea. Los pacientes con Mayo endoscópico 3 presentaron una mayor proporción de ausencia de respuesta primaria (33,3 % vs. 10 %; OR 4,5), evidenciando una tendencia hacia peor respuesta, sin alcanzar significancia estadística ($p = 0,18$).

Conclusiones

Los pacientes con CU que inician terapia avanzada presentan alta actividad endoscópica, siendo los anti TNF la terapia de elección; con tasas relevantes de falla terapéutica en la práctica real. La severidad endoscópica mostró una tendencia a peor respuesta, lo que resalta su valor como marcador pronóstico.

Perfil clínico demográfico y terapéutico en una cohorte ambulatoria con enfermedad inflamatoria intestinal en Bogotá, Colombia

María Angélica Bravo P¹, Mariana Poveda García¹, Enrique Ponce de León Chaux¹,
Ferney Africano¹, Claudia Zuluaga¹, Isabella Moros¹, Sara Ayala¹, Viviana A. Echeverry¹, Patricia Álvarez²

¹ Afiliación no especificada

² Afiliación no especificada

Modalidad: poster

N.º Póster: 31

Antecedentes

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), comprende la Colitis Ulcerativa (CU) y la Enfermedad de Crohn (EC), presenta diferencias fenotípicas, clínicas y terapéuticas relevantes. Estudios epidemiológicos internacionales han mostrado variaciones regionales en la distribución de los subtipos y tratamiento. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas y terapéuticas de una cohorte de pacientes con EII pertenecientes a una IPS especializada en Bogotá Colombia.

Objetivo

Describir las características sociodemográficas, clínicas, fenotípicas y terapéuticas de una cohorte ambulatoria de pacientes con EII en seguimiento especializado en Bogotá, Colombia.

Metodología

Estudio observacional descriptivo de cohorte retrospectiva basado en una base de datos clínica ambulatoria institucional. Se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado de EII y subtipo definido, excluyendo casos indeterminados. Se analizaron variables demográficas, clínicas, fenotípicas y terapéuticas. Las variables categóricas se describieron como frecuencias y porcentajes, y las continuas como mediana y rango intercuartílico. Los análisis se estratificaron por subtipo de EII.

Resultados

Se analizaron 442 pacientes con EII, con predominio de colitis ulcerativa (73,8 %) sobre enfermedad de Crohn (26,2 %). El 57 % fueron mujeres y la edad mediana al diagnóstico fue de 40 años (RIQ 28–52). El uso de corticoides sistémicos fue de 18,6%. Entre los pacientes con datos disponibles, la anemia (6,3 %) y la desnutrición (1,1 %) fueron poco frecuentes. Fenotípicamente, en colitis ulcerativa predominó la pancolitis (45,5 %), mientras que en enfermedad de Crohn la localización más frecuente fue ileal (47,2 %). En cuanto al tratamiento, 45,5 % recibían terapia biológica o avanzada, con mayor uso en enfermedad de Crohn que en colitis ulcerativa (71,8 % vs 35,7 %).

Conclusiones

La caracterización de esta cohorte, en concordancia con la literatura, aporta evidencia clave para mejorar la atención de la enfermedad inflamatoria intestinal en Colombia. Más allá de describir el comportamiento de la enfermedad, resalta el valor de las cohortes locales como herramienta estratégica para orientar decisiones clínicas, optimizar el tratamiento y fundamentar políticas de salud más pertinentes, equitativas y alineadas con las realidades del sistema sanitario nacional y nivel de Latinoamérica.

Anexos

Tabla 1. Características generales de la cohorte total.

Variable	n	Estadístico descriptivo
Colitis ulcerativa	442	326/442 (73,8 %)
Enfermedad de Crohn	442	116/442 (26,2 %)
Sexo femenino	442	252/442 (57,0 %)
Edad al diagnóstico, mediana (RIQ)	421	40,0 (28-52)
Uso de corticoides sistémicos	361	67/361 (18,6 %)
Hospitalización asociada a EII	442	35/442 (7,9 %)
Anemia	363	23/363 (6,3 %)
Desnutrición	379	4/379 (1,1 %)
Mesalazina en tratamiento actual	442	164/442 (37,1 %)
Inmunomoduladores en tratamiento actual	442	40/442 (9,0 %)
Biológico/avanzado en tratamiento actual	442	200/442 (45,2 %)

Manifestaciones extraintestinales en enfermedad inflamatoria intestinal: experiencia en un centro especializado en Bogotá

María Angélica Bravo Pérez¹, Mariana Poveda García, Martha Juliana Mantilla, Enrique Ponce de León Chaux, Ferney Africano, Claudia Zuluaga, Isabella Moros, Sara Ayala, Viviana Alejandra Echeverry, Patricia Álvarez

¹ La Carolina Medical IPS

Modalidad: poster

N.º Póster: 32

Antecedentes

Las manifestaciones extraintestinales (MEI) son comorbilidades inmunomediadas frecuentes en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), asociadas a mayor carga de enfermedad y deterioro en la calidad de vida. Su prevalencia varía ampliamente según el contexto poblacional y los criterios diagnósticos empleados.

Objetivo

Estimar la frecuencia de MEI en una cohorte de pacientes con EII en un centro especializado en Bogotá y explorar su asociación con variables demográficas y clínicas.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó 442 pacientes con diagnóstico confirmado de EII. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se describió la frecuencia de MEI y su distribución por subtipos. Se evaluó la asociación con sexo y tipo de EII mediante prueba de chi cuadrado y cálculo de odds ratio (OR) con intervalos de confianza (IC) al 95%, utilizando Jamovi.

Resultados

La prevalencia de MEI fue del 10,1 % (n = 45). Las manifestaciones musculoesqueléticas fueron las más frecuentes (71,1 %), seguidas de uveítis (11,1 %), eritema nodoso (11,1 %) y colangitis esclerosante primaria (6,7 %), esta última exclusivamente en pacientes con colitis ulcerativa. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la presencia de MEI, con menor probabilidad en hombres (OR 0,45; IC 95 %: 0,227–0,899; p = 0,021). En cuanto al tipo de enfermedad, se observó una mayor probabilidad de MEI en pacientes con enfermedad de Crohn (OR 1,9; IC 95 %: 0,996–3,61; p=0,049); sin embargo, esta asociación no fue estadísticamente significativa.

Conclusiones

Las MEI se presentaron en el 10,1 % de los pacientes con EII, con predominio musculoesquelético. El sexo femenino se asoció con mayor probabilidad de MEI, y con mayor tendencia a manifestarse en enfermedad de Crohn. Estos hallazgos resaltan la importancia del tamizaje sistemático y del abordaje multidisciplinario para la detección oportuna de MEI.

Anexos

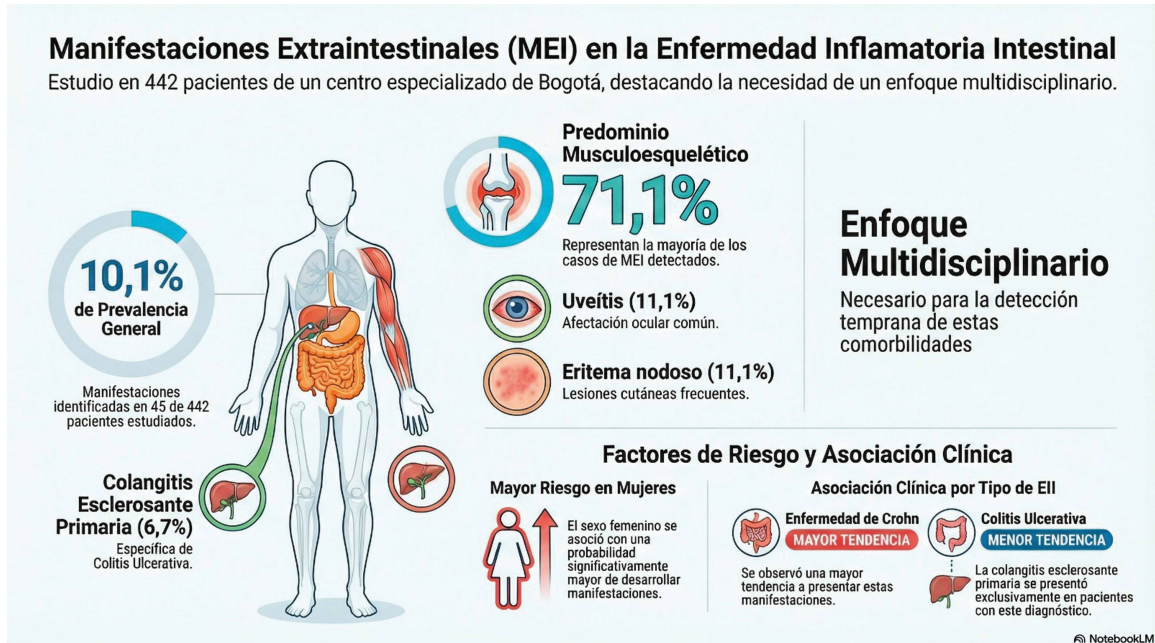


Figura 1. Manifestaciones extraintestinales (MEI) en la enfermedad inflamatoria intestinal

Disección endoscópica submucosa en lesión colónica de extensión lateral en paciente con colitis ulcerativa de larga data

Álvaro Gómez Venegas¹, María Alejandra Mesa Zuluaga², Santiago José Morón Serrano²

¹ Hospital Pablo Tobón Uribe

² Universidad CES

Modalidad: poster

N.º Póster: 33

Antecedentes

Disección endoscópica submucosa en lesión colónica de extensión lateral en paciente con colitis ulcerativa de larga data.

Objetivo

Describir el manejo de una lesión colónica de extensión lateral en un paciente con colitis ulcerativa de larga data, destacando la dificultad para su delimitación sobre mucosa con cambios inflamatorios crónicos y el papel de la disección endoscópica de la submucosa (ESD) para lograr resección completa y adecuada evaluación histológica.

Metodología

Se presenta el caso de un paciente de 82 años con colitis ulcerativa de 35 años de evolución, en tratamiento con aminosalicilatos, sometido a colonoscopia de vigilancia. Se identificó en colon sigmoide una lesión de extensión lateral granular, París 0-IIa + 0-IIb, de 6 × 4 cm, JNET 2A, sobre mucosa con actividad inflamatoria Mayo 1 y cambios crónicos (imágenes 1 y 2). La biopsia inicial reportó adenoma con displasia de bajo grado. Por el tamaño, la extensión lateral y la necesidad de resección en bloque, se decidió manejo mediante ESD.

Resultados

Con cromoendoscopia y magnificación se identificaron los márgenes. Se realizó inyección submucosa con carboximetilcelulosa, azul de metileno, adrenalina y solución salina, con adecuada elevación. Posteriormente, la ESD se efectuó mediante técnica de túnel con FlushKnife 2.0 (imagen 3), completando mucosotomía distal, lateral y proximal, logrando resección completa de la lesión (imagen 4 y 5). El lecho de resección comprometía aproximadamente el 70% de la circunferencia, sin evidencia de lesión residual ni perforación. La histopatología definitiva mostró adenoma tubular con displasia de bajo grado, sin displasia de alto grado, invasión ni malignidad, con bordes periféricos y profundos negativos. El paciente egresó el mismo día del procedimiento, con seguimiento telefónico posterior y sin complicaciones.

Conclusiones

En pacientes con colitis ulcerativa, los cambios inflamatorios crónicos pueden dificultar la identificación y delimitación de lesiones de extensión lateral. La integración de cromoendoscopia y magnificación mejora la evaluación de los márgenes, mientras que la ESD permite una resección completa en bloque y una adecuada valoración histológica. En casos seleccionados, esta estrategia puede evitar colectomía, que previamente era el estándar de manejo de lesiones displásicas en este contexto.

Asociación entre el inicio de terapia avanzada y la reducción del uso de corticoides y de las hospitalizaciones en pacientes con colitis ulcerativa: experiencia en vida real de un hospital universitario colombiano

Reinaldo Ferney Arias Ariza¹, Juan Pablo Báez¹, Rómulo Darío Vargas¹, Ana María Leguizamó¹, Gisela Serrano Cabarcas², Juan Samuel Hernández¹, Nicolás Domínguez Galindo¹

¹ Pontificia Universidad Javeriana

² Universidad Autónoma de Bucaramanga

Modalidad: poster

N.º Póster: 34

Antecedentes

La colitis ulcerativa es una enfermedad inflamatoria crónica que con frecuencia requiere el uso repetido de corticoides y hospitalizaciones por actividad, lo que se asocia con mayor morbilidad y carga para el sistema de salud. En este contexto, las terapias avanzadas han emergido como una estrategia clave para modificar el curso de la enfermedad. Sin embargo, existe limitada evidencia en vida real en Latinoamérica sobre su impacto en desenlaces clínicamente relevantes. Por ello, evaluar su efecto sobre la necesidad de corticoides y hospitalizaciones resulta fundamental para optimizar el manejo de estos pacientes.

Objetivo

Evaluar la asociación entre el inicio de terapia avanzada y la reducción del uso de corticoides y de las hospitalizaciones por actividad en pacientes con colitis ulcerativa.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo de una cohorte de pacientes con colitis ulcerativa tratados con terapia avanzada en el Hospital Universitario San Ignacio. Se incluyeron pacientes con información disponible sobre número de ciclos de corticoides por año y hospitalizaciones por actividad por año antes y después del inicio de terapia avanzada. Se recolectaron variables demográficas, extensión de la enfermedad y terapia avanzada de primera línea. Las variables continuas se describieron con mediana y rango intercuartílico (RIQ), y las categóricas con frecuencias absolutas y porcentajes. Para la comparación pareada antesdespués se utilizó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados

Se analizaron 36 pacientes con colitis ulcerativa; 55,6% fueron mujeres y la edad actual mediana fue de 45,5 años (RIQ 38,8–61,8). La extensión más frecuente al diagnóstico fue E3 en 63,9% de los casos. Las terapias avanzadas de primera línea más utilizadas fueron infliximab (44,4%) y adalimumab (33,3%). Para el análisis principal hubo 32 pares completos. El número de ciclos de corticoides por año disminuyó de una mediana de 1 (RIQ 1–2) antes del inicio de terapia avanzada a 0 (RIQ 0–1) después del inicio, con mejoría en 71,9% de los pacientes y sin empeoramiento en ningún caso ($p < 0,001$). De igual forma, las hospitalizaciones por actividad por año disminuyeron de una mediana de 2 (RIQ 1–2) a 0 (RIQ 0–1), con mejoría en 68,8% de los pacientes y sin empeoramiento en ningún caso ($p < 0,001$). La proporción de pacientes sin ciclos de corticoides aumentó de 12,5% a 68,8%, y la proporción sin hospitalizaciones por actividad aumentó de 18,8% a 65,6%.

Conclusiones

La terapia avanzada se asoció con una reducción significativa del uso de corticoides y de las hospitalizaciones por actividad en pacientes con colitis ulcerativa.

Enteropatía tipo Marsh 3A en colitis ulcerosa con serología celíaca negativa: ¿celiaquía, enteropatía inflamatoria o inducida por olmesartán?

Gabriela Alejandra Melgar Álvarez¹, Walfred Ramiro Osorio Reyes², José Luis López Villatoro¹, José Daniel Marroquín³

¹ Universidad Mariano Gálvez

² Universidad de San Carlos de Guatemala

³ Centro Médico Militar

Modalidad: poster

N.º Póster: 35

Antecedentes

La presencia de atrofia vellosa intestinal tipo Marsh en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal representa un desafío diagnóstico, particularmente cuando la serología para enfermedad celíaca es negativa. Este hallazgo puede observarse en diversas condiciones, incluyendo enteropatía inflamatoria asociada a enfermedad inflamatoria intestinal o enteropatía inducida por fármacos como olmesartán.

La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía inmunomediada por gluten, con una prevalencia cercana al 1 %, cuyo diagnóstico requiere la integración de serología, genética e histología; sin embargo, los hallazgos tipo Marsh no son patognomónicos y pueden observarse en otras enteropatías inflamatorias o inducidas por fármacos.

Objetivo

El objetivo del presente es describir un caso de enteropatía tipo Marsh 3^a en paciente con colitis ulcerativa activa y el reto diagnóstico diferencial.

Metodología

Se presenta caso clínico de un paciente con enfermedad inflamatoria intestinal activa con biopsia duodenal marsh 3^a evaluado mediante estudios clínicos, endoscópicos, histológicos y de laboratorio.

Resultados

Se presenta caso de un paciente masculino de 68 años con diarrea crónica de un año de evolución, melena, pérdida de peso y antecedente de uso prolongado de olmesartán. Al ingreso presentaba caquexia, anemia, bicitopenia, reactantes de fase aguda elevados, hipoalbuminemia y alteraciones electrolíticas. La serología para enfermedad celíaca fue negativa. No se cuenta con HLA. La colonoscopia mostró inflamación colónica con úlceras, compatibles con colitis ulcerosa activa, (Figura 1) y la biopsia evidenció colitis ulcerosa activa asociada a enteropatía duodenal con atrofia vellosa tipo Marsh 3^a (Figura 2) Durante su evolución desarrolló deterioro clínico progresivo, infección nosocomial y alta sospecha de tromboembolia pulmonar. Mejoró parcialmente al suspender olmesartan, sin embargo, por evolución y deterioro que presentó, el paciente falleció.

Conclusiones

La presencia de atrofia vellosa tipo Marsh 3A en pacientes con colitis ulcerosa activa y serología celíaca negativa constituye un desafío diagnóstico poco frecuente. Este patrón histológico no es exclusivo de la enfermedad celíaca y puede observarse en enteropatías inflamatorias o inducidas por fármacos, particularmente asociadas

al uso de olmesartán. Este caso enfatiza la importancia de una evaluación clínico-patológica integral para establecer el diagnóstico diferencial adecuado y reconocer oportunamente complicaciones sistémicas potencialmente graves.

Anexos

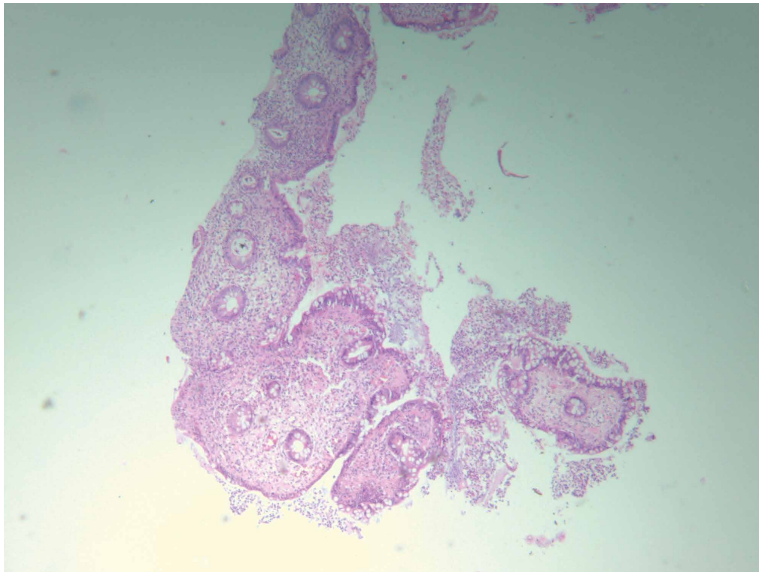


Figura 2. Biopsia duodenal teñida con hematoxilina-eosina mostrando atrofia vellosa parcial, hiperplasia criptal y aumento de linfocitos intraepiteliales, hallazgos compatibles con enteropatía tipo Marsh 3A.

Asociación de lupus eritematoso sistémico primario y enfermedad de Crohn en pediatría, no relacionado con la terapia biológica: experiencia del centro de excelencia del Hospital Internacional de Colombia

Carlos Cuadros Mendoza^{1,2}, Hever Ochoa Rodríguez¹, Johon Garcés¹, Viviana Parra Izquierdo^{1,2}

¹ Hospital Internacional de Colombia, Bucaramanga

² Fundación Cardiovascular de Colombia

Modalidad: poster

N.º Póster: 36

Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y el lupus eritematoso sistémico (LES) son entidades inmunomediadas crónicas que, aunque distintas en su expresión clínica, comparten mecanismos fisiopatológicos y susceptibilidad genética. En población pediátrica, la enfermedad de Crohn representa una proporción importante de la EII, con cambios recientes en su abordaje terapéutico, destacándose el uso de agentes biológicos como los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF).

El infliximab ha demostrado eficacia en la inducción y mantenimiento de la remisión en enfermedad de Crohn. La coexistencia de ambas entidades en población pediátrica es infrecuente y plantea desafíos diagnósticos, especialmente en el contexto de pacientes en tratamiento con infliximab, donde debe diferenciarse de formas inducidas por este medicamento. La coexistencia de EII y aparición de LES primario independiente del uso de terapia biológica representa un escenario poco descrito en la literatura.

Objetivo

Presentamos el caso de una paciente adolescente con enfermedad de Crohn quien durante su seguimiento clínico, desarrolló lupus eritematoso sistémico primario, resaltando la importancia del reconocimiento oportuno y el abordaje diferencial en este tipo de asociación.

Metodología

Presentación descriptiva de un caso clínico.

Resultados

Se presenta el caso de una adolescente de 13 años con antecedentes atópicos, quien consultó por dolor abdominal y diarrea crónica con moco y sangre, asociada a pérdida de peso. Inicialmente fue manejada como infección gastrointestinal sin mejoría. Se realizaron estudios endoscópicos que evidenciaron lesiones ulcerativas en el colon, parcheadas, no confluentes, con aspecto en empedrado y múltiples úlceras serpiginosas, sugestivas de enfermedad de Crohn colónico; la histología mostró infiltrado eosinofílico significativo, con presencia de úlceras discontinuas de la mucosa profundas y criptitis. Calprotectina fecal: 350 mcg/d. Se diagnosticó enfermedad de Crohn colónica (A1bL2B1G0, SES-CD 6) y se inició tratamiento con infliximab, logrando remisión clínica y normalización de biomarcadores.

Durante el seguimiento tras 2 años de manejo con infliximab, en donde se logró y se mantuvo remisión clínica, endoscópica e histológica sostenida, la paciente presentó dolor musculoesquelético generalizado de más de dos meses de evolución, por lo que se solicitaron estudios inmunológicos el cual evidenciaron anticuerpos

antinucleares y anti-ADN de doble cadena positivos, hipocomplementemia, proteinuria. Se sospecho Lupus inducido por infliximab, se cambio infliximab por upadacitinib y se solicitaron anti-histonas negativos, por lo que estableció diagnóstico de lupus eritematoso sistémico primero no asociado a la terapia biológica. Actualmente esta en manejo con upadacitinib con lo que mantiene remisión clínica, endoscópica e histológica. Así mismo reumatología pediátrica inicio manejo con deflazacort e hidroxicloroquina. Presenta evolución clínica favorable, sin recaída gastrointestinal y adecuado control de la actividad autoinmune.

Conclusiones

La coexistencia de enfermedad de Crohn y lupus eritematoso sistémico representa un desafío clínico debido a su baja frecuencia estimada en algunos estudios menor al 1% de los casos. Se ha descrito que ambas entidades comparten vías inmunológicas comunes, incluyendo alteraciones en la regulación de linfocitos T y producción de citocinas proinflamatorias, sin embargo, los mecanismos fisiopatológicos de su asociación aún están en estudio.

En pacientes con enfermedad de Crohn, la aparición de manifestaciones compatibles con lupus suele atribuirse a formas inducidas por fármacos, especialmente terapias anti-TNF como Infliximab. Sin embargo, el lupus inducido por medicamentos generalmente presenta un curso clínico más leve, con menor compromiso orgánico, positividad frecuente de anticuerpos anti-histonas y resolución tras la suspensión del agente causal.

En contraste, el presente caso sugiere el desarrollo de lupus eritematoso sistémico primario, sustentado en la ausencia de relación temporal clara con la terapia biológica, la negatividad de anticuerpos anti-histonas y la presencia de hallazgos clínicos e inmunológicos compatibles con LES. Este escenario representa un reto diagnóstico, ya que la diferenciación entre lupus inducido y primario tiene implicaciones pronósticas y terapéuticas relevantes.

Algunos estudios en población pediátrica han planteado que la coexistencia de enfermedades autoinmunes podría reflejar un “fenotipo autoinmune expandido”, en el cual un mismo paciente desarrolla múltiples patologías mediadas por el sistema inmune. No obstante, la evidencia continúa siendo limitada y basada principalmente en reportes de caso y series pequeñas.

Este caso resalta la importancia de realizar una evaluación integral en pacientes con enfermedad de Crohn que desarrollan manifestaciones sistémicas extragastrointestinales, evitando atribuir automáticamente estos hallazgos a efectos adversos del tratamiento. El reconocimiento oportuno de lupus primario permite instaurar un manejo adecuado y prevenir complicaciones a largo plazo.

Trasplante de progenitores hematopoyéticos como estrategia de rescate en enfermedad de Crohn refractaria: experiencia pionera en Santander, Colombia

Carlos Cuadros-Mendoza¹, Viviana Parra Izquierdo^{1,2}, Germán Manuel Tovar-Fierro^{3,4}, Kelly Johana Paz⁵, Ginary Orduz-Díaz¹, Johon Garces¹, Gisela Serrano Cabarcas⁶, Benjamín Fernando Carvajal⁶, María Paula Blanco⁶, Claudia Lucia Sossa⁷

¹ Centro de Excelencia en Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital Internacional de Colombia, Bucaramanga, Colombia

² Grupo de Inmunología Celular y Molecular InmuBo, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

³ Docencia, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia

⁴ Gastrocal, Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL), Bucaramanga, Colombia

⁵ Servicio de Hematología y Trasplante de Médula Ósea Pediátrico, Hospital Internacional de Colombia, Bucaramanga, Colombia

⁶ Residente de Medicina Interna, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia

⁷ Unidad de Trasplante de Células Hematopoyéticas, FOSCAL, Bucaramanga, Colombia

Modalidad: poster

N.º Póster: 37

Antecedentes

La Enfermedad de Crohn (EC) refractaria afecta al 25% de los pacientes, quienes no logran remisión con terapias biológicas convencionales. En pediatría, el debut antes de los 6 años (VEO-IBD) sugiere una etiología monogénica, como la deficiencia de XIAP (mutaciones en BIRC 4), que altera la regulación de la apoptosis y la inmunidad innata (vía Progenitores Hematopoyéticos (TPH) alogénico es la única cura definitiva, en la EC poligénica del adulto joven, el TPH autólogos urge como una terapia de rescate para resetear la autorreactividad inmune en casos con riesgo de falla intestinal.

Objetivo

Describir la eficacia y seguridad del trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal refractaria.

Metodología

Serie de casos descriptiva. Se reportan dos casos clínicos manejados con TPH, donde se presentan los fenotipos, regímenes de acondicionamiento y desenlaces clínicos.

Resultados

Se presenta el caso de un lactante masculino de 9 meses con un cuadro de diarrea intermitente, fiebre recurrente y desnutrición. A los 18 meses, la colonoscopia reveló una enfermedad de Crohn severa (SES-CD: 21) con úlceras profundas, enfermedad perianal con fístula perianal. El paciente mostró una refractariedad absoluta a esteroides, azatioprina e infliximab, sumado a múltiples infecciones oportunistas por CMV, EBV, *Klebsiella* y *Cándida*, lo que orientó la sospecha hacia una inmunodeficiencia primaria. El estudio genético mediante exoma confirmó una mutación patogénica en XIAP (XIAP tipo 2/XLP-2), estableciendo el diagnóstico de una enfermedad inflamatoria intestinal monogénica. Como estrategia de rescate, se utilizó sirolimus como terapia puente, logrando una mejoría parcial de la inflamación intestinal antes del procedimiento definitivo. Finalmente, el paciente recibió un trasplante alogénico haploidéntico de progenitores hematopoyéticos (donante paterno) con un régimen de acondicionamiento de intensidad reducida. Tras superar complicaciones postrasplante como reactivaciones virales y enfermedad injerto contra huésped hepática, el paciente alcanzó un quimerismo completo y remisión endoscópica sostenida a los 12 meses de seguimiento.

El segundo caso trata de un varón de 22 años con enfermedad de Crohn (EC) ileocolónica estenosante (Montreal A1L3B2) diagnosticada finalizando sus 17 años. El paciente presentó un curso clínico agresivo caracterizado por dependencia a esteroides y refractariedad primaria a múltiples líneas terapéuticas, incluyendo azatioprina, infliximab optimizado, vedolizumab y upadacitinib. A pesar de una hemicolectomía derecha, evolucionó con recurrencia posquirúrgica temprana, fístula enterocutánea y desnutrición proteico-calórica severa con requerimientos transfusionales recurrentes. Ante el agotamiento de opciones farmacológicas y el elevado riesgo de síndrome de intestino corto frente a nuevas resecciones, se optó por un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (autoTPH) en diciembre de 2025. Durante el periodo postrasplante presentó complicaciones infecciosas graves como neutropenia febril por *Klebsiella pneumoniae* multirresistente y neumonía organizada. Actualmente el paciente se encuentra en fase de recuperación medular con estabilidad clínica, ausencia de dolor abdominal y cese del sangrado gastrointestinal. Este caso ilustra que, aunque el autoTPH conlleva una morbilidad infecciosa significativa, constituye una alternativa terapéutica potencial para inducir el control de la enfermedad en pacientes seleccionados con EC grave y opciones quirúrgicas limitadas.

Conclusiones

En conjunto, estos hallazgos refuerzan la necesidad de un enfoque individualizado, basado en la caracterización biológica de la enfermedad, donde el diagnóstico genético, la estratificación del riesgo y la selección terapéutica dirigida convergen para optimizar los resultados en pacientes con EII pediátrica compleja. El TPH autólogo emerge como una alternativa de rescate en pacientes con enfermedad de Crohn poligénica agresiva y refractaria, que puede llegar a ser curativa en VEO-IBD monogénica y una alternativa de rescate eficaz en EC poligénica refractaria, especialmente cuando su objetivo es evitar intervenciones quirúrgicas que generen un síndrome de intestino corto, aunque su uso debe balancearse cuidadosamente frente a su perfil de toxicidad. El éxito del procedimiento depende del diagnóstico genético temprano y la gestión proactiva de complicaciones infecciosas. En este contexto, el primer elemento crítico es el diagnóstico genético oportuno. La identificación de mutaciones monogénicas, como la deficiencia de XIAP, redefine por completo el paradigma diagnóstico y terapéutico. No se trata únicamente de una variante de enfermedad de Crohn, sino de una entidad inmunológica distinta, con implicaciones pronósticas y terapéuticas radicalmente diferentes. Considerando que hasta un 4 % de los casos de enfermedad de Crohn pediátrica refractaria pueden tener una base monogénica, la ausencia de estudios genéticos avanzados como el exoma puede conducir a una prolongación innecesaria de terapias ineficaces, con el consecuente riesgo acumulado de complicaciones graves, incluyendo infecciones oportunistas potencialmente letales. En este sentido, el Caso 1 representa un ejemplo paradigmático de cómo el diagnóstico molecular no solo esclarece etiología, sino que redefine el objetivo terapéutico hacia una estrategia curativa.

Por otro lado, el Caso 2 introduce el papel del TPH autólogo en enfermedad de Crohn poligénica severa. Aunque no corrige un defecto genético específico, su objetivo es reiniciar el sistema inmunológico, induciendo una “reprogramación” de la respuesta inflamatoria. La evidencia disponible, incluyendo el ensayo ASTIC y datos del registro EBMT, ha demostrado que este enfoque puede lograr una reducción significativa de la actividad clínica y endoscópica. Sin embargo, estos beneficios deben ponderarse frente a un perfil de riesgo no despreciable, caracterizado principalmente por una alta incidencia de complicaciones infecciosas, como bacteriemias y reactivaciones virales, asociadas a la profunda inmunosupresión del procedimiento. Esto subraya la necesidad de una cuidadosa selección de pacientes y manejo en centros con experiencia. Otro aspecto particularmente relevante en ambos casos es el uso de terapias puente, como el sirolimus. En el Caso 1, la reducción del índice endoscópico SESCD de 21 a 13 previo al trasplante alogénico no solo refleja un control parcial de la inflamación, sino que también optimiza el estado clínico del paciente antes de un procedimiento de alto riesgo. Este enfoque estratégico resalta la importancia de modular la actividad inflamatoria antes del TPH, con el fin de mejorar los resultados postrasplante y reducir complicaciones. La vigilancia multidisciplinaria, junto con la monitorización objetiva mediante endoscopia y biomarcadores, es esencial en la toma de decisiones clínicas, especialmente ante la frecuente discordancia entre la percepción clínica del paciente y la actividad inflamatoria real.

Precisión diagnóstica de biomarcadores no invasivos como predictores de actividad endoscópica mediante índices Mayo y UCEIS en colitis ulcerosa

Sergio Aroldo Chojolan Hernández¹, Vielka Barillas Delgado¹, María Castillo González¹, Dania Campos García¹, Luis Fernando Sandoval¹, Nadhykrina Samayoa González¹, Carlos Paredes Amenábar¹

¹ Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Modalidad: poster

N.º Póster: 38

Antecedentes

La remisión endoscópica es un objetivo terapéutico fundamental en la Colitis Ulcerosa (CU) para prevenir complicaciones ⁽¹⁾. En la práctica clínica, es imperativo contar con herramientas no invasivas que identifiquen con precisión qué pacientes requieren evaluación endoscópica prioritaria ^(2,3). A pesar de que la Calprotectina Fecal (CF), Albúmina, PCR y VES son predictores de actividad endoscópica, su utilidad no ha sido validada en la población guatemalteca ⁽⁴⁾. Este estudio busca validar estos biomarcadores como predictores de actividad moderada-grave (Mayo ≥ 2 /UCEIS ≥ 3) para optimizar seguimiento personalizado ⁽⁵⁾.

Objetivo

Determinar la precisión diagnóstica de la cinética de los biomarcadores séricos como predictores de actividad endoscópica mediante los scores Mayo/UCEIS en pacientes con Colitis Ulcerosa.

Metodología

De una población inicial de 44 pacientes con Colitis Ulcerosa, se seleccionó una muestra de 25 pacientes en el periodo 2024-2026. Se incluyeron los que tuvieron seguimiento al menos de 12 meses y disponibilidad de marcadores séricos pareados con el score de Mayo y UCEIS, se excluyeron pacientes con datos incompletos y los que no tienen seguimiento por diagnóstico reciente. Se evaluó la precisión diagnóstica de un panel de biomarcadores CF, Albúmina, PCR, VES y Hemoglobina para predecir actividad mucosa moderada-grave (Mayo ≥ 2 /UCEIS ≥ 3). Los biomarcadores se obtuvieron ≤ 3 días previos a la colonoscopia. El análisis consistió en comparación de medias mediante la prueba de U de Mann-Whitney, utilizando el software SPSS V.26. Se consideró significancia estadística con valor $p < 0.05$. Para determinar la precisión diagnóstica, se realizaron curvas ROC (Receiver Operating Characteristic). Se calculó el Área Bajo la Curva (AUC) para cada biomarcador y se identificaron los puntos de corte óptimos, determinando su sensibilidad (S) y especificidad (E) para predecir actividad moderada-grave (Mayo 2-3/UCEIS 3-4).

Resultados

Se analizaron 25 pacientes (edad 37.4 \pm 14.2 años), con predominio de pancolitis (60 %) y actividad moderada-grave inicial (88 %, UCEIS 3-4). Al seguimiento, el 100 % de la cohorte recibió terapia avanzada (96 % Ustekinumab, 4 % Upadacitinib). Se observó una reducción significativa de Calprotectina Fecal (1,050 vs. 185 $\mu\text{g/g}$; $p < 0.001$) y normalización de Albúmina Sérica (3.1 vs. 4.3 g/dL ; $p = 0.015$). La Calprotectina discriminó con alta significancia entre remisión/leve y moderada/grave (165 \pm 85 vs. 1,180 \pm 420 $\mu\text{g/g}$; $p < 0.001$), seguida por la PCR ($p = 0.008$) y la VES ($p = 0.038$). La Hemoglobina mostró una tendencia a la recuperación sin alcanzar significancia total ($p = 0.062$). El análisis de curvas ROC identificó a la CF como el predictor con mayor precisión diagnóstica para actividad moderada-grave (AUC 0.91; $p < 0.001$), con sensibilidad del 92 % y especificidad del 88 % para un punto de corte $> 250 \mu\text{g/g}$. La Albúmina Sérica mostró un desempeño notable (AUC 0.82; $p = 0.015$) con

un umbral de < 3.5 g/dL. Los niveles de estos biomarcadores mostraron una respuesta paralela a la mejoría/recaída de los índices endoscópicos Mayo y UCEIS.

Conclusiones

Nuestros hallazgos confirman que la calprotectina fecal es el predictor no invasivo con mayor precisión diagnóstica (AUC 0,91; $p < 0,001$) para determinar actividad endoscópica moderada-grave (Mayo 2-3 / UCEIS 3-4), seguida por la albúmina sérica, PCR y VES. La normalización de estos biomarcadores se consolida como un indicador de respuesta terapéutica eficaz, mientras que la hemoglobina no muestra diferencia estadística significativa ($p = 0,062$). El empleo de estos marcadores permite una estratificación objetiva del estado endoscópico, optimizando la selección de pacientes que requieren colonoscopia y personalizando el seguimiento longitudinal de la enfermedad

Anexos

Tabla 1. Características generales de los pacientes con colitis ulcerosa (n = 25)

Edad, años (DE)	37,4 (14,2)
Sexo, femenini (%)	14 (56)
Montreal	
E1 (%)	2 (8)
E2 (%)	8 (32)
E3 (%)	15 (60)
Mayo endoscópico ≥ 2	22
UCEIS	
1: Remisión, (%)	1 (4)
2: Leve, (%)	2 (8)
3: Moderado, (%)	10 (40)
4: Grave, (%)	12 (48)
Morbilidades	
Manifestaciones extraintestinales (MEI), (%)	9 (36)
Tabaquismo	2 (8)
Antecedente familiar CUCI	3 (12)
Tratamiento	
Ustekinumab, (%)	24 (96)
Upadacitinib, (%)	1 (4)
Biomarcadores séricos	
Albúmina, media (DE)	3,1 (0,8)
Calprotectina fecal, media (DE)	1050 (280)
PCR mg/dl, media (DE)	24,5 (12,1)
VES mm/h, media (DE)	32,0 (15,4)
Hemoglobina g/dL, media (DE)	10,8 (2,1)

DE: desviación estándar; E1: proctitis; E2: colitis izquierda; E3: pancolitis; PCR: proteína C reactiva; VES: velocidad de eritrosedimentación.

Tabla 2. Comparación de biomarcadores según severidad endoscópica (n = 25)

Biomarcador	Mayo 0-1 / UCEIS 1-2	Mayo 2-3 / UCEIS 3-4	Valor p
Calprotectina fecal ug/g media (DE)	165 (85)	1180 (420)	< 0,001
Albúmina sérica, media (DE)	4,3 (0,4)	3,0 (0,7)	0,015
PCR mg/dl, media (DE)	4,2 (2,1)	26,8 (14,5)	0,008
VES mm/h, media (DE)	12,5 (6,8)	34,2 (18,2)	0,038
Hemoglobina g/dL media (DE)	13,6 (1,2)	10,5 (2,3)	0,062

Tabla 3. Análisis de precisión diagnóstica (curvas ROC)

Biomarcador	AUC (IC 95 %)	Valor p	Punto de corte
Calprotectina fecal	0,91 (0,84 - 0,98)	< 0,001	> 250 µg/g
Albúmina sérica	0,82 (0,72 - 0,91)	0,015	< 3,5 g/dL
PCR	0,78 (0,65 - 0,89)	0,008	> 10 mg/dL
VES	0,65 (0,51 - 0,78)	0,038	> 20 mm/h

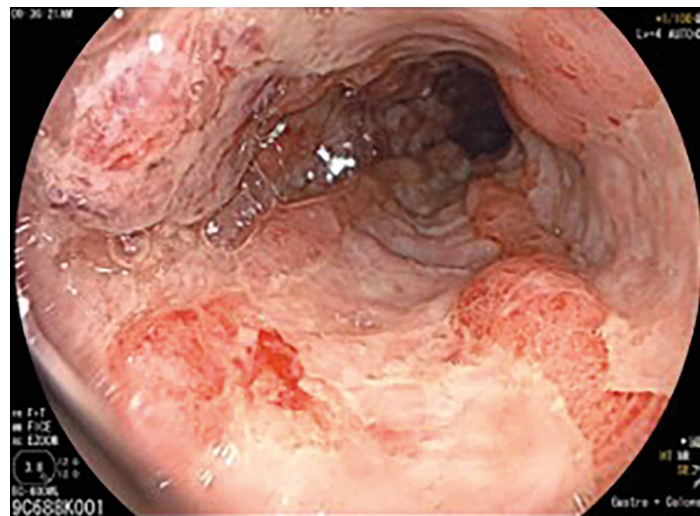


Figura 1. Actividad endoscópica Mayo 3/UCEIS 4 (8pts)

Perfil de ansiedad y depresión medido con la Hospital Anxiety and Depression Scale en una cohorte ambulatoria con EII en Bogotá, Colombia

María Angélica Bravo Pérez¹, Mariana Poveda García², Enrique Ponce de León Chau², Ferney Africano², Claudia Zuluaga Serna², Isabella Moros², Sara Ayala², Viviana Alejandra Echeverry², Patricia Álvarez².

¹ La Carolina Medical IPS, Colombia.

² Afiliación no especificada.

Modalidad: poster

N.º Póster: 39

Antecedentes

La carga psicológica en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es actualmente reconocida como un componente clínicamente relevante, mediado por la interacción del eje intestino-cerebro. La ansiedad y la depresión son frecuentes en estos pacientes y pueden influir en la actividad de la enfermedad y la calidad de vida. La escala Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) es una herramienta útil para el tamizaje en enfermedades crónicas, aunque su comportamiento en cohortes latinoamericanas ha sido poco descrito.

Objetivo

Describir el perfil de síntomas ansiosos y depresivos medidos con HADS en una cohorte ambulatoria con EII en Bogotá y comparar los resultados entre colitis ulcerativa (CU) y enfermedad de Crohn (EC), integrando los hallazgos con la literatura.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo en una cohorte de 442 pacientes con EII. Se incluyeron 200 pacientes (45.2%) con medición disponible de HADS (HADS-A y HADS-D). Se analizaron puntajes continuos y categóricos (puntos de corte ≥ 8 y ≥ 11), comparando entre CU y EC.

Resultados

La mediana de HADS-A fue 5.5 (RIQ 2.0–8.2), HADS-D 2.0 (0.0–5.0) y HADS total 8.0 (4.0–13.0). No se observaron diferencias significativas en los puntajes continuos entre CU y EC. La proporción de síntomas clínicamente relevantes (≥ 8) fue similar para ansiedad (32.2% vs 36.8%) y depresión; sin embargo, con un umbral más estricto (HADS-D ≥ 11), se observó mayor proporción en CU (14.0% vs 3.5%). No hubo diferencias en ansiedad severa (HADS-A ≥ 11).

Conclusiones

La carga afectiva global fue similar entre CU y EC en términos de puntajes promedio. No obstante, se identificó una mayor proporción de depresión severa en pacientes con EC, lo que sugiere un posible subgrupo con mayor vulnerabilidad psicológica. Estos hallazgos respaldan el tamizaje sistemático en EII y la integración del componente psicológico en el manejo multidisciplinario. Se requieren estudios latinoamericanos adicionales que incorporen variables clínicas y socioculturales.

Anexos

Tabla 1. Perfil de Salud Mental en Pacientes con EII

Condición clínica	Total de pacientes	Mediana HADS-A	Mediana HADS-S	Ansiedad (≥ 8) (%)	Depresión (≥ 8) (%)	Depresión severa (≥ 11) (%)
Total global	200	5,5 (RIQ 2,0 - 8,2)	2,0 (RIQ 0,0 - 5,0)	33,5 %	15,5 %	6,5 %
Colitis ulcerativa	143	5,5 (RIQ 2,0 - 8,2)	2,0 (RIQ 0,0 - 5,0)	32,2 %	15,4 %	3,5 %
Enfermedad de Crohn	57	5,5 (RIQ 2,0 - 8,2)	2,0 (RIQ 0,0 - 5,0)	36,8 %	15,8 %	14,0 %

Patrones sociodemográficos de vitamina D sérica en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal: distribuciones y asociaciones transversales en Colombia (2018–2023)

Jhon Sebastián Patiño Rueda¹, Cristian David Ochoa Ardila², Laura Valentina Fernández Rodríguez², Sandra Valeria Díaz Rodríguez², Adriana Margarita Rey Rubiano¹, Javier Carrera Siachoque¹, Rafael García-Duperly¹, Rocío del Pilar López Panqueva¹, Belén Elvira Mendoza de Molano¹

¹ Fundación Santa Fe de Bogotá, Colombia

² Universidad de los Andes, Colombia

Modalidad: poster

N.º Póster: 40

Antecedentes

La vitamina D tiene efectos inmunomoduladores que podrían influir en el curso de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), pero la evidencia local sobre su distribución y sus factores asociados sigue siendo limitada.

Evaluamos factores sociodemográficos y clínicos asociados con los niveles séricos de 25-hidroxivitamina D en pacientes con EII atendidos en un centro de referencia de alta complejidad en Bogotá, Colombia, entre 2018 y 2023.

Objetivo

Este estudio analiza factores sociodemográficos asociados con los niveles de vitamina D en pacientes con EII atendidos en la Fundación Santa Fe de Bogotá entre 2018 y 2023.

Metodología

Se realizó un estudio transversal en 183 pacientes de una cohorte multidisciplinaria de EII. Se definió suficiencia de vitamina D como 25-hidroxivitamina D sérica ≥ 30 ng/mL. Entre los pacientes con al menos una medición se realizaron análisis descriptivos, bivariados y regresión logística multivariada. El desempeño del modelo se evaluó con sensibilidad, especificidad, calibración de Hosmer-Lemeshow y curva ROC.

Resultados

De los 183 pacientes, 75 (41,0 %) contaban con al menos una medición de vitamina D. La media de 25-hidroxivitamina D fue de 27,9 ng/mL y 48 de 75 pacientes (64,0 %) presentaron niveles subóptimos. En el modelo ajustado, la edad de 28 a 59 años se asoció con mayores odds de insuficiencia/deficiencia frente al grupo de 13 a 17 años (POR ajustado 4,864, IC95 % 1,084–21,831; $p=0,039$). Tener más de cinco mediciones previas de vitamina D se asoció con odds marcadamente menores de insuficiencia/deficiencia (POR ajustado 0,032, IC95 % 0,003–0,307; $p=0,040$). La enfermedad de Crohn y la hipertensión arterial mostraron asociaciones limítrofes en el análisis ajustado. El análisis por severidad sugirió menores niveles medios de vitamina D con mayor gravedad en Crohn y en la colitis ulcerativa grado 2, aunque sin significancia estadística. La discriminación del modelo fue buena, con un AUC de 0.880.

Conclusiones

Los niveles subóptimos de vitamina D fueron frecuentes entre los pacientes con EII que tenían medición disponible en esta cohorte de atención terciaria. Los adultos entre 28 y 59 años presentaron mayores odds de

insuficiencia/deficiencia, mientras que el monitoreo repetido de vitamina D se asoció con un mejor estado de vitamina D. Estos hallazgos respaldan la evaluación rutinaria de vitamina D en la atención de la EI y justifican estudios prospectivos que aclaren la temporalidad y su posible impacto clínico.

Anexos

Tabla 1. Diferencias sociodemográficas entre los pacientes con suficiencia de vitamina D y los pacientes con insuficiencia o deficiencia de vitamina D

Características de la Población (N=75)	Suficiencia de Vitamina D (S)	Deficiencia Insuficiencia de Vitamina (D)	Diferencia (S-D)	p value
Sexo (n = 75)	% (CI95 %)	(%) (CI95 %)	(%) (CI95 %)	
Mujer	62.96 (44.75, 81.18)	54.17 (40.07, 68.26)	8.79 (-14.24, 31.83)	0.466
Edad (n=75)	% (CI95 %)	(%) (CI95 %)	(%) (CI95 %)	
13-17 años	7.41 (0†, 17.29)	4.17 (0†, 9.82)	3.24 (-8.14, 14.62)	0.549
18-28 años	3.70 (0†, 10.82)	12.50 (3.14, 21.86)	-8.80 (-20.55, 2.96)	0.209
28-59 años	25.93 (9.40, 42.46)	45.83 (31.74, 59.9)	-19.90 (-41.63, 1.82)	0.089*
> 60 años	62.96 (44.75, 81.18)	37.50 (23.80, 51.20)	25.46 (2.67, 48.25)	0.034**
Escolaridad				
Universidad o Posgrado	66.66 (48.88, 84.45)	75.01 (62.75, 87.25)	-8.35 (-29.93, 13.26)	0.440
Bachillerato, técnico o tecnológico.	25.93 (9.40, 42.46)	20.83 (9.34, 32.32)	5.10 (-15.04, 25.22)	0.613
Secundaria Incompleta	7.41 (0†, 17.29)	4.16 (0†, 9.82)	3.25 (-8.14, 14.62)	0.549
Ocupación (n=75)	% (CI95 %)	(%) (CI95 %)	(%) (CI95 %)	
Trabajador	48.15 (29.30, 66.99)	72.92 (60.34, 85.49)	-24.77 (-47.42, -2.11)	0.032**
Pensionado	18.52 (3.87, 33.17)	10.42 (1.77, 19.05)	8.10 (-8.91, 25.11)	0.322
Ama de Casa-Oficios Varios	22.22 (6.54, 37.90)	6.25 (-0.58, 13.10)	15.97 (-1.14, 33.08)	0.042**
Estudiantes	7.41 (0†, 17.28)	6.25 (0†, 13.10)	1.16 (-10.86, 13.18)	0.850
Minería, Pesca, Agricultura	3.70 (0†, 10.83)	4.16 (0†, 9.82)	-0.46 (-9.56, 8.63)	0.923
Afiliación al Sistema de Salud (n=75)	% (CI95 %)	(%) (CI95 %)	(%) (CI95 %)	
Contributivo	96.30 (89.17, 100‡)	95.83 (90.18, 100‡)	0.47 (-8.63, 9.56)	0.922
Subsidiado	0	0.21 (0†, 6.12)	-0.21 (0†, 6.12)	0.450
No Afiliado	3.70 (0†, 10.83)	2.08 (0†, 6.12)	1.62(-6.57, 9.81)	0.681
Minoría Étnica (n=75)				
No pertenece a ninguna	96.30 (89.17, 100‡)	91.67 (83.85, 99.48)	4.63 (-5.95, 15.21)	0.440
Área de Residencia (n=74)				
Urbana	88.46 (76.18, 100‡)	95.83 (90.18, 100‡)	-7.37 (-20.89, 6.15)	0.229
Tipo de EI (n=75)				
Colitis Ulcerativa	59.26 (40.73, 77.79)	50.00 (35.85, 64.14)	9.26 (-14.05, 32.57)	0.440
Tabaquismo (n=74)				
Nunca	55.56 (36.81, 74.30)	70.21 (57.14, 83.29)	-14.65 (-37.51, 8.19)	0.204
Exfumador	37.04 (18.82, 55.25)	17.02 (6.28, 27.77)	20.02 (-1.13, 41.16)	0.053*
Fumador Activo	7.40 (0†, 17.29)	12.77 (3.22, 22.31)	-5.37 (-19.09, 8.37)	0.475
Hipertensión Arterial (n = 74)	18.52 (3.87, 33.17)	27.65 (14.87, 40.45)	-9.13 (-28.59, 10.31)	0.378
Diabetes Mellitus (n = 74)	18.52 (3.87, 33.17)	14.89 (4.71, 25.07)	3.63 (-14.21, 21.46)	0.684
Enfermedad Renal Crónica	0	2.13 (0†, 6.25)	-2.13 (0, 6.25)	0.445

† El límite inferior del intervalo de confianza calculado fue menor que 0 %

‡ El límite superior del intervalo de confianza calculado fue mayor que 100 %

* Diferencias estadísticamente significativas al nivel de confianza del 90 %

** Diferencias estadísticamente significativas al nivel de confianza del 95 %

Tabla 2. Análisis bivariado y multivariado de la deficiencia de vitamina D y su asociación con variables sociodemográficas.

Vit D Deficiencia/ Insuficiencia (N=69)	POR Crudo	P> Z	IC95 %	POR Ajustado [¥]	P> Z	IC95 %
Sexo						
Hombre	1			1		
Mujer	0.695	0.461	(0,265-1,826)	3.482	0.102	(0.782-15.506)
Edad						
13-17 años	1			1		
18-28 años	6.00	0.224	(0.335-107.420)	7.305	0.120	(0.596 89.511)
28-59 años	3.143	0.293	(0.371-26.620)	4.864**	0.039	(1.084-21.831)
> 80 años	1.059	0.957	(0.134-8.383)	Not estimable		
Occupancy						
Trabajador	1			1		
Pensionado	0.371	0.164	(0.092-1.496)	0.277	0.135	(0.516-1.492)
Ama de Casa-Oficios Varios	0.186**	0.030	(0.404-0.853)	0.177	0.106	(0.022-1.446)
Estudiantes	0.557	0.546	(0.083-3.721)	Not estimable		
Minería, Pesca, Agricultura	0.743	0.815	(0,062-8,901)	Not estimable		
Tipo de EII						
Colitis Ulcerativa	1			1		
Enfermedad de Crohn	1.454	0.441	(0.560-3.775)	3,189*	0,090	(0.834-12.192)
Hipertensión Arterial						
No	1			1		
Si	1.682	0.380	(0.526-5.380)	4.064*	0.089	(0.809-20.417)
Pruebas de Vitamina D						
<5	1			1		
>5	0.074	0.002	(0.015-0.372)	0.032**	0.04	(0.003-0.307)

¥ Ajustado por sexo, edad, ocupación, tipo de EII, hipertensión arterial y realización de pruebas de vitamina D.

*Diferencias estadísticamente significativas al nivel de confianza del 00%

**Diferencias estadísticamente significativas al nivel de confianza del 95%

Table 3. Relación entre gravedad de la EC y la CU y la media de vitamina D.

Severidad de la Enfermedad de Crohn	Coeficiente	Error estándar	T	P > t	Intervalo de Confianza al 95%
1	3.91	3.62	1.08	0.29	(-351 - 11.33)
2	-1.74	4.95	-0.35	0.73	(-11.90 - 8.42)
3	-7.38	4.57	-1.61	0.12	(-16.77 - 2.01)
Severidad de la Colitis Ulcerativa	Coeficiente	Error estándar	T	P > t	Intervalo de Confianza al 95%
1	-0.56	3.83	-0.15	0.88	(-8.33 - 7.22)
2	-8.19	4.36	-1.88	0.07	(-17.04 - 0.67)
3	-5.63	4.04	-1.39	0.17	(-13.84 - 258)

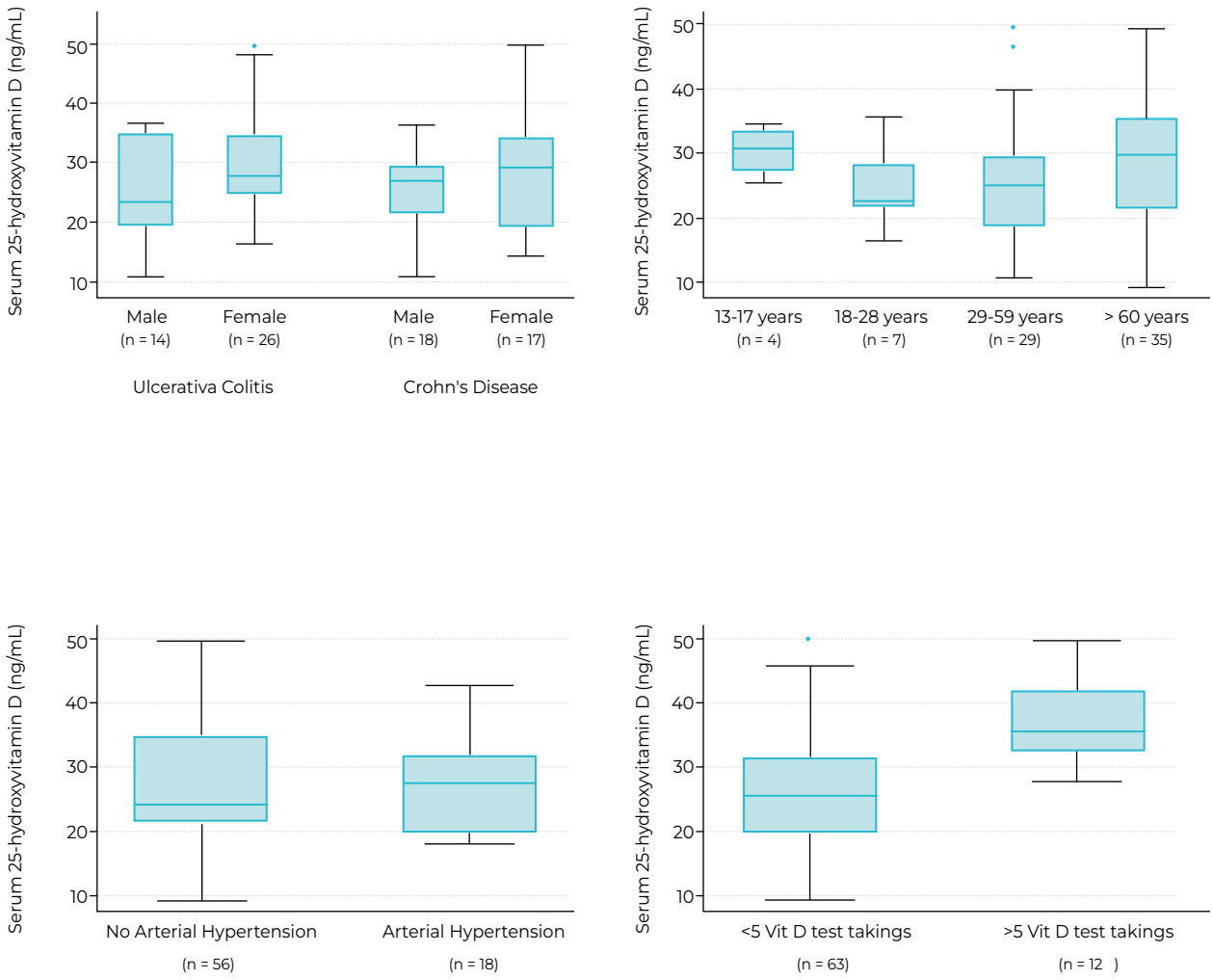


Figura 1. Panel de Figuras

Colitis Ulcerativa de inicio en gestación con infección concomitante

Eliana Eugenia Rojas Díaz¹, Catalina Maldonado Gutiérrez¹, Nancy Janeth Vargas Parra¹, Fernando Rosso Suárez¹

¹ Fundación Valle del Lili

Modalidad: poster

N.º Póster: 41

Antecedentes

La aparición de enfermedad inflamatoria intestinal durante la gestación es infrecuente, y su reconocimiento puede retrasarse cuando coexisten causas infecciosas de colitis.

Objetivo

Reportamos el caso de una mujer de 26 años, primigesta, sin antecedentes patológicos relevantes, quien durante el tercer trimestre presentó diarrea de al menos ocho semanas de evolución, hematoquecia, dolor abdominal y anemia con requerimiento transfusional.

Metodología

La sigmoidoscopia inicial mostró proctosigmoiditis ulcerada, y la histología evidenció inflamación crónica y aguda severa con infección por citomegalovirus en 4 de 16 núcleos. De manera concomitante se documentó gastroenteritis por *Campylobacter*, por lo que recibió tratamiento con valaciclovir y azitromicina, con mejoría clínica inicial. Sin embargo, semanas después presentó nueva hospitalización por hematoquecia.

Resultados

Una nueva sigmoidoscopia mostró colitis ulcerada izquierda con actividad endoscópica severa (Mayo 3; UCEIS 7), y la biopsia reveló inflamación crónica y aguda moderada, irregularidad de criptas glandulares y un núcleo positivo para citomegalovirus. Tras conducta expectante y reevaluación posterior, la colonoscopia total mostró hallazgos compatibles con colitis ulcerativa extensa, con inflamación crónica leve e irregularidad de criptas en colon ascendente, transversal y descendente. La paciente evolucionó con dependencia a corticoides en el posparto, por lo que se inició vedolizumab, con respuesta clínica favorable y adecuada evolución materna e infantil durante el seguimiento.

Conclusiones

Este caso ilustra que la identificación de infección entérica documentada durante la gestación no excluye enfermedad inflamatoria intestinal debutante. En gestantes con diarrea sanguinolenta persistente, la persistencia clínica, la recurrencia posinfecciosa y los cambios histológicos crónicos deben motivar reevaluación endoscópica temprana y abordaje multidisciplinario. La literatura reciente confirma que el debut de EII en embarazo es raro pero descrito, y que la actividad de la enfermedad durante la gestación se asocia con peores desenlaces, por lo que el control inflamatorio oportuno es prioritario.

Anexos



Figura 1. Histología de biopsia de colon, Inmunohistoquímica para CMV. Se observa célula con positividad (tinción marrón) para infección por CMV.

RECOLEII: un registro nacional que muestra una EII en transformación y una enfermedad de Crohn de mayor complejidad

Viviana Parra Izquierdo^{1,2}, Fabio Leonel Gil¹, Fabián Juliáó¹, Dinimo Bolívar¹, Álvaro Gómez¹,
María Teresa Galeano¹, Fabián Puentes¹, Javier Riveros¹, Aura Gutiérrez²

¹ Grupo de Estudio de Crohn y Colitis Colombiano (GECCOL)

² Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), Colombia

Modalidad: poster

N.º Póster: 42

Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye colitis ulcerativa (CU) y enfermedad de Crohn (EC), ha mostrado un aumento progresivo en países en desarrollo, incluyendo América Latina. En Colombia, series previas han sugerido un predominio de CU sobre EC, aunque con variabilidad en los patrones fenotípicos y terapéuticos entre cohortes. En este contexto, los registros multicéntricos permiten definir con mayor precisión qué entidad predomina, cómo se distribuye el fenotipo clínico y qué carga de tratamiento avanzado requieren los pacientes.

Objetivo

El objetivo de este estudio fue describir la distribución diagnóstica, la fenotipificación clínica, las manifestaciones extraintestinales y el comportamiento terapéutico de una cohorte multicéntrica colombiana de EII.

Metodología

Estudio observacional, analítico y multicéntrico basado en el registro nacional RECOLEII. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EII, clasificados como CU, EC o EII no clasificable. Se evaluaron variables fenotípicas, terapéuticas y de desenlaces clínicos. La CU se clasificó según extensión y la EC según localización, comportamiento y compromiso perianal. Las manifestaciones extraintestinales se agruparon en categorías articulares, cutáneas, oculares y otras. Se evaluaron además desenlaces de severidad, incluyendo hospitalización, cirugía, uso de corticoides y terapia biológica. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias y porcentajes. Las comparaciones se realizaron mediante prueba de chi-cuadrado o exacta de Fisher. Las asociaciones se estimaron mediante odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95 % (IC95 %). Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó utilizando R.

Resultados

La cohorte incluyó 636 pacientes de 8 centros: 228 (35,8 %) con colitis ulcerosa, 165 (25,9 %) con enfermedad de Crohn y 243 (38,2%) con EII no clasificada. La distribución diagnóstica y fenotípica se resume en la Figura 1. En la CU predominó la enfermedad extensa (pancolitis y colitis izquierda), mientras que en la EC la localización más frecuente fue ileal, con un patrón predominantemente no colónico. El comportamiento inflamatorio fue el más frecuente, seguido del estenosante y fistulizante, con compromiso perianal en una proporción menor pero clínicamente relevante. No se observaron diferencias significativas en la edad al diagnóstico entre CU y EC (mediana 37 años en ambos grupos). Las manifestaciones extraintestinales se documentaron en 16,8 % de CU y 25,6 % de EC. Las formas articulares fueron las más frecuentes en ambos grupos, seguidas de manifestaciones cutáneas, oculares y otras. En EC se registraron casos de compromiso axial, incluyendo espondilitis anquilosante.

Desde el punto de vista terapéutico y de desenlaces, la EC mostró un perfil de mayor complejidad, con mayor uso de corticoides, biológicos y anti-TNF, además de una mayor necesidad de cirugía. En el análisis bivariado,

la EC se asoció con mayor uso de corticoides (OR 2,12; IC95 % 1,30-3,45; p=0,002), biológicos (OR 2,16; IC95 % 1,30-3,60; p=0,003), anti-TNF (OR 2,31; IC95 % 1,26-4,24; p=0,006) y cirugía (OR 7,29; IC95 % 2,43-21,85; p<0,001). Las EIM mostraron una tendencia mayor en EC, aunque con significancia limítrofe (OR 1.71; IC95 % 0,98-2,97; p=0,056).

El heatmap de severidad resume esta diferencia, mostrando que la EC concentra con mayor frecuencia desenlaces de mayor carga clínica, incluyendo uso de biológicos, corticoides y cirugía. Esta representación refuerza la idea de una EII en transformación, en la que la EC, aunque menos frecuente, presenta una mayor complejidad fenotípica y terapéutica, Figura 2.

En esta cohorte multicéntrica colombiana se evidenció un claro predominio de la colitis ulcerativa sobre la enfermedad de Crohn, hallazgo consistente con estudios previos en Colombia y América Latina (1,2). No obstante, la enfermedad de Crohn mostró un perfil de mayor complejidad clínica y terapéutica, reflejado en un mayor uso de biológicos, anti-TNF y corticoides, así como en una mayor frecuencia de cirugía, en concordancia con lo descrito en otras series regionales (1,3,4). Dentro de la colitis ulcerativa, el predominio de enfermedad extensa respalda que una proporción importante de pacientes presenta compromiso anatómico más allá de formas limitadas, mientras que en la enfermedad de Crohn el predominio de localización ileal y comportamiento inflamatorio confirma un patrón fenotípico de mayor carga clínica.

Adicionalmente, la mayor frecuencia de manifestaciones extraintestinales en Crohn, junto con el mapa de severidad que integra hospitalización, cirugía, uso de biológicos, corticoides y EIM, refuerza una distribución global de desenlaces más complejos en este grupo. En conjunto, estos hallazgos sugieren que, aunque la colitis ulcerativa es más frecuente en esta población, la enfermedad de Crohn concentra una mayor complejidad fenotípica, sistémica y terapéutica, aportando evidencia clave sobre el comportamiento real de la EII en Colombia.

Conclusiones

Aunque la colitis ulcerativa sigue predominando en RECOLEII, la relación CU:EC de 1.38:1 sugiere una brecha cada vez más estrecha, compatible con una EII en transformación. En ese contexto, la enfermedad de Crohn emergió como la forma de mayor complejidad clínica y terapéutica, con más corticoides, más terapias avanzadas y más cirugía. La elevada proporción de EII no clasificada probablemente refleja, además, una enfermedad captada en fases más tempranas o aún evolutivas, junto con la amplitud del espectro clínico de presentación en la práctica real. Así, RECOLEII no solo confirma la disminución de la brecha entre CU y EC, sino que revela una transición del perfil de la EII en Colombia hacia escenarios de mayor complejidad diagnóstica y terapéutica.

Anexos

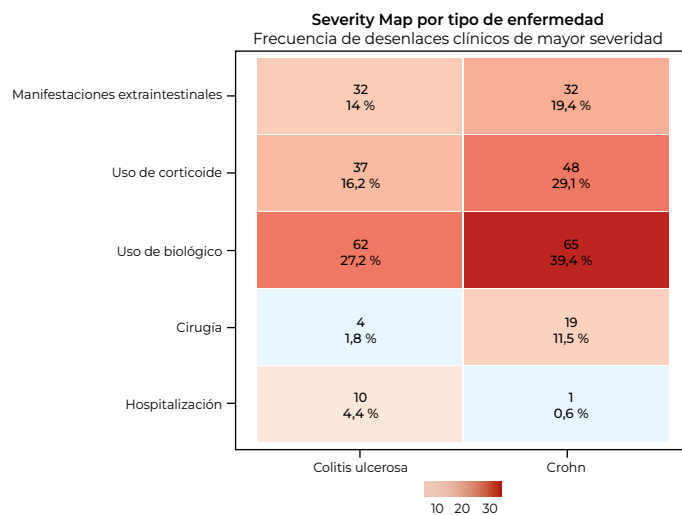


Figura 1. Mapa de severidad clínica según tipo de EII

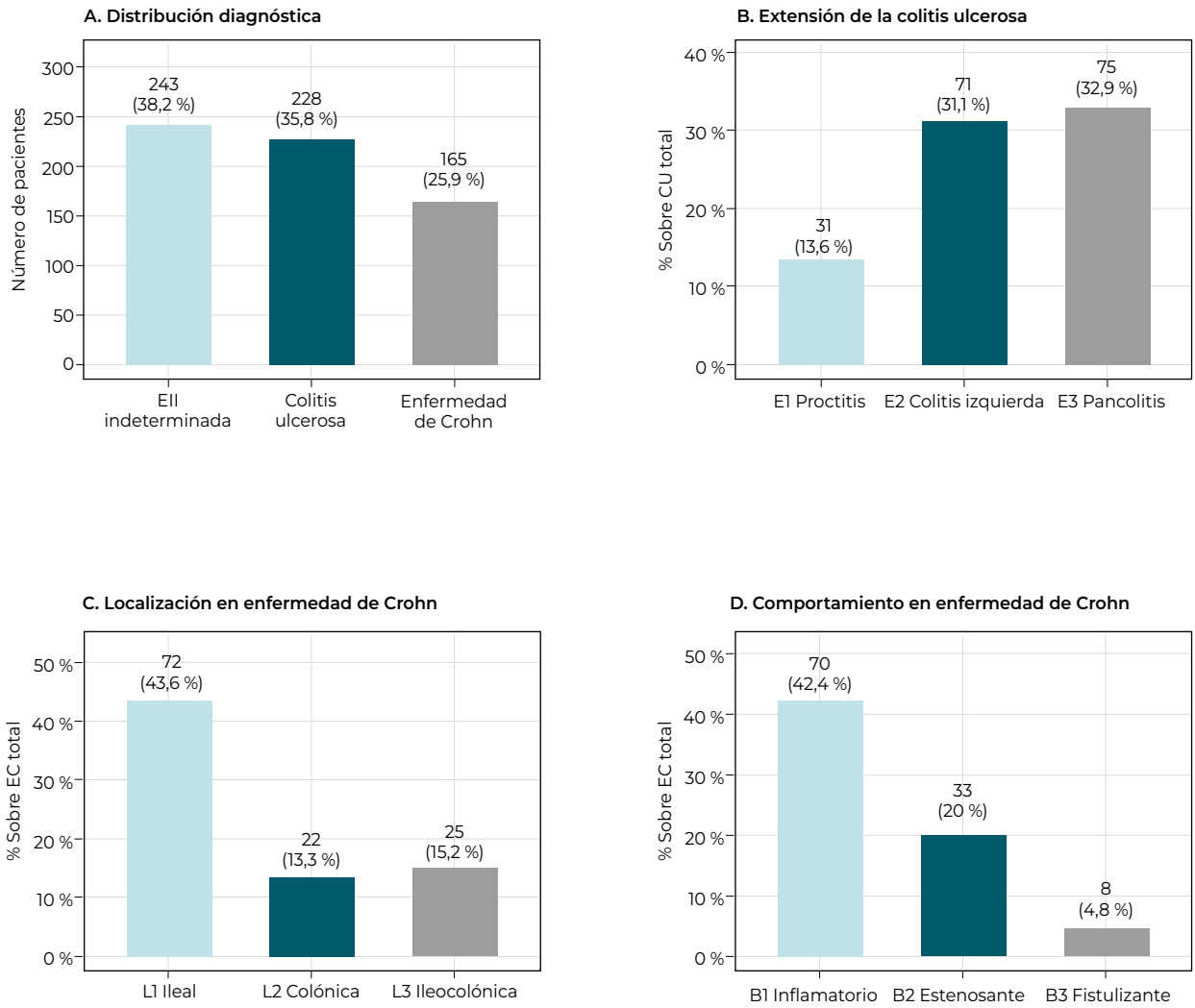


Figura 2. Fenotipo clínico de la EII según diagnóstico

Características fenotípicas de la cohorte con EII

Distribución diagnóstico (n = 636), extensión en CU (n = 228) y localización/comportamiento en EC (n = 165)

Características clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal de difícil tratamiento en Argentina. Estudio basado en el registro de un centro de referencia

Rosario Torello¹, Martín Salvatierra¹, Domingo Balderramo¹

¹ Servicio de Gastroenterología, Hospital Privado Universitario de Córdoba, Córdoba, Argentina

Modalidad: poster

N.º Póster: 43

Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) está aumentando en toda América Latina (LATAM). Los pacientes con EII de difícil tratamiento (EII-DT) constituyen un subgrupo de pacientes con un mayor consumo de recursos sanitarios. Existe escasa información sobre la EII-DT en los países de LATAM.

Objetivo

Determinar la frecuencia y las características de los pacientes con EII-DT en un centro de referencia de Córdoba, Argentina.

Metodología

Se realizó un estudio observacional y retrospectivo basado en datos de pacientes con EII confirmado. Se incluyeron pacientes adultos (edad mayor a 17 años) con colitis ulcerosa (CU), enfermedad de Crohn (EC) o EII no clasificada. La EII-DT se definió como el cumplimiento de al menos uno de los siguientes criterios:

- Fracaso de ≥ 2 mecanismos de acción de tratamientos avanzados, pouchitis refractaria a antibióticos, recurrencia de la enfermedad de Crohn (EC) tras ≥ 2 resecciones o EC perianal compleja.
- Las comparaciones entre los grupos EII-DT y no EII-DT se realizaron mediante las pruebas de Mann-Whitney y test exacto de Fisher. Se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados

Se incluyeron 422 pacientes con datos completos [327 (77,5 %) con CU, 91 (21,6 %) con EC y 4 (0,9 %) con colitis indeterminada]. Un total de 42 pacientes (10 %) cumplieron los criterios de EII-DT, siendo más frecuente en pacientes con EC ($n=24$, 26,4%) respecto a pacientes con CU ($n=18$, 5,5 %) ($p < 0,001$). La enfermedad perianal compleja (62 %) y el fallo a más de 2 mecanismos de terapia avanzada (44 %) fueron los criterios más frecuentes de EII-DT en la EC. En los pacientes con CU, el fallo a más de 2 mecanismos de terapia avanzada se observó en el 65 % de los pacientes que desarrollaron EII-DT. La edad de los pacientes con EII-DT fue ligeramente menor que los pacientes sin EII-DT (45,8 vs 49,6 años, $p=0,18$). Además, presentaron mayor frecuencia de manifestaciones en articulares periféricas (30,7 % vs. 13,4 %, $p=0,007$). La duración de la EII fue menor en los pacientes con EII-DT comparados a los que no presentaron EII-DT (9,7 vs 12,1 años, $p=0,058$).

Conclusiones

En el presente estudio se observó que el 10% de los pacientes cumplieron con criterios de EII-DT. La EII-DT fue más frecuentes en los pacientes con EC y se asoció a mayor frecuencia de manifestaciones en articulaciones periféricas. La duración de la EII fue menor en los pacientes con EII-DT lo que se puede relacionar con una actividad más severa desde el inicio de la misma.

Real-World Effectiveness and Safety of Ustekinumab in Inflammatory Bowel Disease in the Costa Rican Social Security System: Predictors of Clinical and Endoscopic Outcomes

Daniel Mondragón Bustos¹, Kenneth Ernest Suárez¹, Marlon Rojas Alvarado¹, Priscilla Saborío Montero¹, Elizabeth Umaña Solís¹, Manfred Aguilar Guendel¹, Óscar González Pacheco¹, Alejandra Ochoa Palominos¹, Katherine Bolaños Barrantes¹, Shirley Barboza Porras¹

¹ Caja Costarricense de Seguro Social

Modalidad: poster

N.º Póster: 44

Antecedentes

Real-world data on ustekinumab in Latin America, particularly within public healthcare systems, are limited, especially in highly treatment-experienced populations.

Objetivo

To evaluate real-world effectiveness, safety, and predictors of clinical and endoscopic outcomes in patients with inflammatory bowel disease treated with ustekinumab.

Metodología

We conducted a retrospective observational study including 83 patients with inflammatory bowel disease treated with ustekinumab in the Costa Rican Social Security System. Clinical response ($\geq 50\%$ reduction in PRO2), clinical remission (HBI < 5 or partial Mayo score < 3), endoscopic remission (Mayo Endoscopic Score [MES] = 0), endoscopic response ($\geq 50\%$ reduction in SES-CD), and steroid-free clinical remission (clinical remission without corticosteroid use within the previous 60 days) were assessed at 3, 6, and 12 months. Fecal calprotectin normalization (defined as $< 250 \mu\text{g/g}$) was assessed at 3, 6, and 12 months. Predictors of outcomes were analyzed using univariate and multivariable analyses performed with SPSS software (IBM Corp., Armonk, NY).

Resultados

Among 83 patients, 51.8% had Crohn's disease and 48.2% ulcerative colitis; 90.4% had prior anti-TNF exposure. Clinical response rates were 70.5%, 81.0%, and 75.7% at 3, 6, and 12 months, respectively, while clinical remission rates were 42.3%, 68.4%, and 68.9%. Steroid-free clinical remission increased over time, reaching 36.7%, 55.1%, and 64.4% at 3, 6, and 12 months.

Endoscopic response rates were 35.1% and 41.5%, and endoscopic remission rates were 21.6% and 31.7% at 6 and 12 months, respectively. Rates of fecal calprotectin normalization were 38.9%, 36.4%, and 45.6% at 3, 6, and 12 months, respectively.

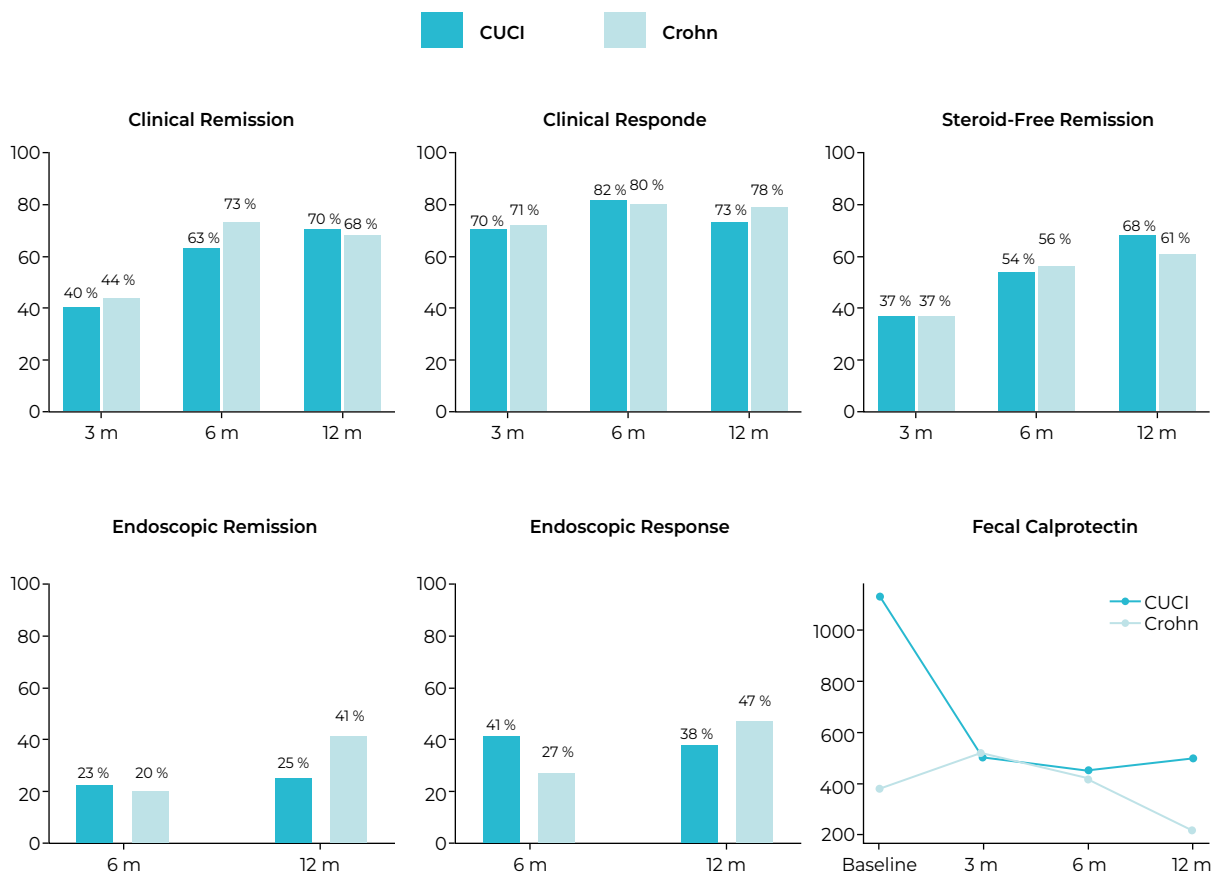
Elevated fecal calprotectin ($> 250 \mu\text{g/g}$) at early follow-up (3–6 months) was associated with lower likelihood of clinical remission at 12 months (pH 0.04), while extraintestinal manifestations were associated with lower clinical response at 6 months (pH 0.048). In contrast, normalization of fecal calprotectin was a positive predictor of clinical remission at 6 months (OR 3.2, pH 0.03) and 12 months. These associations remained significant in both univariate and multivariable analyses.

Six adverse events (7.2%) were reported, including flu-like syndrome (n=2), cytomegalovirus colitis (n=1), colectomy (n=2), and lymphocytic meningoencephalitis (n=1), with no new safety signals identified.

Conclusiones

Ustekinumab demonstrated high effectiveness and an acceptable safety profile in a predominantly anti-TNF-exposed population within a public healthcare system. Fecal calprotectin and extraintestinal manifestations emerged as key predictors of clinical outcomes, supporting their role in treatment monitoring and risk stratification.

Anexos



Definitions

Clinical remission: HBI < 5 or partial Mayo < 3

Clinical response: ≥ 50 % reduction in PRO2

Endoscopic remission: SES-CD ≤ 2 or MES = 0

Endoscopic response: ≥ 50 % reduction in SES-CD or MES 0-1

Figura 1. Clinical, Endoscopic and Biomarker Outcomes

Enfermedad inflamatoria intestinal de inicio tardío: aspectos clínicos y epidemiológicos en comparación con pacientes de inicio precoz

Sandro da Costa Ferreira¹, Rogério Serafim Parra¹, Marley Ribeiro Feitosa², Lílian Rose Otoboni Aprile¹, Omar Féres², Eduardo Garcia Vilela³

¹ Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Brazil

² Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Brazil

³ Instituto Alfa, Universidade Federal de Minas Gerais, Brazil

Modalidad: poster

N.º Póster: 45

Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) afecta predominantemente a adultos jóvenes y de mediana edad; sin embargo, una proporción creciente de casos se diagnostica en pacientes mayores, en paralelo al envejecimiento poblacional. Los pacientes con EII de inicio tardío constituyen un grupo clínicamente desafiante debido a la alta carga de comorbilidades, polifarmacia y fragilidad, así como a la escasez de evidencia específica en esta población.

Objetivo

Evaluar las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con EII comparación con pacientes diagnosticados antes de los 60 años.

Metodología

Estudio retrospectivo realizado en un centro de referencia en EII. Se incluyeron 63 pacientes con EII de inicio tardío y 128 pacientes más jóvenes, emparejados en una proporción 1:2 según sexo, localización y fenotipo de la enfermedad, y año de diagnóstico (2001–2021). Se analizaron datos clínicos, gravedad de la enfermedad, tratamientos médicos, remisión clínica y endoscópica, necesidad de cirugía, comorbilidades y mortalidad.

Resultados

Se incluyeron 63 pacientes con EII de inicio tardío (57,1 % mujeres, edad media $72,0 \pm 6,4$ años; 52,4 % con colitis ulcerosa). En comparación con pacientes más jóvenes, se observó un uso significativamente menor de inmunomoduladores en enfermedad de Crohn (36,7 % vs 70,0 %; $p=0,002$) y colitis ulcerosa (15,2 % vs 45,6 %; $p=0,003$), así como de agentes biológicos en enfermedad de Crohn (50,0 % vs 75,0 %; $p=0,020$) y colitis ulcerosa (12,1 % vs 33,8 %; $p=0,003$).

Los pacientes más jóvenes con enfermedad de Crohn presentaron mayor gravedad de la enfermedad (90,0 % vs 66,7 %; $p=0,006$). Por otro lado, los pacientes de inicio tardío presentaron una mayor frecuencia de comorbilidades (92,1 % vs 31,3 %; $p<0,0001$) y mayor mortalidad (7,9 % vs 0,7 %; $p=0,0015$). No se observaron diferencias significativas en remisión clínica o endoscópica, uso de corticosteroides o aminosalicilatos, ni en tasas de cirugía ($p>0,05$).

Conclusiones

Los pacientes con EII de inicio tardío presentan alta carga de comorbilidades y mayor mortalidad, a pesar de una menor gravedad de la enfermedad y menor utilización de inmunomoduladores y terapias biológicas en comparación con pacientes más jóvenes. Estos hallazgos resaltan la necesidad de estudios específicos para optimizar el manejo terapéutico en esta población.

Anexos

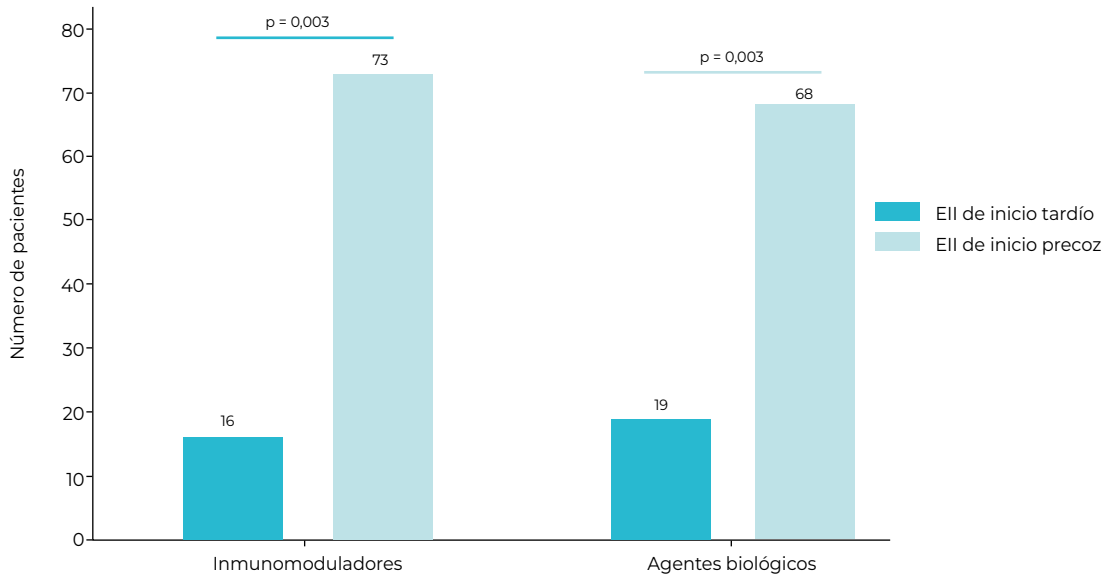


Figura 1. Distribución de pacientes con EII en relación con el uso de inmunomoduladores y biológicos.

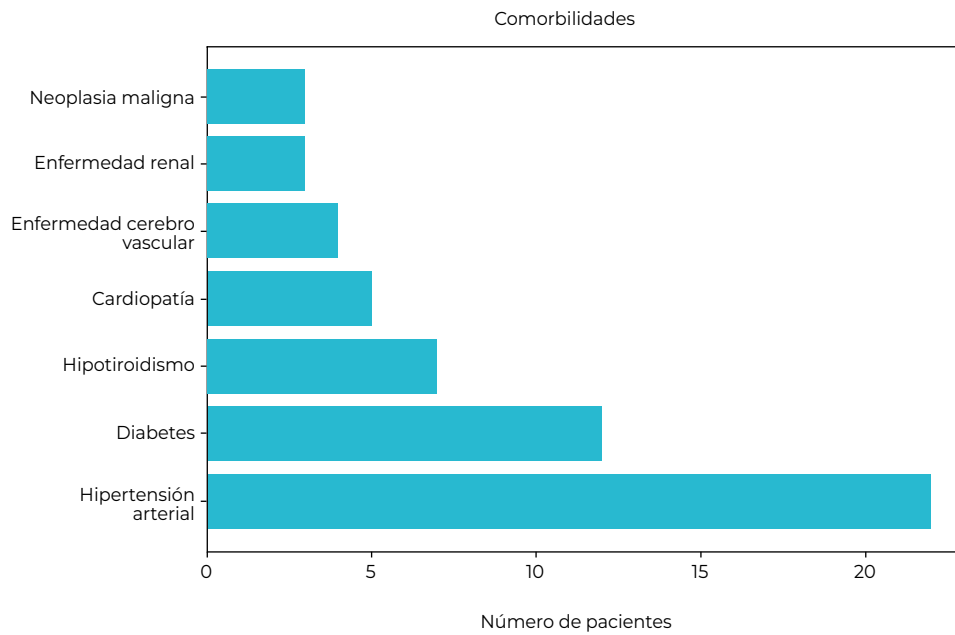


Figura 2. Distribución de las principales comorbilidades en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de inicio tardío

ECOCOL: Experiencia colombiana con ultrasonido intestinal en enfermedad inflamatoria intestinal y aplicación de scores estandarizados en la práctica real

Viviana Parra Izquierdo^{1,2,3}, Ginary Orduz Díaz¹, Laura Vanessa Granados Mantilla¹,
Carlos Augusto Cuadros¹, Cristian Fabián Flórez^{1,2}, Vanessa Durán¹, Federico Francisco Coelli¹,
Juan Javier Acevedo¹, Samuel Cubillos¹, Juan Frías Ordoñez^{1,3}

¹ Centro de excelencia en Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital Internacional de Colombia, Bucaramanga, Colombia

² Grupo de Inmunología Celular y Molecular InmuBo, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

³ Grupo de Investigación Especialidades Médico Quirúrgicas, Fundación Cardiovascular de Colombia, Bucaramanga, Colombia

Modalidad: poster

N.º Póster: 46

Antecedentes

El ultrasonido intestinal (IUS) se ha consolidado como una herramienta no invasiva, accesible y reproducible para evaluar la actividad inflamatoria en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). La incorporación de índices estandarizados, como el MUC en colitis ulcerativa y el IBUS-SAS en enfermedad de Crohn, ha mejorado la objetividad de su interpretación y su utilidad clínica. Sin embargo, la evidencia sobre su implementación en práctica real en Latinoamérica sigue siendo limitada.

Objetivo

Describir la experiencia colombiana con IUS y evaluar el desempeño de estos scores frente a actividad endoscópica, clínica y bioquímica.

Metodología

Se realizó un estudio observacional retrospectivo en un centro de referencia, incluyendo pacientes consecutivos con diagnóstico confirmado de EII sometidos a ultrasonido intestinal. El análisis se estratificó por tipo de enfermedad, utilizando MUC en colitis ulcerativa e IBUS-SAS en enfermedad de Crohn. Las variables continuas se describieron como media con desviación estándar o mediana con rango intercuartílico, según distribución. Las asociaciones se evaluaron mediante correlación de Spearman y pruebas no paramétricas. La capacidad discriminativa se analizó mediante curvas ROC, reportando el área bajo la curva (AUC) con intervalos de confianza del 95%.

Resultados

Se incluyeron 117 evaluaciones por ultrasonido intestinal, correspondientes a 93 pacientes con colitis ulcerativa (CU) y 24 con enfermedad de Crohn (EC). En la cohorte de CU, la edad media fue de 35,4 años (IC95 % 31,7–39,1), con un ligero predominio femenino (51,6 %). La actividad endoscópica estuvo presente en 55,9 % de los casos (IC95 % 45,8–65,6), mientras que la actividad moderada a severa se documentó en 38,7 % (IC95 % 29,4–48,9). En este grupo, el puntaje MUC mostró una correlación fuerte con el subscore endoscópico de Mayo ($r=0,854$; IC95 % 0,776–0,906; $p<0,001$). Además, discriminó actividad endoscópica, con un AUC de 0,930 (IC95 % 0,871–0,975) para detectar actividad y de 0,988 (IC95 % 0,968–0,999) para identificar enfermedad moderada a severa. Los pacientes con actividad endoscópica presentaron valores significativamente mayores de MUC que aquellos en remisión endoscópica, con medianas de 7,32 (RIC 4,20–8,02) frente a 2,90 (RIC 2,52–3,50), respectivamente ($p<0,001$).

En la cohorte de EC, la edad media fue de 41,9 años (IC95 % 33,3–50,5), con predominio femenino (70,8 %). El puntaje IBUS-SAS mostró una correlación significativa con la actividad endoscópica medida por SES-CD ($r=0,731$; IC95 % 0,385–0,877; $p<0,001$). Asimismo, se observó correlación con biomarcadores de actividad, incluyendo CDAI ($r=0,565$; IC95 % 0,188–0,810; $p=0,004$) y calprotectina fecal ($r=0,787$; IC95 % 0,9). Para la detección de enfermedad endoscópicamente activa (SES-CD>2), el IBUS-SAS mostró una capacidad discriminativa elevada, con un AUC de 0,889 (IC95 % 0,683–1,000). Además, el ultrasonido permitió identificar complicaciones estructurales en EC, detectando estenosis en 12,5% de los pacientes (IC95 % 4,3–31,0) y engrosamiento/hipertrofia de grasa mesentérica en 16,7 % (IC95 % 6,7–35,9), sin evidencia de fístulas ni abscesos en esta cohorte.

Conclusiones

ECOCOL demuestra que el ultrasonido intestinal puede pasar de ser una técnica complementaria a convertirse en un componente central del seguimiento de la EII en Latinoamérica. En esta cohorte de práctica real, el MUC en colitis ulcerativa y el IBUS-SAS en enfermedad de Crohn mostraron un desempeño sólido frente a la actividad inflamatoria objetiva, con alta capacidad discriminativa y correlación consistente con endoscopia, biomarcadores y actividad clínica. Sumado a su capacidad para identificar daño estructural en Crohn, estos hallazgos respaldan al IUS como una herramienta estratégica para una monitorización más temprana, precisa y no invasiva, alineada con el paradigma actual de medicina de precisión y treat-to-target.

Anexos

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de la cohorte con enfermedad inflamatoria intestinal evaluada mediante ultrasonido intestinal

Variable	Colitis ulcerativa (n = 93)	Enfermedad de Crohn (n = 24)
Edad, años (media, IC 95 %)	35,4 (31,7 - 39,1)	41,9 (33,3 - 50,5)
Sexo femenino, n (%)	48 (51,6 %)	17 (70,8 %)
IMC, kg/m ² (media, IC 95 %)	22,1 (21,4 - 22,8)	20,3 (18,6 - 22,0)
Duración enfermedad, años	14,5 (8,5 - 20,5)	15,0 (1,2 - 28,9)
Actividad endoscópica, n (%)	52 (55,9 %)	-
Actividad moderada-severa, n (%)	36 (38,7%)	-
Estenosis, n (%)	-	3 (12,5 %)
Hipertrofia grasa mesentérica	-	4 (16,7%)

Tabla 2. Desempeño diagnóstico y correlación de los índices ecográficos (MUC e IBUS-SAS) con actividad clínica, endoscópica y biomarcadores

Parámetro	Colitis ulcerativa (MUC)	Enfermedad de Crohn (IBUS-SAS)
Correlación endoscópica	$\rho = 0,854$ (IC 95 % 0,776 - 0,906); $p < 0,001$	$\rho = 0,731$ (IC 95 % 0,385 - 0,877); $p < 0,001$
Correlación CDAI	-	$\rho = 0,565$ (IC 95 % 0,188 - 0,810); $p < 0,004$
Correlación PCR	-	$\rho = 0,564$ (IC 95 % 0,117 - 0,808); $p < 0,004$
Correlación calprotectina	-	$\rho = 0,787$ (IC 95 % 0,493 - 0,932); $p < 0,001$
AUC actividad	0,930 (IC 95 % 0,871 - 0,975)	0,889 (IC 95 % 0,683 - 1,000)
AUC moderada-severa	0,988 (IC 95 % 0,968 - 0,999)	-
Índice (mediana, RIC)	7,32 vs 2,90; $p < 0,001$	Evaluación segmentaria

Vedolizumab para el abordaje de pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal refractaria a antagonistas del factor de necrosis tumoral

Diana Mora¹, Diana Sánchez Hernández², Luis Carlos Ramírez Urrego³, Hugo Laignelet⁴, Carlos Cuadros Mendoza⁵, Juana María Quevedo⁶, Liseth Rondón⁷, José Fernando Vera⁸, Fernando Sarmiento Quintero⁹

¹ HOMI – Hospital Pediátrico de la Misericordia

² Hospital Pablo Tobón Uribe

³ Unidad Materno Infantil del Tolima

⁴ Hospital Militar Central

⁵ Hospital Internacional de Colombia

⁶ Clínica Ser

⁷ Instituto Roosevelt

⁸ Fundación Santa Fe de Bogotá

⁹ Universidad Nacional de Colombia

Modalidad: poster

N.º Póster: 47

Antecedentes

Las opciones de tratamiento avanzado aprobadas para niños y adolescentes con Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en Colombia están limitadas a antagonistas del factor de necrosis tumoral (Anti-TNF). El uso de nuevos mecanismos de acción como el de Vedolizumab (VDZ), un fármaco anti integrina, es una opción terapéutica para esta población

Objetivo

Este estudio tiene como objetivo describir el uso actual de Vedolizumab en el abordaje terapéutico enfermedad inflamatoria intestinal refractaria a Anti-TNF en población pediátrica de Colombia

Metodología

Este análisis observacional retrospectivo utilizó datos de una encuesta a gastroenterólogos pediatras en Colombia para el año 2026. Los criterios para incluir su información fueron, ⁽¹⁾ niños y/o adolescentes entre 2 a 17 años, con diagnósticos de Colitis ulcerativa (CU), ⁽²⁾ enfermedad de Crohn (EC) o EII indeterminada y ⁽³⁾ presentar fracaso previo de la terapia convencional como esteroides, inmunomoduladores y/o avanzada a partir de Anti-TNF. ⁽⁴⁾ Requerir actualmente de Vedolizumab como terapia avanzada. Los criterios de valoración principal fueron la respuesta y remisión clínica definidas como disminución de más de 12,5 puntos en PCDAI (EC), Disminución de más de 20 puntos en el PUCAI (CU) y menos de 10 puntos en PCDAI (EC), menos de 10 puntos en el PUCAI (CU), respectivamente.

Resultados

Un total de 13 pacientes con EII cumplieron con los criterios de inclusión, Con un promedio de 8 (±) 3,8 años para inicio de los síntomas, seis (50%) eran mujeres, doce (92,3%) no contaban con historia familiar de EII.

Siete (53,8%) fueron clasificados como Colitis ulcerativa típica, cinco (38,5%) como enfermedad de Crohn y uno (7,7%) fue una enfermedad de Crohn Colónica. Las características por tipo de enfermedad se describen en la Tabla 1.

El 90 % de los pacientes perdió eficacia en las primeras líneas terapéuticas (Aminosalicilatos, Corticoesteroides, Inmunomoduladores y/o Terapia avanzada (Anti-TNF)), por lo que requirieron de Vedolizumab. Para el análisis de los criterios de valoración principal el 53,8 % (siete) de los pacientes alcanzaron respuesta clínica y el 46,2% (seis) remisión clínica a partir del uso de Vedolizumab. Se puede detallar la proporción de pacientes que alcanzaron estos criterios de valoración terapéutica por cada tipo de enfermedad en la gráfica 1.

No se describieron eventos adversos serios ni derivados del uso de Vedolizumab.

Conclusiones

Vedolizumab como terapia avanzada para el abordaje terapéutico de la EI refractaria al uso de Anti-TNF en población pediátrica evidencia ser eficaz y segura. Se requieren estudios prospectivos multicéntricos que permitan contrastar estos resultados con los descritos en la literatura mundial

Enfermedad de Crohn tras el uso de Rituximab: desafío terapéutico y revisión de la literatura

Sandro da Costa Ferreira¹, Alison Alves Sousa¹

¹ Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Modalidad: poster

N.º Póster: 48

Antecedentes

El rituximab (RTX) es ampliamente utilizado en el tratamiento de enfermedades autoinmunes y neoplasias hematológicas, con un perfil de seguridad generalmente favorable. Sin embargo, evidencia emergente sugiere una posible asociación entre su uso y el desarrollo de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Los datos son aún limitados, especialmente en pacientes con trastorno del espectro de neuromielitis óptica (NMOSD), una condición sin asociación clásica con EII.

Objetivo

Describir un caso de enfermedad de Crohn (EC) de novo tras el uso de RTX en una paciente con NMOSD y discutir sus implicaciones fisiopatológicas y terapéuticas.

Metodología

Reporte de caso clínico con revisión narrativa de la literatura. Se recopilaron datos clínicos, laboratoriales, endoscópicos e imagenológicos durante el seguimiento de la paciente, así como la respuesta a las intervenciones terapéuticas.

Resultados

Paciente femenina de 24 años con NMOSD en tratamiento con RTX desde 2017, con adecuado control neurológico. Tras tres años de terapia, desarrolló diarrea crónica (6–11 deposiciones/día), dolor abdominal, pérdida de peso, síntomas nocturnos, fiebre y artritis inflamatoria. Se descartaron causas infecciosas.

La enterorresonancia evidenció inflamación en íleon terminal y colon. La ileocolonoscopía mostró ulceraciones ileocólicas, y la histología confirmó inflamación transmural con criptitis, microabscesos y granulomas, estableciendo el diagnóstico de EC (Montreal A2L3B2).

El tratamiento inicial con corticoides y azatioprina resultó en respuesta parcial con dependencia a esteroides. Debido a la contraindicación de anti-TNF por enfermedad desmielinizante, se inició ustekinumab, con mejoría clínica y endoscópica. Posteriormente, la paciente desarrolló una complicación fibroestenótica que requirió resección ileocecal. En el postoperatorio, se mantuvo ustekinumab con adecuado control de la enfermedad.

Conclusiones

Este caso sugiere una posible asociación entre el uso de RTX y el desarrollo de enfermedad de Crohn, destacando la importancia de la vigilancia de síntomas gastrointestinales en estos pacientes. La inhibición de IL-12/23 puede representar una estrategia eficaz y segura en escenarios complejos con contraindicación a anti-TNF.

Más allá del PDAI: Superioridad del SES-CD en la predicción de necesidad de terapia biológica tras reservorio ileoanal (IPAA)

Rodrigo Castaño-Llano¹, Juan Darío Puerta-Díaz², Camilo Díaz-Quintero³, Daniela Palacio⁴, Óscar Álvarez-Barrera⁵

¹ Universidad Pontificia Bolivariana; Clínica El Rosario; Clínica Las Américas Auna; Centro Oncológico de Antioquia, Colombia

² Coloproctólogo, Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia

³ Fellow de Gastroenterología, Sanitas, Colombia

⁴ Ayudante quirúrgica, Clínica Occidente, Bogotá, Colombia

⁵ Gastroenterólogo, Internista, Radiólogo, Texas Digestive Specialists, McAllen, EE. UU.

Modalidad: poster

N.º Póster: 49

Antecedentes

La anastomosis ileoanal con reservorio (IPAA) es el estándar quirúrgico tras una proctocolectomía por colitis ulcerosa (CU) o displasia colorrectal. A pesar de sus buenos resultados funcionales, la reservoritis (pouchitis) es una complicación frecuente. El Índice de Actividad de la Enfermedad del Reservorio (PDAI) es la herramienta más difundida; sin embargo, su subscore endoscópico (ePDAI) presenta limitaciones en confiabilidad y sensibilidad al cambio. Recientemente, se ha propuesto el uso del SES-CD en este contexto. Este estudio describe la correlación entre el SES-CD y los resultados clínicos clave.

Objetivo

Validar el score SES-CD como herramienta diagnóstica y pronóstica superior al ePDAI para identificar la necesidad de escalada a terapia biológica en pacientes con reservoritis.

Metodología

Estudio de cohorte retrospectivo en un centro de referencia terciario que incluyó a 91 pacientes sometidos a IPAA entre marzo de 2015 y febrero de 2024. Siguiendo el protocolo institucional, se realizaron evaluaciones clínicas y endoscópicas a los 1, 3, 6 y 12 meses post-cirugía. Se recolectaron datos demográficos, comorbilidades y tratamiento médico. Todas las endoscopias fueron revisadas por un único evaluador y puntuadas mediante SES-CD en el cuerpo del reservorio e íleon aferente. La inflamación se categorizó como: Grado bajo: ePDAI 1; SES-CD ≤ 3 . Grado alto: ePDAI >1 ; SES-CD >3 . Se utilizaron curvas de Kaplan-Meier para evaluar el impacto de ambos scores en el inicio de terapia biológica.

Resultados

La cohorte final de 91 pacientes presentó una mediana de seguimiento de 25 meses. Se observó una correlación lineal significativa entre el ePDAI y el SES-CD ($p = 0,69$, $p < 0,001$). En cuanto a la predicción de necesidad de biológicos: Meses 1 y 6: Ambos scores mostraron asociación significativa con el inicio de biológicos en pacientes con inflamación de alto grado ($p < 0,05$). Meses 6 y 12: Únicamente el SES-CD mantuvo una asociación estadísticamente significativa con la necesidad de escalar a terapia biológica (Mes 3: $p = 0,042$; Mes 12: $p = 0,038$), mientras que el ePDAI perdió significancia estadística en estos puntos de corte (Mes 3: $p = 0,467$; Mes 12: $p = 0,057$).

Conclusiones

El score SES-CD constituye una alternativa válida y potencialmente superior al ePDAI para la evaluación de la inflamación del reservorio. La carga inflamatoria descrita por el SES-CD demuestra una mayor capacidad predictiva para el inicio de terapia biológica en el primer año tras la cirugía de IPAA.

Anexos

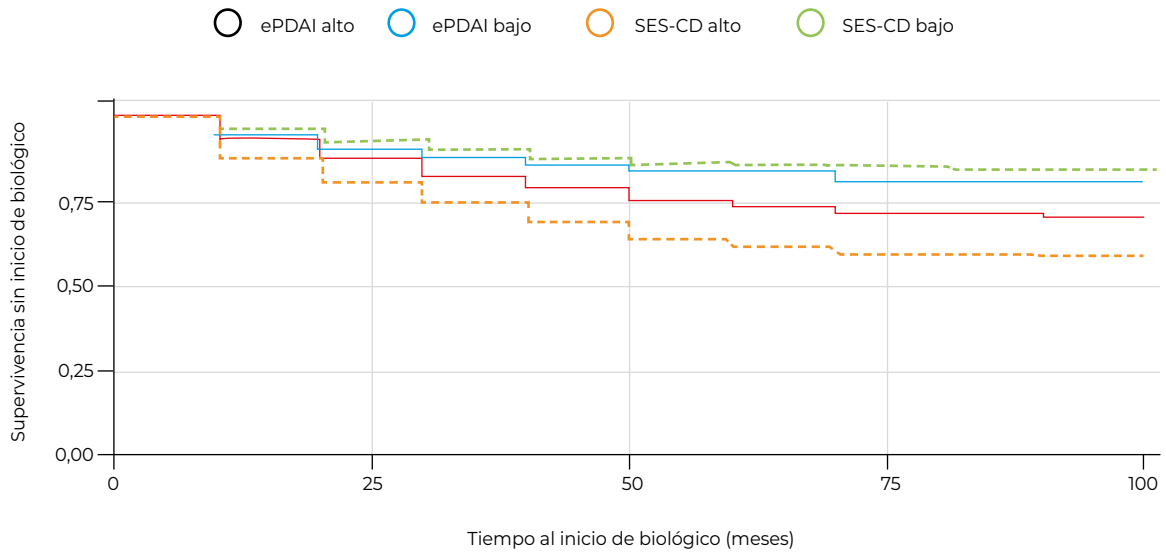


Figura 1. Kaplan-Meier: Tiempo al inicio de biológico al mes 3

Tabla 1. Estimación de Kaplan-Meier del tiempo al inicio de biológico según inflamación del reservorio a los 3 meses tras la cirugía IPAA. p-valor (ePDA/): 0,467 (NS) | p-valor (SES-CD): 0,042

Grupo	t = 0	t = 25	t = 50	t = 75	t = 100
ePDAI alto	14	6	3	1	0
ePDAI bajo	33	15	7	4	0
SES-CD alto	17	6	2	2	1
SES-CD bajo	30	15	7	3	0

Precisión diagnóstica de biomarcadores no invasivos como predictores de actividad endoscópica mediante índices Mayo y UCEIS en colitis ulcerosa en Guatemala

Sergio Aroldo Chojolán Hernández¹, Vielka Barillas¹, María Castillo¹, Dania Campos García¹, Luis Fernando Sandoval¹, Nadhykrina Samayoa González¹, Carlos Paredes Amenábar¹

¹ Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Modalidad: poster

N.º Póster: 50

Antecedentes

La remisión endoscópica es un objetivo terapéutico fundamental en la Colitis Ulcerosa (CU) para prevenir complicaciones⁽¹⁾. En la práctica clínica, es imperativo contar con herramientas no invasivas que identifiquen con precisión qué pacientes requieren evaluación endoscópica prioritaria^(2,3). A pesar de que la Calprotectina Fecal (CF), Albúmina, PCR y VES son predictores de actividad endoscópica, su utilidad no ha sido validada en la población guatemalteca⁽⁴⁾. Este estudio busca validar estos biomarcadores como predictores de actividad moderada-grave (Mayo e2/UCEIS e3) para optimizar el seguimiento personalizado⁽⁵⁾.

Objetivo

Determinar la precisión diagnóstica de la cinética de los biomarcadores séricos como predictores de actividad endoscópica mediante los scores Mayo/UCEIS en pacientes con Colitis Ulcerosa.

Metodología

De una población inicial de 44 pacientes con Colitis Ulcerosa, se seleccionó una muestra de 25 pacientes en el periodo 2024-2026. Se incluyeron los que tuvieron seguimiento al menos de 12 meses y disponibilidad de marcadores séricos pareados con el score de Mayo y UCEIS, se excluyeron pacientes con datos incompletos y los que no tienen seguimiento por diagnóstico reciente. Se evaluó la precisión diagnóstica de un panel de biomarcadores CF, Albúmina, PCR, VES y Hemoglobina para predecir actividad mucosa moderada-grave (Mayo e2/UCEIS e3). Los biomarcadores se obtuvieron de colonoscopia. El análisis consistió en comparación de medias mediante la prueba de U de Mann-Whitney, utilizando el software SPSS V.26. Se consideró significancia estadística con valor $p < 0.05$. Para determinar la precisión diagnóstica, se realizaron curvas ROC (Receiver Operating Characteristic). Se calculó el Área Bajo la Curva (AUC) para cada biomarcador y se identificaron los puntos de corte óptimos, determinando su sensibilidad (S) y especificidad (E) para predecir actividad moderada-grave (Mayo 2-3 / UCEIS 3-4).

Resultados

Se analizaron 25 pacientes (edad 37,4 +/- 14,2 años), con predominio de pancolitis (60 %) y actividad moderada-grave inicial (88 %, UCEIS 3-4). Al seguimiento, el 100 % de la cohorte recibió terapia avanzada (96 % Ustekinumab, 4 % Upadacitinib). Se observó una reducción significativa de Calprotectina Fecal (1,050 vs. 185 ug/g; $p < 0,001$) y normalización de Albúmina Sérica (3,1 vs. 4,3 g/dL; $p = 0,015$). La Calprotectina discriminó con alta significancia entre remisión/leve y moderada/grave (165 +/- 85 vs. 1,180 +/- 420 ug/g; $p < 0,001$), seguida por la PCR ($p = 0,008$) y la VES ($p = 0,038$). La Hemoglobina mostró una tendencia a la recuperación sin alcanzar significancia total ($p = 0,062$). El análisis de curvas ROC identificó a la CF como el predictor con mayor precisión diagnóstica para actividad moderada-grave (AUC 0.91; $p < 0,001$), con sensibilidad del 92 % y especificidad del 88% para un punto de corte > 250 ug/g. La Albúmina Sérica mostró un desempeño notable (AUC 0,82; $p = 0,015$) con

un umbral de < 3,5 g/dL. Los niveles de estos biomarcadores mostraron una respuesta paralela a la mejoría/recaída de los índices endoscópicos Mayo y UCEIS.

Conclusiones

Nuestros hallazgos confirman que la calprotectina fecal es el predictor no invasivo con mayor precisión diagnóstica (AUC 0.91; $p < 0,001$) para determinar actividad endoscópica moderada-grave (Mayo 2-3 / UCEIS 3-4), seguida por la albúmina sérica, PCR y VES. La normalización de estos biomarcadores se consolida como un indicador de respuesta terapéutica eficaz, mientras que la hemoglobina no muestra diferencia estadística significativa ($p = 0,062$). El empleo de estos marcadores permite una estratificación objetiva del estado endoscópico, optimizando la selección de pacientes que requieren colonoscopia y personalizando el seguimiento longitudinal de la enfermedad

Anexos

Tabla 1. Características generales de los pacientes con colitis ulcerosa (n = 25)

Edad, años (DE)	37,4 (14,2)
Sexo, femenino (%)	14 (56)
Montreal	
E1 (%)	2 (8)
E2 (%)	8 (32)
E3 (%)	15 (60)
Mayo endoscópico ≥ 2	22
UCEIS	
1: Remisión, (%)	1 (4)
2: Leve, (%)	2 (8)
3: Moderado, (%)	10 (40)
4: Grave, (%)	12 (48)
Morbilidades	
Manifestaciones extraintestinales (MEI), (%)	9 (36)
Tabaquismo	2 (8)
Antecedente familiar CUCI	3 (12)
Tratamiento	
Ustekinumab, (%)	24 (96)
Upadacitinib, (%)	1 (4)
Biomarcadores séricos	
Albúmina, media (DE)	3,1 (0,8)
Calprotectina fecal, media (DE)	1050 (280)
PCR mg/dl, media (DE)	24,5 (12,1)
VES mm/h, media (DE)	32,0 (15,4)
Hemoglobina g/dL, media (DE)	10,8 (2,1)

DE: desviación estándar; E1: proctitis; E2: colitis izquierda; E3: pancolitis; PCR: proteína C reactiva; VES: velocidad de eritrosedimentación.

Tabla 2. Comparación de biomarcadores según severidad endoscópica (n = 25)

Biomarcador	Mayo 0-1 / UCEIS 1-2	Mayo 2-3 / UCEIS 3-4	Valor p
Calprotectina fecal ug/g media (DE)	165 (85)	1180 (420)	< 0,001
Albúmina sérica, media (DE)	4,3 (0,4)	3,0 (0,7)	0,015
PCR mg/dl, media (DE)	4,2 (2,1)	26,8 (14,5)	0,008
VES mm/h, media (DE)	12,5 (6,8)	34,2 (18,2)	0,038
Hemoglobina g/dL media (DE)	13,6 (1,2)	10,5 (2,3)	0,062

Tabla 3. Análisis de precisión diagnóstica (curvas ROC)

Biomarcador	AUC (IC 95 %)	Valor p	Punto de corte
Calprotectina fecal	0,91 (0,84 - 0,98)	< 0,001	> 250 µg/g
Albúmina sérica	0,82 (0,72 - 0,91)	0,015	< 3,5 g/dL
PCR	0,78 (0,65 - 0,89)	0,008	> 10 mg/dL
VES	0,65 (0,51 - 0,78)	0,038	> 20 mm/h

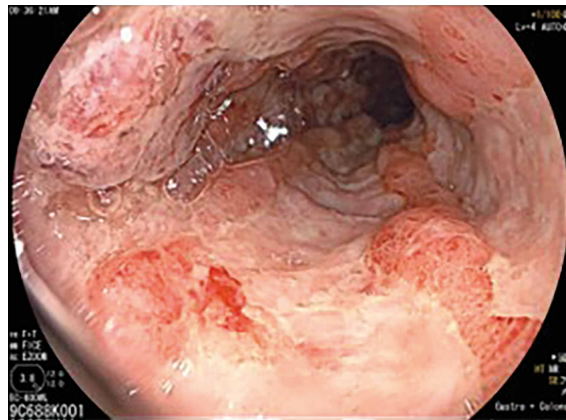


Figura 1. Actividad endoscópica Mayo 3/UCEIS 4 (8pts)

Incidencia, tendencias y distribución geográfica de la enfermedad inflamatoria intestinal en Colombia, 2016–2024

Jhon Sebastián Patiño Rueda¹, Sebastián Julián Gómez Esquivel², Tatiana Vásquez Otero², Belén Elvira Mendoza de Molano¹, Adriana Margarita Rey Rubiano¹, Rocío del Pilar López Panqueva¹, Wilson Armando Bautista Molano¹, Rafael García-Duperly¹

¹ Grupo Multidisciplinario de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Fundación Santa Fe de Bogotá, Colombia

² Semillero de Investigación en Enfermedad Inflamatoria Intestinal y Otras Enfermedades Gastrointestinales, Universidad de los Andes, Colombia

Modalidad: poster

N.º Póster: 51

Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), integrada principalmente por la colitis ulcerativa y la enfermedad de Crohn, corresponde a enfermedades inflamatorias crónicas del tracto gastrointestinal cuya distribución global ha venido cambiando, con un aumento de su reconocimiento en regiones históricamente consideradas de baja frecuencia. En Colombia, la información disponible sobre incidencia necesita actualización con datos recientes de alcance nacional, y persisten vacíos en la evaluación de sus tendencias temporales y de su distribución geográfica.

Objetivo

Estimar la incidencia nacional reciente de la enfermedad inflamatoria intestinal en Colombia, incluyendo sus tendencias temporales y su distribución geográfica a nivel regional y municipal.

Metodología

Se realizó un estudio poblacional retrospectivo utilizando los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, periodo 2015–2025. Se identificaron casos incidentes de colitis ulcerativa (CU; CIE-10 K51) y enfermedad de Crohn (EC; CIE-10) mediante un criterio operacional que requirió ≥ 2 atenciones en salud con códigos registrados en la base de datos, con el fin de reducir la inclusión de casos por error de codificación. Se aplicó un periodo de lavado de un año (2015) para excluir casos prevalentes, y los registros de 2025 se utilizaron como ventana de confirmación para los casos de 2024.

Las tasas de incidencia fueron calculadas utilizando las proyecciones poblacionales oficiales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) como denominador. Las tendencias temporales se evaluaron mediante regresión Joinpoint (0–1 puntos de inflexión, prueba de permutación, transformación logarítmica) utilizando el Joinpoint Regression Program versión 6.0 del National Cancer Institute (NCI), y se confirmaron con regresión de Prais-Winsten corrigiendo por autocorrelación de primer orden en Stata versión 19.5. Las tasas de incidencia municipal se cartografiaron para los años 2016, 2019 y 2024 en los 1,122 municipios de Colombia mediante QGIS versión 3.

Resultados

A partir de 3,127,969 registros, se identificaron 20,115 casos incidentes (CU: 17,536 [87.2 %]; EC: 2,579 [12.8 %]; 55.4 % mujeres; edad media 47.9 años). La incidencia de EII fue 6.62 por 100,000 en 2016, alcanzó 8.11 en 2019 y descendió a 5.18 en 2024. El análisis Joinpoint identificó una tendencia decreciente significativa (cambio porcentual anual [CPA]: "4. 46 % ; IC 95 %: "6. 80 a " 2.04 (CPA: " 5.35 % ; $p < 0.001$), mientras la EC permaneció

estable (CPA: + 2,16 %; disminuyó de 10.2:1 en 2016 a 5.6:1 en 2024. El descenso de CU fue más pronunciado en mujeres (CPA: "6,11 %) que en hombres (CPA: " 3.49 %). La incidencia se concentró en el Eje Cafetero (Caldas: 14.05; Risaralda: 10.08; Quindío: 9.28 por 100,000) y Antioquia (10.76). Se reportaron casos en 845 de 1,122 municipios (75.3%), con las tasas promedio más altas en Manizales (21.74), Rionegro (16.16) y Medellín (15.58 por 100,000).

Conclusiones

Este estudio proporciona estimaciones poblacionales de incidencia de EII a partir de la base de datos administrativa más grande de Colombia. Las tasas observadas son comparables con países del sur de Europa. A diferencia de la tendencia creciente reportada globalmente, la incidencia de CU mostró un descenso significativo, mientras que la de EC permaneció estable. Esta tendencia decreciente puede reflejar la inclusión inicial de casos prevalentes no captados por el periodo de lavado, la subutilización de servicios de salud asociada a la pandemia de COVID-19, o cambios en los patrones de codificación diagnóstica — más que una reducción real en la ocurrencia de la enfermedad. La concentración geográfica en la región Andina y la reducción progresiva de la razón CU:EC sugieren patrones diagnósticos en evolución que ameritan estudios prospectivos con validación clínica.

Anexos

Tabla 1. Análisis de Tendencias.png

Series	Modelo 0 JP (seleccionado)				Modelo 1 JP - Segmento 1			Modelo 1 JP - Segmento 2		
	APC (%)	IC 95 %	p-valor	Tendencia	Periodo	APC (%)	IC 95 %	Periodo	APC (%)	IC 95 %
EII total	-4,46	(-6,80; -2,04)	< 0,001	Decreciente*	2016 - 2018	+5,71	(-28,88; 57,14)	2018 - 2024	-6,61*	(-12,66; -0,14)
CU	-5,35	(-7,72; -2,86)	< 0,001	Decreciente*	2016 - 2018	+3,92	(-30,39; 55,12)	2018 - 2024	-7,31*	(-13,38; -0,82)
Crohn	+2,16	(-3,53; -8,26)	0,437	Estable	2016 - 2019	+16,32	(-1,30; 37,09)	2019 - 2024	-4,26	(-11,04; 3,04)
CU mujeres	-6,11	(-9,09; -3,07)	< 0,001	Decreciente*	2016 - 2018	+2,68	(-37,13; 67,69)	2018 - 2024	-7,98*	(-15,30; -0,03)
CU hombres	-3,49	(-5,63; -1,19)	0,002	Decreciente*	2016 - 2018	+6,27	(-24,63; 49,84)	2018 - 2024	-5,55	(-10,88; 0,09)
Crohn mujeres	+4,92	(-0,42; -10,50)	0,069	Estable	2016 - 2019	+19,86	(-2,19; 46,87)	2019 - 2024	-1,83	(-10,36; 7,51)
Crohn hombres	-0,11	(-5,15; 5,25)	0,962	Estable	2016 - 2019	+13,08	(-6,42; 36,65)	2019 - 2024	-6,12	(-13,74; 2,17)

* $p < 0,05$. APC: Annual Percent Change. Joinpoint Regression Program v6.0 (NCI). Modelo log-lineal sobre tasas por 100,000 hab. El modelo de 0 JP fue seleccionado en todas las series (prueba de permutación, $\alpha = 0,05$). El modelo es exploratorio.

Tabla 2 Incidencia promedio de EII, CU y EC por departamento, Colombia 2016-2024

Departamento	n EII	Inc. EII	n CU	Inc. CU	n EC	Inc. EC	Razón CU:EC
Amazonas	4	2.25	2	2.38	2	2.12	1.0
Antioquia	4640	10.76	3955	9.19	685	1.57	5.8
Arauca	34	2.73	30	2.41	4	0.73	7.5
Atlántico	919	5.57	812	4.92	107	0.65	7.6
Bogotá, D.C.	3234	6.23	2727	5.26	507	0.97	5.4
Bolívar	538	4.21	478	3.74	60	0.47	8.0
Boyacá	285	3.52	244	3.02	41	0.57	6.0
Caldas	973	14.05	762	11.05	211	3.00	3.6
Caquetá	92	3.90	86	3.64	6	0.47	14.3
Casanare	53	2.01	50	1.90	3	0.49	16.7
Cauca	270	2.90	251	2.69	19	0.23	13.2
Cesar	237	3.22	222	3.03	15	0.25	14.8
Chocó	169	5.89	157	5.48	12	0.46	13.1
Córdoba	592	5.40	511	4.66	81	0.74	6.3
Cundinamarca	753	3.83	683	3.48	70	0.35	9.8
Guainía	1	4.01	1	4.01	0	0.00	-
Guaviare	8	3.86	8	3.86	0	0.00	-
Huila	335	4.95	322	4.76	13	0.28	24.8
La Guajira	162	3.24	151	3.01	11	0.29	13.7
Magdalena	300	3.70	269	3.32	31	0.38	8.7
Meta	188	2.84	176	2.66	12	0.20	14.7
Nariño	169	1.63	155	1.50	14	0.20	11.1
Norte de Santander	378	3.77	357	3.56	21	0.23	17.0
Putumayo	38	1.81	34	1.63	4	0.82	8.5
Quindío	351	9.28	316	8.36	35	1.03	9.0
Risaralda	658	10.08	587	8.99	71	1.09	8.3
San Andrés	15	4.68	13	4.07	2	2.16	6.5
Santander	1170	7.89	1067	7.20	103	0.68	10.4
Sucre	266	4.69	240	4.24	26	0.45	9.2
Tolima	351	4.01	334	3.82	17	0.22	19.6
Valle del Cauca	1983	6.55	1749	5.78	234	0,77	7.5
Vichada	3	1.56	3	1.56	0	0.00	-
No definido	946	-	784	-	162	-	4.8
Total nacional	20115	-	17536	-	2579	-	6.8

EII: enfermedad inflamatoria intestinal; CU: colitis ulcerativa; EC: enfermedad de Crohn. Inc.: incidencia promedio anual del periodo 2016–2024 por 100,000 habitantes adultos ≥18 años. Razón CU:EC: número de casos de CU por cada caso de EC. "-" indica dato no calculable. "No definido": casos sin departamento asignado en la base de datos del SISPRO.

Fuente: RIPS/SISPRO, Ministerio de Salud y Protección Social. Denominador: proyecciones DANE.

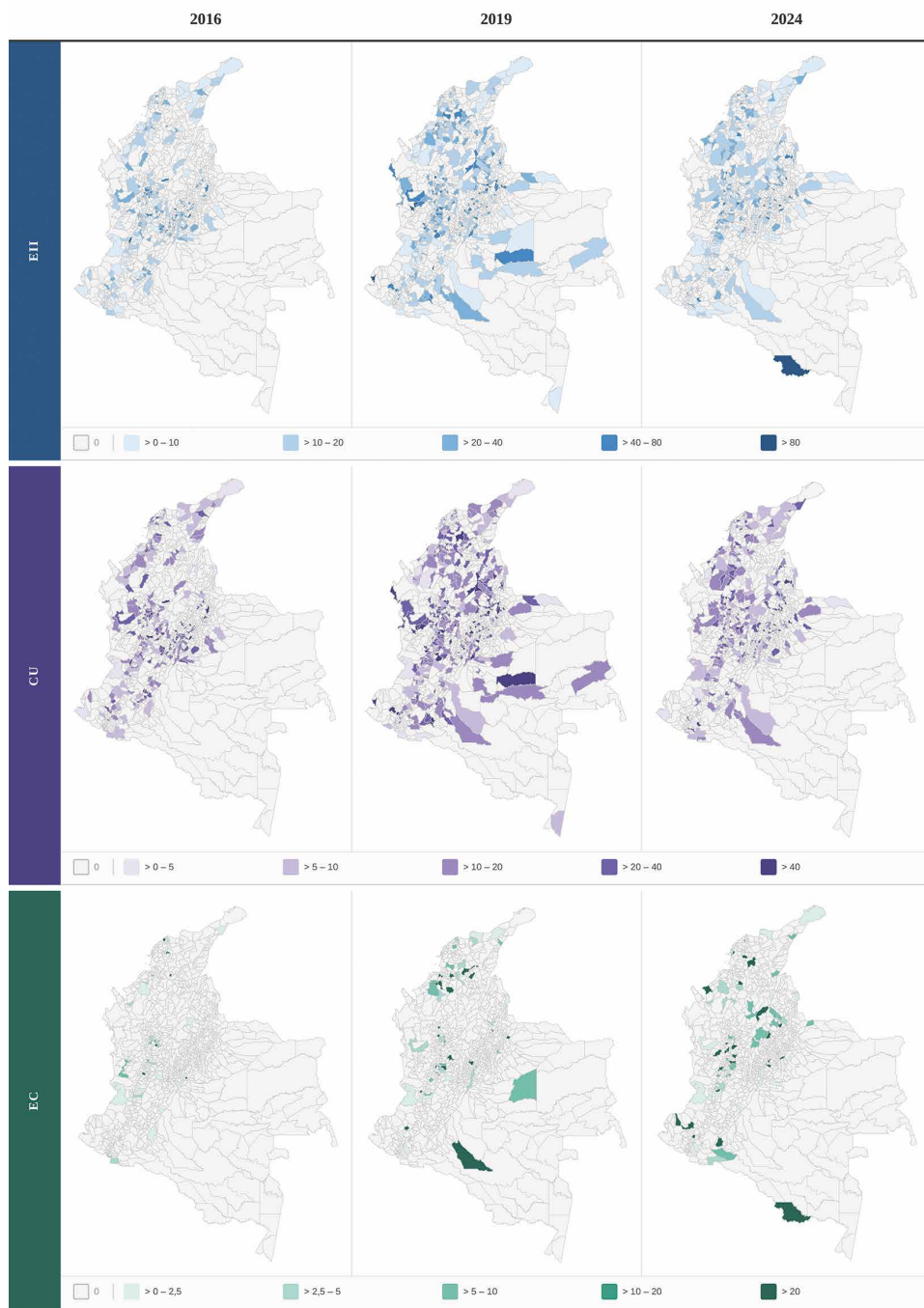


Figura 1. Incidencia de enfermedad inflamatoria intestinal y sus subtipos por municipio, Colombia 2016-2024

Evolución longitudinal de la calprotectina fecal y comparación entre terapias biológicas en colitis ulcerosa crónica idiopática

Alfredo Reyes López¹, Billy Jiménez Bobadilla¹, Raquel Yazmín López Reyes¹,
Fátima Julissa Bustillos García¹, Mauricio Ramón Esquivel Steffanoni¹, Melanie Verónica Martínez Vega¹,
Juan Manuel Fortanelli Ríos¹, Guillermo Cabrera Palma¹, María del Carmen Dolores Bravo¹,
Jorge Luis de León Rendón¹

¹ Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México

Modalidad: poster

N.º Póster: 52

Antecedentes

La calprotectina fecal es un biomarcador no invasivo validado para la evaluación de la actividad inflamatoria en la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), con alta correlación con la inflamación mucosa. Aunque las terapias biológicas han demostrado eficacia en la inducción y mantenimiento de la remisión, la comparación directa de su impacto sobre marcadores objetivos de inflamación en escenarios longitudinales de práctica clínica real permanece limitada. La evaluación seriada de la calprotectina fecal permite caracterizar la cinética de respuesta terapéutica y explorar diferencias potenciales entre mecanismos de acción.

Objetivo

Evaluar la evolución longitudinal de los niveles de calprotectina fecal en pacientes con CUCI bajo terapia biológica y comparar su comportamiento entre infliximab, vedolizumab y ustekinumab en distintos puntos de seguimiento.

Metodología

Estudio retrospectivo, longitudinal y analítico realizado en pacientes con diagnóstico de CUCI en seguimiento en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Se incluyeron 60 pacientes ≥ 18 años con mediciones completas de calprotectina (mes 0, mes 3 y mes 6), tras completar esquema de inducción y al menos tres dosis de mantenimiento. Las terapias evaluadas fueron: infliximab (5 mg/kg IV en semanas 0, 2 y 6, seguido de mantenimiento cada 8 semanas), vedolizumab (300 mg IV en semanas 0, 2 y 6, mantenimiento cada 8 semanas) y ustekinumab (inducción IV ajustada por peso, seguida de mantenimiento SC 90 mg cada 8 semanas). El análisis longitudinal de medidas repetidas se realizó mediante la prueba de Friedman. La comparación entre grupos terapéuticos en cada punto temporal se efectuó con la prueba de Kruskal-Wallis. Se realizaron comparaciones por pares bilaterales con valores de significancia no ajustados. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$. El análisis se realizó en SPSS versión 29.

Resultados

Se incluyeron 60 pacientes con seguimiento completo.

El análisis longitudinal evidenció diferencias significativas en los niveles de calprotectina fecal entre los tres puntos de evaluación ($\chi^2(2) = 24.137$, $p < 0.001$), con una disminución progresiva (mes 0, 2.02 en mes 3 y 1.55 en mes 6). El análisis post hoc sin ajuste mostró diferencias significativas entre todos los puntos temporales, confirmando una reducción sostenida de la inflamación.

En el análisis comparativo por tipo de terapia biológica, no se identificaron diferencias significativas en los niveles de calprotectina fecal al inicio ($\chi^2(2) = 1.689$, $p = 0.430$), a los 3 meses ni a los 6 meses ($\chi^2(2) = 0.001$, $p = 0.999$).

El análisis por pares a los 3 meses mostró una diferencia significativa no ajustada entre vedolizumab y ustekinumab ($p=0,028$), la cual no se mantuvo tras la corrección por comparaciones múltiples. No se observaron diferencias significativas en los demás puntos de seguimiento.

Conclusiones

La calprotectina fecal mostró una reducción progresiva y estadísticamente significativa a lo largo del seguimiento, reflejando un control inflamatorio sostenido bajo terapia biológica. No se observaron diferencias significativas entre infliximab, vedolizumab y ustekinumab en ningún punto temporal.

Estos hallazgos sugieren que, a pesar de sus distintos mecanismos de acción, las terapias biológicas evaluadas presentan una eficacia comparable en el control de la inflamación intestinal medida por calprotectina fecal, sin evidencia de superioridad entre ellas en el periodo analizado.

Anexos

Resumen de la prueba de Friedman para muestras relacionadas para análisis de la varianza de dos factores por rangos

N total	60
Estadístico de prueba	24.137
Grado de libertad	2
Sig. asíntota (prueba bilateral)	<.001

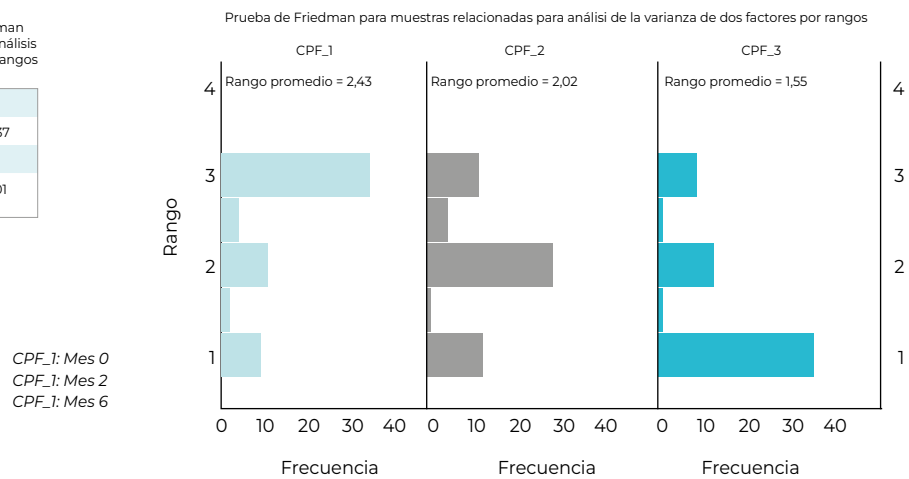


Figura 1. Prueba de Friedman para muestras relacionadas para análisis de la varianza de dos factores por rangos.

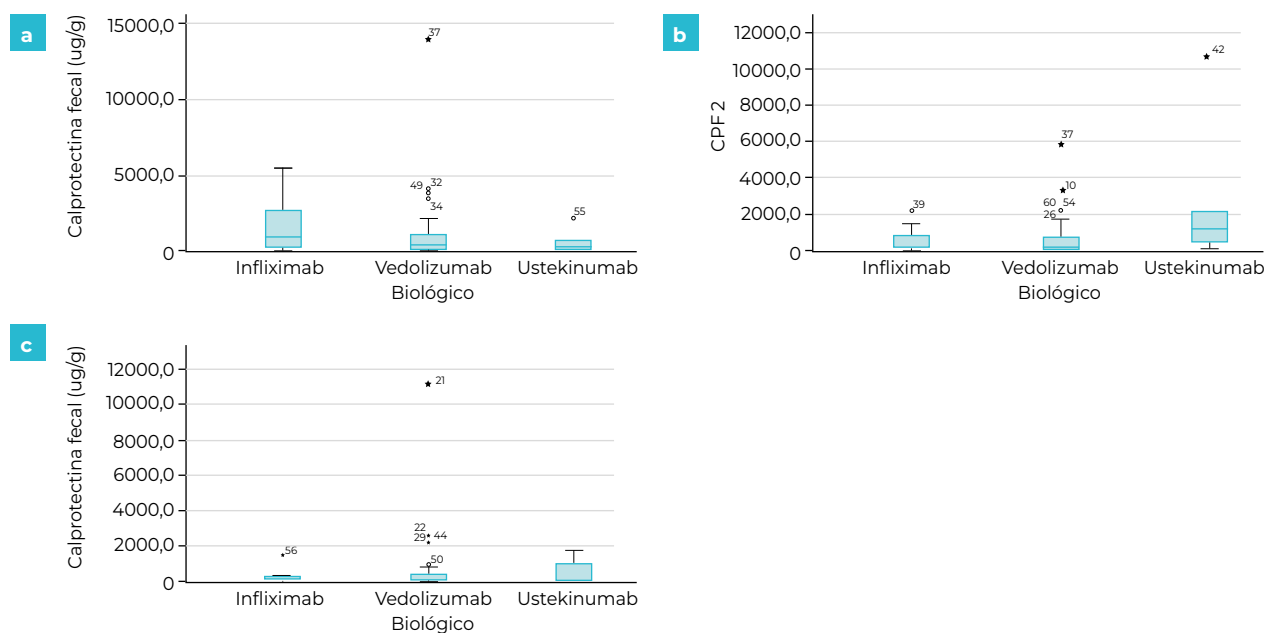


Figura 2. Distribución de la calprotectina fecal por terapia biológica en distintos puntos temporales: mes 0 (a), mes 3 (b) y mes 6 (c).

Eficacia de guselkumab en adultos latinoamericanos con colitis ulcerativa moderada y grave: análisis post hoc de los ensayos QUASAR y ASTRO

Manuel Alejandro Martínez Vázquez¹, Tarcia Nogueira Ferreira Gomes², Ligia Yukie Sasaki³, Domingo Balderramo⁴, Roberto Silva Junior⁵, Juan Lasa⁶, Alexander de Sá Rolim⁷, Amanda Yaeza Ferreira², Marjorie Costa Argollo⁸, Thomas Baker⁹

¹ Tecnológico de Monterrey

² Johnson & Johnson, Brasil

³ UNESP, Brasil

⁴ Universidad de Córdoba, Argentina

⁵ Santa Casa de São Paulo

⁶ Hospital Británico de Buenos Aires

⁷ Instituto Medicina en Foco, Brasil

⁸ UNIFESP, Brasil

⁹ Johnson & Johnson, USA

Modalidad: poster

N.º Póster: 53

Antecedentes

La prevalencia de la colitis ulcerativa (CU) está aumentando en América Latina (LatAm), aunque la representación regional en ensayos clínicos de EII sigue siendo limitada. Guselkumab (GUS), un inhibidor selectivo de acción dual de la subunidad IL-23p19 mediante la neutralización de IL-23 y la unión al receptor CD64, ha demostrado eficacia y un perfil de seguridad favorable en ensayos globales fase 2/3 en CU.

Objetivo

Este análisis post hoc evaluó la eficacia de GUS en pacientes latinoamericanos con CU.

Metodología

Análisis descriptivo en adultos de LatAm con CU moderada a grave, enrolados en los ensayos fase 2/3 QUASAR y fase 3 ASTRO. Inducción: GUS 200 mg IV (QUASAR) o 400 mg SC (ASTRO) en las semanas 0, 4, y 8 versus placebo. Mantenimiento: GUS 100 mg cada 8 semanas, 200 mg cada 4 semanas o placebo.

Los desenlaces de eficacia en la inducción (semana 12) de ambos estudios, incluyeron respuesta y remisión clínica, mejoría y remisión endoscópica. Los resultados de mantenimiento se describieron por dosis de GUS dentro de cada estudio.

Resultados

Se incluyeron 126 participantes latinoamericanos con CU, De Brasil (68,3 %), Argentina (21,2 %) y México (10,6 %) (QUASAR n=49; ASTRO n=77); 104 recibieron GUS. En la semana 12, GUS mostró mayores tasas que placebo de respuesta clínica (71,3 % vs 28,0 %), remisión clínica (31,3% vs 4,0 %), mejoría endoscópica (38,8 % vs 4,0%) y remisión endoscópica (20,0% vs 0%). En mantenimiento, la remisión clínica fue del 40,7 % y 35,7 % a la semana 24 (ASTRO) y del 44,4 % y 40,0 % a la semana 44 (QUASAR) para 100 mg c/8 semanas y 200 mg c/4 semanas, respectivamente.

Conclusiones

Se observaron resultados clínicos y endoscópicos favorables con GUS en pacientes latinoamericanos con CU moderada a grave durante la inducción y el mantenimiento, aportando evidencia regional y respaldando su evaluación continua, incluida la generación de evidencia del mundo real.

Progresión a adenocarcinoma en colitis ulcerosa con displasia de alto grado: impacto del retraso quirúrgico

Omaira Elena Noguera Hernández¹, Gisela Romero², Mildred Fuenmayor², Edilia Noguera³, Diego Muñoz¹

¹ Centro Médico de Salud Mental y Neurociencias

² Universidad del Zulia

³ Hospital Clínico de Maracaibo

Modalidad: poster

N.º Póster: 54

Antecedentes

Introducción. La vigilancia endoscópica en la Colitis Ulcerosa (CU) es el pilar fundamental para la detección de lesiones precursoras de neoplasia. La identificación de displasia de alto grado (DAG) representa un momento decisivo en el manejo del paciente. En estos escenarios, la proctocolectomía es la conducta estándar de oro para interrumpir la secuencia de la displasia hacia el carcinoma, especialmente cuando el control inflamatorio farmacológico es subóptimo.

Objetivo

Objetivo. Analizar la evolución de la CU con displasia de alto grado hacia el adenocarcinoma infiltrante, evaluando el impacto del retraso quirúrgico.

Metodología

Presentación del Caso: Se trata de paciente masculino, de 73 años de edad, con diagnóstico de Colitis Ulcerosa (CU) desde hace 13 años. En las colonoscopias de vigilancia se detectaron lesiones con displasia de alto grado (DAG) en colon ascendente. Tras la discusión multidisciplinaria con el servicio de Cirugía General, se optó por un manejo médico conservador en lugar de una intervención quirúrgica temprana. Lamentablemente, la optimización con terapia biológica no fue posible debido a no estar disponible en nuestro medio; sin embargo, posteriormente, el paciente presentó persistencia de actividad endoscópica severa; no obstante, las biopsias de seguimiento resultaron negativas para displasia. En la colonoscopia más reciente, se evidenciaron dos lesiones elevadas a 40 cm del margen anal, de aspecto vegetante y ulcerado, que miden entre 22 y 30 mm. El estudio histopatológico fue compatible con adenocarcinoma (ADC) infiltrante moderadamente diferenciado. Asimismo, se realizó una TC toracoabdominal que mostró nódulos pulmonares sugerentes de diseminación metastásica. Actualmente, se indica manejo en conjunto por Oncología Médica y Quirúrgica y la realización de una proctocolectomía con reservorio ileal.

Resultados

Discusión. La presencia de DAG en pacientes con CU es una indicación quirúrgica formal debido al alto riesgo de cáncer sincrónico o metacrónico. En este caso, la mejoría sintomática transitoria no se correlacionó con la curación mucosa, permitiendo la progresión silente de la displasia inicial. Esto demuestra la naturaleza multifocal del riesgo neoplásico en la CU y la importancia de la inflamación crónica como motor oncogénico.

Conclusiones

Conclusiones. La DAG en CU es una señal de alarma que exige considerar la cirugía temprana de forma prioritaria, aún más en contextos donde el tratamiento biológico es inaccesible, la colectomía no debe verse como el último recurso, sino como una intervención profiláctica oportuna para evitar la progresión a estadios oncológicos avanzado y preservar la supervivencia del paciente.

Análisis de seguridad de guselkumab en enfermedad inflamatoria intestinal en América Latina: datos de ensayos fase 2/3 en enfermedad de Crohn y colitis ulcerativa

Domingo Balderramo¹, Tarcia Nogueira Ferreira Gomes², Ligia Yukie Sasaki³, Marjorie Costa Argollo⁴, Juan Lasa⁵, Manuel Alejandro Martínez Vasquez⁶, Wilbert van Duijnhoven⁷, Rian Van Rampelbergh⁷, Hongyan Zhang⁸, Thomas Baker⁸

¹ Hospital Privado Universitario de Córdoba. Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de Córdoba, Córdoba, Argentina

² Johnson & Johnson, São Paulo, Brasil

³ São Paulo State University, Medical School, Botucatu, Brazil

⁴ Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil

⁵ Departamento de Gastroenterología, Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina

⁶ Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud (EMCS), Tecnológico de Monterrey, México

⁷ Johnson & Johnson, Antwerp, Belgium

⁸ Johnson & Johnson, Spring House, USA

Modalidad: poster

N.º Póster: 55

Antecedentes

La prevalencia de las enfermedades inflamatorias intestinales (EII), incluyendo la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerativa (CU), están aumentando en América Latina, una región con carga alta de tuberculosis y otras infecciones oportunistas. La limitada representación de pacientes latinoamericanos en los ensayos clínicos globales ha generado escasez de datos de seguridad específicos para la región. Guselkumab (GUS), un inhibidor selectivo de la doble acción de la subunidad IL23p19, mediante la neutralización de IL23 y la unión al receptor CD64, ha demostrado un perfil de seguridad favorable en estudios fase 2/3 globales.

Objetivo

Este análisis posthoc evaluó la seguridad combinada de GUS en pacientes latinoamericanos con EC o CU moderada y grave.

Metodología

Se incluyeron pacientes adultos de Argentina, Brasil, Colombia y México enrolados en los ensayos fase 2/3 (GALAXI 2 & 3, GRAVITI, QUASAR, ASTRO). Los pacientes recibieron GUS o placebo (PBO). El análisis descriptivo de los desenlaces de seguridad se evaluó hasta un año por tratamiento y tipo de enfermedad. Las tasas de incidencia ajustadas por tiempo (por 100 pacientes año) se utilizaron para considerar diferencias en el seguimiento.

Resultados

Se incluyeron 188 pacientes (EC n=62; CU n=126; GUS n=156; PBO n=32), principalmente de Brasil (78%). La mayoría de los pacientes tratados con GUS había presentado falla o intolerancia a terapias avanzadas (EC 88,5%; CU 61,5%). La mediana de seguimiento fue de 47,1 semanas (GUS) y 25,1 semanas (PBO). Las tasas de incidencia de eventos adversos, eventos adversos graves e infecciones fueron 481,1, 19,8 y 106,1 con GUS, y 557,0, 57,1 y 95,2 con PBO, respectivamente. No se observaron casos de tuberculosis activa.

Conclusiones

GUS mostró un perfil de seguridad en pacientes de Latinoamérica con EC y CU consistente con lo previamente publicado a nivel mundial en las distintas indicaciones, sin identificarse nuevas señales de seguridad durante un año de exposición.

Comorbilidades y manifestaciones extraintestinales en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de difícil tratamiento en América Latina

D. Balderramo¹, F. Juliá Baños², C. Flores³, R. Froes³, J. Yamamoto-Furusho⁴, G. Veitia⁵, T. Gomes⁶, S. Martínez⁷, B. Lade⁸, J. S. Lasa⁹

¹ HPUC, Argentina
² PANCCO, Colombia
³ GEDIIB, Brazil
⁴ PANCCO, Mexico
⁵ PANCCO, Venezuela
⁶ Johnson & Johnson LATAM
⁷ PANCCO, Dominican Republic
⁸ PANCCO, Uruguay
⁹ CEMIC, Argentina

Modalidad: poster

N.º Póster: 56

Antecedentes

Los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) también pueden tener afectada su calidad de vida debido a manifestaciones extraintestinales (MEIs) y comorbilidades.

Objetivo

Conocer la frecuencia y presentación de las MEIs es importante, especialmente en pacientes con EII de difícil tratamiento (D2T IBD), y en países con aumento de la prevalencia de EII y acceso heterogéneo al tratamiento, como ocurre en la región de América Latina.

Metodología

Estudio observacional con datos secundarios de cuatro registros latinoamericanos:

- Estudio multicéntrico de caracterización epidemiológica de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en América Latina, con pacientes de 9 países;
- Registro de la Organización Brasileña de Enfermedad de Crohn y Colitis;
- Dos registros de un solo centro en Buenos Aires y Córdoba, Argentina.

Se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de EII (colitis ulcerosa - CU, enfermedad de Crohn - EC o indeterminada) y al menos un fármaco prescrito.

Los pacientes fueron clasificados como D2T IBD si presentaban fracaso a ≥ 2 mecanismos de acción de terapias avanzadas (ADA, antibióticos, recurrencia posoperatoria de EC tras ≥ 2 resecciones intestinales).

Las comorbilidades, manifestaciones extraintestinales (MEIs) y otras características de pacientes D2T vs. no D2T se compararon mediante las pruebas de Mann-Whitney y chi cuadrado ($p < 0.05$).

Resultados

De los 6417 pacientes elegibles, 55.7% tenían CU, 43.4% EC y 0.9% EII no clasificada. La mediana (Q1–Q3) de duración de la enfermedad al momento de la inclusión fue de 9 (5–15) años, y el 56% eran mujeres – Tabla 1. Más del 10% de los pacientes presentaba comorbilidades cardiovasculares (17%) y/o endocrinas (14%).

Las MEIs articulares, en especial artralgia/artritis (20%), fueron las más frecuentes.

De los 5698 pacientes con información disponible, 13.1% (n=747) fueron clasificados como D2T IBD. La proporción de D2T IBD fue mayor entre los pacientes con EC (30.2% vs. 1.6% en CU; $p < 0.001$).

Los criterios D2T más frecuentes fueron enfermedad perianal compleja para mecanismos de ADTs para CU D2T (92.6%).

Al comparar los grupos D2T vs. no D2T (Tabla 2), los pacientes D2T fueron más jóvenes al momento del diagnóstico [mediana: 26 (21–37) años], tuvieron un mayor tiempo hasta el diagnóstico (mediana: 0 (0–2) años; media \pm DE: 1.7 ± 3.5 años), y presentaron porcentajes estadísticamente mayores de hombres (55%), historia familiar de EII (5.5%) y no fumadores actuales (93%).

Aproximadamente el 41% de los pacientes D2T tenía al menos una comorbilidad. Las comorbilidades psiquiátricas, hepatobiliares/gastrointestinales, urogenitales y musculoesqueléticas, así como las MEIs (artralgia/artritis, eritema nudoso, uveítis y úlceras orales), fueron más frecuentes entre los pacientes D2T.

Conclusiones

Los pacientes D2T presentan diferencias en comorbilidades y MEIs, teniendo más comorbilidades psiquiátricas y fatiga, lo que puede impactar en su calidad de vida. El seguimiento de los pacientes con EII requiere equipos multidisciplinarios para reducir la frecuencia de estos eventos y optimizar las decisiones terapéuticas.

Estenosis por enfermedad de Crohn en Latinoamérica: primera cohorte multinacional (StenoLAT) con ajuste por puntaje de propensión

Viviana Parra-Izquierdo^{1,2}, Rodrigo Castaño-Llano³, Fabian Juliao-Baños⁴, Laura Osorio⁴, Alvaro Gomez⁵, Cristian Flórez-Sarmiento⁶, Jonathan Barreto-Pérez⁷, David Andrade-Zamora⁸, María Luisa Jara-Albaw⁹, Díaz-Quintero¹⁰

¹ Hospital Internacional de Colombia (HIC), Bucaramanga, Colombia

² Grupo de Inmunología Celular y Molecular – InmuBo, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

³ Profesor Cirugía, Universidad Pontificia Bolivariana; Clínica El Rosario; Clínica Las Américas, Colombia

⁴ Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia; Organización Panamericana de Crohn y Colitis (PANCCO)

⁵ Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

⁶ Clínica Internacional y Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú

⁷ Clínica de Occidente, Cali, Colombia; Mediarce Gastroenterología, Bogotá, Colombia

⁸ Hospital José Carrasco Arteaga, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca, Ecuador

⁹ Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Guayaquil, Ecuador

¹⁰ Fellow Gastroenterología, Sanitas

Modalidad: poster

N.º Póster: 57

Antecedentes

Las estenosis por enfermedad de Crohn (EC) son una causa frecuente de obstrucción y del uso de recursos sanitarios; en Latinoamérica, la elección entre manejo endoscópico, quirúrgico o conservador ocurre en escenarios con heterogeneidad tecnológica y farmacológica.

Objetivo

Describir las estrategias de manejo de estenosis por EC en el registro multinacional latinoamericano (STENOLAT) y comparar endoscopia versus cirugía en términos de fracaso temprano, incorporando control de confusión por indicación, agrupados y análisis de sensibilidad.

Metodología

Cohorte retrospectiva multicéntrica de adultos con EC y estenosis documentada. Estrategia inicial: endoscópica, quirúrgica u observacional. Se evaluaron éxito técnico/clínico a 6 meses y eventos adversos. Para endoscopia vs cirugía se aplicó puntaje de propensión con ponderación por solapamiento, errores robustos agrupados y análisis de sensibilidad.

Resultados

Se analizaron 300 pacientes (11 países), mediana de edad 51 años [35.5–65], 51.5% hombres; duración de EC 6 años [3–11], duración de estenosis 4 años [2–8], longitud 48 mm [27–77.5]. En endoscopia predominó dilatación con balón (60/77); éxito técnico 55/64 (86%) y éxito clínico 67/75 (89%). En balón, retratamiento 20/58 (34%) y cruce a cirugía 5/59 (8%). Se usaron SEMS en 11 pacientes con 3 migraciones (27%). En cirugía predominó resección (97/104) y el éxito clínico a 6 meses fue 98/104 (94%); estancia 8 días [6–13]. Tras ajuste de solapamiento, endoscopia se asoció con mayor fracaso a 6 meses vs cirugía (RR 2.06; IC95% 1.32–3.22; p=0.001).

Conclusiones

En STENOLAT, la endoscopia—principalmente dilatación con balón—fue una estrategia preservadora de intestino con alto éxito temprano y perfil de seguridad favorable, pero con menor durabilidad clínica a 6 meses que la cirugía. Estos hallazgos respaldan la realización de algoritmos regionales y seguimiento estandarizado para optimizar la selección terapéutica en estenosis por EC.

Anexos

Tabla 1. Características demográficas y clínicas por tipo de manejo

Variable	Expectante (n = 119)	Endoscópico (n = 77)	Quirúrgico (n=104)	p	
Edad (años), media (DE)	49 (19)	54 (16)	48 (17)	0,162	
Sexo masculino, (%)	58 (48)	36 (49)	60 (58)	0,293	
País	Colombia	88 (74)	56 (76)	53 (51)	0,001
	Costa Rica	15 (13)	5 (7)	11 (11)	
	Perú	7 (6)	4 (5)	20 (19)	
	Argentina	0 (0)	2 (3)	12 (12)	
	Ecuador	1 (1)	7 (9)	0	
	Otros	8 (7)	3 (4)	6 (6)	
Procedencia urbana, n (%)	110 (90)	70 (95)	96 (92)	0,673	
Montreal	L1	32 (43)	68 (56)	55 (53)	0,439
	L3	26 (35)	34 (28)	29 (28)	
Comportamiento	B2	65 (88)	109 (89)	89 (86)	0,258
	B2 + B3	5 (7)	5 (4)	12 (12)	
Tabaquismo	No	56 (75.7%)	83 (68.0%)	80 (76.9%)	0,274
	Sí/Exfumador	18 (24.3%)	37 (30.3%)	22 (21.1%)	
Enfermedad Perianal	12 (16.2%)	21 (17.2%)	17 (16.3%)	0,823	
Años con Crohn, media	8 (6)	8.5 (7)	9 (8)	0,197	
Años con estenosis, media	6 (6)	5.7 (7)	5.8 (7)	0,962	
Hospitalizaciones (≥ 1)	66 (54)	42 (57)	80 (87)	< 0,001	
Cirugía previa, n (%)	26 (21)	23 (31)	61 (59)	< 0,001	
Biológico previo, n (%)	100 (63)	26 (54)	69 (74)	0,032	

Las variables continuas se expresan como media ± desviación estándar (DE) o mediana [IQR], según la distribución evaluada mediante la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. Las variables categóricas se presentan como frecuencia absoluta (n) y porcentaje (%). NR: No reportado. Los porcentajes se calcularon sobre los pacientes con datos disponibles en cada variable.

Tabla 2. Características de las estenosis y las imágenes diagnósticas

Variable	Expectante	Endoscópico	Quirúrgico	p	
Número estenosis	1.2 ± 0.7	1.3 ± 0.8	1.4 ± 0.8	0,097	
Longitud (mm), media	62 ± 63	45 ± 46	70 ± 54	< 0,001	
Tipo de estenosis	Primaria	100	63	90	0,559
	Anastomosis	16	14	8	
	Ambas	1	0	6	
Fenotipo radiológico	Inflamatorio	90 (74)	38 (51)	26 (25)	<0,001
	Mixto	23 (9)	19 (26)	52 (50)	
	Fibrótico	7 (6)	17 (23)	26 (25)	
Procedencia urbana, n (%)	110 (90)	70 (95)	96 (92)	0,673	
Ubicación estenosis	íleon	64 (55)	50 (65)	66 (64)	0,559
	Anast. ileocólica	14 (12)	11 (14)	9 (9)	
	Yeyuno-íleon	6 (5)	2 (3)	5 (5)	
	Tracto alto	2 (2)	2 (3)	9 (9)	
Otra	20 (17)	12 (16)	14 (14)		
Úlcera	63 (54)	47 (62) (17.2 %)	67 (65)	0,251	
Fístula	7 (6)	6 (7)	27 (26)	< 0,001	
Imágenes	EnteroRMN	77	55	59	0,011
	Colonoscopia	48	28	35	
	TAC	18	10	31	
	Ultrasonido	12	6	11	
Características radiológicas	Inflamatoria	88 (75)	32 (42)	52 (50)	< 0,001
	Mixta	22 (19)	20 (26)	26 (25)	
	Fibrótico	7 (6)	17 (22)	26 (25)	
Dilatación preestenosis	33 (28)	32 (42)	66 (64)	< 0,001	
Engrosamiento pared	64 (55)	49 (64)	81 (78)	< 0,001	

Enfermedad inflamatoria intestinal de difícil tratamiento en países de América Latina: prevalencia y características clínicas

F. Juliá Baños¹, C. Flores², J. Yamamoto³, R. Fróes², J. S. Lasa⁴, D. Balderramo⁵, S. B. Martínez⁶, B. Lade⁷, T. Gomes⁸, G. Veitia⁹

¹ PANCCO, Colombia

² GEDIIB, Brasil

³ PANCCO, México

⁴ CEMIC, Argentina

⁵ HPUC, Argentina

⁶ PANCCO, República Dominicana

⁷ PANCCO, Uruguay

⁸ Johnson & Johnson LATAM

⁹ PANCCO, Venezuela

Modalidad: poster

N.º Póster: 58

Antecedentes

La prevalencia de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ha estado aumentando en países de América Latina. 1,2Un consenso internacional de expertos propuso criterios para definir la EII de difícil tratamiento (D2T-IBD). 3

Objetivo

Nuestro objetivo fue evaluar la prevalencia y las características de D2T-IBD en Latinoamérica.

Metodología

Estudio observacional con datos secundarios de cuatro registros latinoamericanos: el estudio multicéntrico de Caracterización Epidemiológica de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en América Latina (con pacientes de 9 países), el registro de la Organización Brasileña de Enfermedad de Crohn y Colitis, y dos registros de un solo centro en Argentina (CEMIC – Centro de Educación Médica y de Investigaciones Clínicas “Norberto Quirno” y HPUC – Hospital Privado Universitario de Córdoba).

Se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de EII (colitis ulcerativa – CU, enfermedad de Crohn – EC, o no clasificada) con al menos un fármaco prescrito. Los pacientes fueron clasificados como D2T-IBD si presede acción de terapias avanzadas (ADTs), pouchitis crónica refractaria a antibióticos, recurrencia posoperatoria de EC después de e2 resecciones intestinales, o EC perianal características de pacientes D2T versus no D2T mediante pruebas de Mann-Whitney y chi-cuadrado ($p < 0,05$).

Resultados

De 6.314 pacientes elegibles, 55,2 % tenían CU, 43,9 % EC y 0,9 % no clasificada. La duración media \pm desviación estándar de la enfermedad al momento de la inclusión en los registros fue de $12,5 \pm 10,8$ años, y el 56,2 % eran mujeres (Tabla 1). De 5.598 pacientes con información disponible, 742 (13,3 %; IC95 % [12,4 %–14,2 %]) fueron clasificados como D2T-IBD. La proporción de D2T-IBD fue mayor entre los pacientes con EC (30,2% vs 1,6% en CU; $p < 0,001$). La mayoría de los pacientes cumplió solo un criterio (92,1 %). Los criterios más frecuentes fueron la enfermedad perianal compleja en D2T-EC mecanismos de ADTs en D2T-CU (92,3 %).

En comparación con los pacientes no D2T, los pacientes D2T fueron diagnosticados significativamente a una edad más temprana (media: 30 ± 13 años), tuvieron un mayor tiempo hasta el diagnóstico ($1,7 \pm 3,5$ años) y una mayor duración de la EII al momento de la inclusión (12 ± 9 años) – Tabla 2. Los pacientes D2T también mostraron un porcentaje estadísticamente más alto de hombres (55 %) y de antecedentes familiares de EII (5,5 %). El fenotipo de EC-D2T al diagnóstico presentó más casos fistulizantes/penetrantes (39 %), y de localización ileocólica (46,1 %) o colónica (29,1 %). La colitis extensa fue más frecuente entre los pacientes con CU-D2T (82 %).

Conclusiones

D2T-IBD se identificó en aproximadamente el 13 % de los pacientes tratados en América Latina, afectando a cerca de un tercio de los pacientes con EC. Factores clínicos severos se asociaron a D2T-IBD, incluyendo características relacionadas con un fenotipo más grave y peor pronóstico. Estudios futuros deben caracterizar la carga y las necesidades no satisfechas de los pacientes con D2T-IBD.

Utilización de recursos de salud por parte de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de difícil tratamiento en países de América Latina

D. Balderramo¹, C. Flores², J. Yamamoto³, R. Fróes², J. S. Lasa⁴, S. B. Martínez⁵, B. Lade⁶, T. Gomes⁷, G. Veitia⁸

¹ HPUC, Argentina
² GEDIIB, Brasil
³ PANCCO, México
⁴ CEMIC, Argentina
⁵ PANCCO, República Dominicana
⁶ PANCCO, Uruguay
⁷ Johnson & Johnson LATAM
⁸ PANCCO, Venezuela

Modalidad: poster

N.º Póster: 59

Antecedentes

América Latina es una región geográfica con acceso heterogéneo a la atención médica y a las terapias farmacológicas avanzadas (ADTs) necesarias para el manejo de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), especialmente en los casos más difíciles.

Objetivo

Nuestro objetivo fue caracterizar el uso de recursos de salud para el manejo de la EII, particularmente en la EII de difícil tratamiento (D2T IBD), en esta región.

Metodología

Estudio observacional con datos secundarios provenientes de cuatro registros latinoamericanos: EPILATAM IBD (Caracterización epidemiológica de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en América Latina: Estudio Multicéntrico) con pacientes de 9 países de la región; el registro nacional de la GEDIIB – Organización Brasileña de Enfermedad de Crohn y Colitis; y dos registros de un solo centro en Argentina, en Buenos Aires y Córdoba.

Este análisis incluyó pacientes adultos con diagnóstico de colitis ulcerativa (CU), enfermedad de Crohn (EC) o no clasificada, y con al menos un fármaco prescrito para EII.

Los pacientes fueron clasificados como D2T IBD si presentaban fracaso a ADTs, pouchitis crónica refractaria a antibióticos, recurrencia postoperatoria resecciones intestinales, o EC perianal compleja.

Las características de los pacientes D2T vs. no D2T se compararon mediante la prueba de Mann Whitney y las pruebas chi cuadrado o exacta de Fisher ($p < 0.05$).

Resultados

De los 6314 pacientes elegibles (55.2% CU, 43.9% EC y 0.9% no clasificados), 5598 tenían información sobre criterios, y 742 (13.3%) fueron clasificados como D2T. La proporción de D2T IBD fue mayor entre los pacientes con EC (30.2% vs. 1.6% en CU; $p < 0.001$).

Los pacientes con D2T IBD fueron diagnosticados a una edad significativamente más temprana que los no D2T, tuvieron un mayor tiempo hasta el diagnóstico y un mayor porcentaje fue atendido en el sistema privado de salud – Tabla 1.

Los pacientes D2T presentaron una incidencia y un número promedio de cirugías significativamente mayores (73% vs. 10% en no D2T) y hospitalizaciones (49% vs. 37%) – Tabla 1. También recibieron un mayor número de tratamientos desde el diagnóstico (36% recibió 4 o más fármacos), especialmente ADTs (19.5% recibió 3 o más ADTs) – Tabla 2.

Entre los pacientes D2T, el 64% recibió inmunomoduladores y el 83% ADTs desde el diagnóstico. Los porcentajes de pacientes tratados con 2 o más anti TNF (28%) y con ADTs distintas a anti TNF (anti integrinas: 14%, anti interleucinas: 19%, inhibidores de JAK: 4.2%) también fueron mayores entre los pacientes D2T.

Conclusiones

La EII de difícil tratamiento se asoció con una incidencia significativamente mayor de cirugías y hospitalizaciones, lo que resulta en una mayor carga para los sistemas de salud. Además, los pacientes D2T requirieron más ADTs tanto en número de tratamientos distintos como en clases diferentes a los anti TNF.

Los pacientes D2T representan una necesidad médica no satisfecha relevante en el manejo de la EII en la región de América Latina.

Remisión aparente, inflamación persistente: los fenotipos agresivos concentran la discordancia hacia la curación intestinal

Viviana Parra Izquierdo^{1,2,3}, Ginary Orduz Diaz¹, Laura Vanessa Granados Mantilla¹, Carlos Augusto Cuadros¹, Cristian Fabian Flórez^{1,2}, Vanessa Duran¹, Federico Francisco Coelli¹, Manuel Ardila Baez¹, Juan Javier Acevedo¹, Juan Frías Ordoñez^{1,3}

¹ Centro de excelencia en Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital Internacional de Colombia, Bucaramanga, Colombia.

² Grupo de Inmunología Celular y Molecular InmuBo, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

³ Grupo de Investigación Especialidades Médico Quirúrgicas, Fundación Cardiovascular de Colombia, Bucaramanga, Colombia.

Modalidad: poster

N.º Póster: 60

Antecedentes

En la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), la remisión clínica continúa siendo un objetivo relevante, pero no siempre refleja la resolución completa de la inflamación intestinal. En el contexto actual de estrategias treat-to-target, el verdadero control de la enfermedad exige una evaluación multimodal que integre síntomas, biomarcadores, endoscopia, histología e imagen. En la práctica real, una proporción importante de pacientes aparentemente en remisión mantiene inflamación residual objetiva, no hay estudios latinoamericanos que lo describan.

Objetivo

Evaluar la relación entre remisión clínica y control inflamatorio profundo, así como el gradiente de logro hacia metas terapéuticas cada vez más estrictas.

Metodología

Se realizó un estudio observacional transversal en pacientes consecutivos con colitis ulcerativa (CU) y enfermedad de Crohn (EC) en seguimiento en un centro de referencia. La remisión clínica se definió, de acuerdo con STRIDE-II, como ausencia de síntomas reportados por el paciente; en CU, ausencia de sangrado rectal y normalización de la frecuencia evacuatoria, y en EC, resolución del dolor abdominal y de la alteración del hábito intestinal. La remisión bioquímica se estableció por normalización de proteína C reactiva y calprotectina fecal; la curación mucosa por ausencia de actividad endoscópica relevante, considerando en CU un Mayo endoscópico 0; la remisión histológica en CU por Nancy index = 0; y la curación transmural en EC por ausencia de inflamación activa en resonancia magnética enterográfica o ecografía intestinal. Se definió remisión profunda como la coexistencia de remisión clínica, remisión bioquímica y curación mucosa, y objetivo multimodal avanzado como la meta terapéutica más exigente según el subtipo de EII: disease clearance en CU y, en EC, remisión clínica, remisión bioquímica, curación mucosa y curación transmural.

Resultados

De una cohorte de 208 pacientes se logró información completa de todos los desenlaces en 64 pacientes, de los cuales 47 (73.4%) alcanzaron remisión clínica. Sin embargo, en casi 1 de cada 3 de ellos persistió inflamación objetiva residual (31.9%), mostrando que el control sintomático sobrestimó el verdadero control inflamatorio. Esta discordancia fue más frecuente en EC que en CU (41.7% vs 21.7%) y se concentró especialmente en los fenotipos agresivos: en EC estenosante/penetrante fue marcadamente mayor que en el fenotipo inflamatorio (70.0% vs 21.4%), y en CU extensa fue superior a la observada en colitis izquierda (36.4% vs 8.3%). Además, se evidenció una caída progresiva en la consecución de metas terapéuticas a medida que estas se hicieron más exigentes: remisión bioquímica 56.3%, curación mucosa 43.8%, remisión profunda 39.1% y objetivo multimodal avanzado 31.3%. En conjunto, los hallazgos muestran que la inflamación persistente no se distribuye de manera uniforme, sino que se concentra en pacientes con mayor riesgo estructural.

Conclusiones

Primer estudio en vida real latinoamericano que evalúa los resultados de la estrategia treat to target, demostrando que la remisión clínica aislada no basta para definir control de la EII. En esta cohorte, una proporción importante de pacientes aparentemente en remisión mantuvo inflamación activa, particularmente aquellos con fenotipos agresivos como la EC complicada y la CU extensa. A medida que el objetivo terapéutico se vuelve más profundo, menos pacientes logran alcanzarlo, lo que confirma que los síntomas representan solo la superficie del control inflamatorio. Estos resultados respaldan la necesidad de una monitorización multimodal intensiva y una optimización terapéutica precoz, especialmente en subgrupos de alto riesgo, para avanzar desde la remisión aparente hacia una verdadera curación intestinal profunda.

Anexos

Tabla 1. Discordancia entre remisión clínica y actividad inflamatoria objetiva según tipo y fenotipo de EII

Variable	Pacientes remisión clínica (%)	Actividad inflamatoria Objetiva n (%)	IC 95 %	pp
Total cohorte	47 (73,4)	15 (31,9)	21,0 - 45,3	-
Enfermedad de Crohn	24 (75,0)	10 (41,7)	24,5 - 61,2	0,04
Crohn inflamatorio	14 (77,8)	3 (21,4)	7,6 - 47,6	Ref.
Crohn estenosante/penetrante	10 (71,4)	7 (70,0)	39,7 - 89,2	0,02
Colitis ulcerativa	23 (71,9)	5 (21,7)	9,7 - 41,9	0,08
CU izquierda	12 (75,0)	1 (8,3)	1,5 - 35,4	Ref.
CU extensa	11 (68,0)	4 (36,4)	15,2 - 64,6	0,03

Tabla 2. Concordancia entre remisión clínica y objetivos inflamatorios

Objetivo inflamatorio	Pacientes en remisión clínica n (%)	Concordancia clínica-objetiva (%)	IC 95%
Normalización bioquímica	47	61,7	48,5 - 73,4
Curación mucosa	47	53,2	40,1 - 65,9
Curación histológica (CU)	23	39,1	23,6 - 57,3
Curación transmural (Crohn)	24	33,3	18,6 - 52,2
Remisión profunda	47	39,1	28,0 - 51,5

Tabla 3. Caída progresiva en el logro de objetivos terapéuticos

Objetivo terapéutico alcanzado	n (%)	IC 95 %
Remisión clínica	47 (73,4)	61 - 83
Remisión bioquímica	36 (56,3)	44 - 68
Curación mucosa	28 (43,8)	32 - 56
Objetivo multimodal avanzado	20 (31,3)	21 - 43

Tabla 4. Factores relacionados con persistencia de inflamación

Variante	OR	IC 95%	p
Duración prolongada de la enfermedad	1,11	1,02 - 1,21	0,02
Fenotipo complicado en Crohn	4,21	1,30 - 13,6	0,01
Enfermedad extensa en CU	3,02	1,01 - 9,02	0,047
Biomarcadores persistentemente elevados	3,56	1,18 - 10,7	0,02
≥ 2 biológicos previos	2,73	0,93 - 7,98	0,06
Cirugía intestinal previa	2,14	0,65 - 7,05	0,21

Tendencias temporales, perfil epidemiológico y tratamiento actual de la enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de referencia en Perú

Yessica Mitzy Jaramillo Ventura¹, Irene Esmeralda Cárdenas Vela¹, Luis Alberto Cervera Caballero¹, Jacqueline Abad Núñez¹, Ofelia Brisaida Castillo Contreras¹, Suzanne Elizabeth Ayala Quintanilla¹

¹ Centro de Excelencia en EII. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins - EsSalud, Lima, Perú

Modalidad: poster

N.º Póster: 61

Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un trastorno inflamatorio crónico recurrente que incluye a la colitis ulcerativa (CU) y a la enfermedad de Crohn (EC). El diagnóstico se basa en hallazgos clínicos, endoscópicos e histológicos y el tratamiento incluye terapias convencionales, terapias avanzadas (biológicos/moléculas pequeñas) y cirugía en casos refractarios.

La incidencia y prevalencia se encuentran con un crecimiento significativo en países recientemente industrializados, consolidándose como una enfermedad de distribución mundial. En el Perú, estudios históricos como el de Illescas et al. reportaron solo 74 casos de colitis ulcerativa en 52 años en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Bendaño et al. Reportaron 17 casos de enfermedad de Crohn en 20 años en el Hospital Edgardo Rebagliati, reflejando la baja incidencia previa de la enfermedad. Finalmente, en el 2016 Paredes et al reportaron 81 pacientes con colitis ulcerativa y 24 pacientes con enfermedad de Crohn.

Objetivo

Describir el incremento de casos, identificar las características epidemiológicas y el tratamiento actual de los pacientes con diagnóstico de EII atendidos en un centro de salud especializado durante el 2019 y 2026.

Metodología

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo de una cohorte institucional. Se incluyeron pacientes mayores de 14 años, de ambos sexos que tuvieran diagnóstico de CU y EC por criterios clínicos, laboratoriales, endoscópicos e histológicos aceptados internacionalmente y que hayan acudido a la consulta externa del servicio de gastroenterología entre febrero del 2019 hasta febrero del 2026. El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva utilizando Microsoft Excel.

Resultados

En este estudio se incluyeron en total 205 pacientes, 144 (70 %) con diagnóstico de colitis ulcerativa y 61 (30 %) con enfermedad de Crohn, siendo de mayor incidencia el diagnóstico de colitis ulcerativa con una relación de 2,36:1. La edad promedio total fue 52.23 años (rango 15-88 años). En la CU el 58 % fueron mujeres y en la EC el 56 % fueron hombres.

Según la Clasificación de Montreal, 16 pacientes con CU (11 %) se clasificaron como proctitis ulcerativa, 48 (33%) como colitis izquierda y 80 (56 %) como pancolitis; en cuanto a la mayor severidad durante su evolución 20 (14 %) pacientes con CU cursaron como leves, 79 (55 %) moderadas y 45 (31 %) graves. En los pacientes con EC, la localización más común fue la ileal e ileocólica con la misma cantidad de pacientes (34% en cada grupo); en cuanto al comportamiento de la EC el 46 % de pacientes tuvo un fenotipo estenosante (Tabla 1).

En cuanto al tratamiento 43 (70 %) pacientes con EC se encuentran con terapia avanzada y en la CU 114 (79 %) pacientes se encuentran con terapia convencional. La necesidad de intervención quirúrgica asociada a

complicaciones de la enfermedad se observó en 11 (8 %) pacientes con CU y en 31 (51 %) pacientes con EC (Tabla 1). Se observó una tendencia creciente en el número de casos de EII a lo largo del tiempo (Figura 1).

Conclusiones

Se evidencia un incremento sostenido de la enfermedad inflamatoria intestinal en nuestro medio, en concordancia con la tendencia global observada en países en industrialización.

La colitis ulcerativa continúa siendo la forma predominante, aunque se observa una mayor proporción de enfermedad de Crohn respecto a series previas en nuestro medio.

La enfermedad de Crohn presenta una mayor severidad clínica, caracterizada por fenotipos complicados (principalmente estenosante).

La alta necesidad de terapias avanzadas y cirugías en enfermedad de Crohn evidencia la importancia de un diagnóstico precoz y acceso oportuno a tratamiento especializado.

Anexos

Tabla 1. Característica epidemiológicas y terapia de la cohorte de pacientes con EII de un hospital de referencia Lima - Perú

Variable	Valor
Número total de pacientes	205
Edad promedio (años)	52.23
Edad mínima	15
Edad máxima	88
Tipo de EII: Colitis ulcerativa/Enfermedad de Crohn	144 (70 %) / 61 (30 %)
Sexo en CU	84 (58 %) mujeres/ 60 (42 %) hombres
Sexo en EC	27 (44 %) mujeres/ 34 (56 %) hombres
CU: Mayor extensión	E1 (11 %), E2 (33 %), E3 (56 %)
CU: Mayor severidad	S1 (14 %), S2 (55 %), S3 (31 %)
EC: Localización	L1 (34 %), L2 (%), L3 (34 %), L4 (8 %)
EC: Comportamiento	B1 (31 %), B2 (46 %), B3 y perineal (23 %)
Tratamiento en colitis ulcerosa	Terapia convencional 114 (79 %) / terapia avanzada 30 (21 %)
Tratamiento en enfermedad de Crohn	Terapia convencional 18 (30 %) / terapia avanzada 43 (70 %)
Intervención quirúrgica	Colitis ulcerativa 11 (8 %) / Enfermedad de Crohn 31 (51 %)

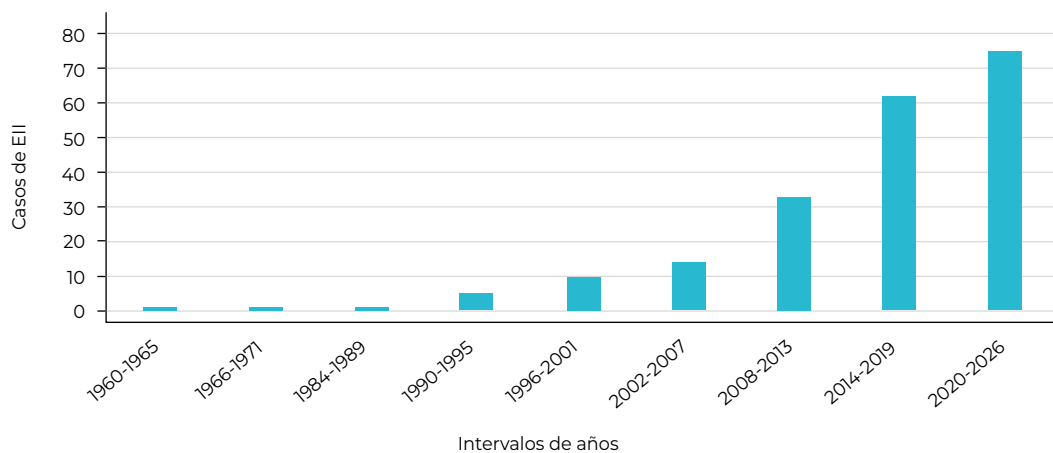


Figura 1. Tendencia temporal de casos de enfermedad inflamatoria intestinal en el HNERM

EXPOCOL: El exposoma temprano moldea la EII en Latinoamérica: edad al diagnóstico, fenotipo y curso clínico

Viviana Parra Izquierdo^{1,2}, Ginary Orduz Díaz¹, Laura Vanessa Granados Mantilla¹, Carlos Augusto Cuadros¹, Cristian Fabián Flórez^{1,2}, Vanessa Durán¹, Federico Francisco Coelli¹, Juan Javier Acevedo¹, Juan Frías Ordoñez^{1,3}, Aura Gutiérrez⁴

¹ Centro de Excelencia en Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital Internacional de Colombia, Bucaramanga, Colombia

² Grupo de Inmunología Celular y Molecular InmuBo, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

³ Fundación Cardiovascular de Colombia, Bucaramanga, Colombia

⁴ Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), Colombia

Modalidad: poster

N.º Póster: 62

Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) resulta de la interacción entre susceptibilidad biológica y factores ambientales. El exposoma temprano ha cobrado interés porque puede influir en la edad de aparición, el fenotipo y la evolución clínica de la enfermedad. En América Latina, la evidencia sobre estas asociaciones sigue siendo limitada.

Objetivo

Evaluar la asociación entre exposiciones tempranas del exposoma y la expresión clínica de la EII en una cohorte colombiana, incluyendo edad al diagnóstico, subtipo diagnóstico y desenlaces clínicamente relevantes.

Metodología

Estudio observacional, retrospectivo y exploratorio en 100 pacientes colombianos con colitis ulcerativa (CU) o enfermedad de Crohn (EC). Se evaluaron exposiciones tempranas registradas en el cuestionario colombiano de EII: tipo de parto, lactancia, número de hermanos, exposición a granja, leche no pasteurizada, parasitosis, antibióticos y AINEs a edades tempranas, número de personas en el hogar y número de baños durante los primeros 5 años de vida. La edad al diagnóstico se analizó mediante regresión lineal multivariable, y los resultados se expresaron como coeficientes beta (β), en años en la edad al diagnóstico asociados a cada exposición. Los desenlaces EC vs CU, cirugía relacionada con EII y curso clínico complicado se analizaron mediante regresión logística, y los resultados se expresaron como odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95 %, interpretados como la probabilidad relativa de presentar cada desenlace. Los modelos se ajustaron según el desenlace.

Resultados

Se analizaron 100 pacientes: 64% CU, 36% EC y 42% hombres. La edad media al diagnóstico fue de 36.2 ± 14.8 años. 71% requirió terapia avanzada, 13% tuvo cirugía relacionada con EII y 6% cirugía perianal. La cirugía fue más frecuente en EC que en CU: 27.8% (10/36) vs 4.7% (3/64). La EC se asoció con mayor probabilidad de cirugía relacionada con EII (OR 7.15; IC95% 1.80–28.48; $p=0.005$).

En el modelo multivariable para edad al diagnóstico, se asociaron con diagnóstico más tardío el número de hermanos ($\beta = 2,25$ años por cada hermano adicional; IC 95 % 1,41–3,09; $p < 0,001$), la exposición a leche no pasteurizada ($\beta = 6,20$; IC 95 % 1,81–13,24; $p = 0,010$) y el mayor número de baños, que mostró asociación inversa ($\beta = -2,72$; IC 95 % no especificado). El modelo explicó el 42,9 % de la variabilidad de la edad al diagnóstico.

En los análisis exploratorios de fenotipo, la exposición a AINEs a una edad temprana se asoció con mayor probabilidad de EC vs CU (OR 2.55; IC95% 1.03–6.32; p=0.043), mientras que la exposición a granja mostró una tendencia en la misma dirección (OR 2.26; IC95% 0.96–5.31; p=0.062). Para curso clínico complicado, ninguna exposición mostró asociación independiente significativa tras el ajuste.

Conclusiones

Primera cohorte latinoamericana que evalúa el exposoma temprano demostrando que se asocia con dos dimensiones de la EII: cuándo se diagnostica y cómo se expresa clínicamente. Más hermanos, parto vaginal y leche no pasteurizada se asociaron con diagnóstico más tardío de la EII, mientras que la exposición a AINEs a edades tempranas se relacionó con mayor probabilidad de EC la cual mostró una carga quirúrgica claramente mayor que la CU. Estos hallazgos apoyan el papel del exposoma temprano como modulador del inicio y del curso clínico de la EII en nuestra población.

Anexos

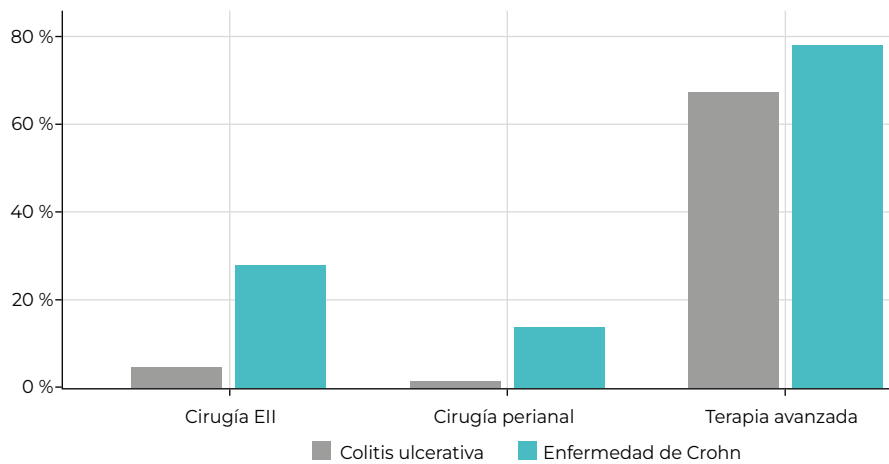


Figura 1. Desenlaces clínicos según diagnóstico de EII.png

Hallazgo	OR (IC 95%)	P
AINEs → Crohn vs CU	2,55 (1,03 - 6,32)	p = 0,043
Granja → Crohn vs CU	2,26 (0,96 - 5,31)	p = 0,062
Crohn → Cirugía EII	7,15 (1,80 - 28,48)	p = 0,005
Granja → Curso complicado	0,41 (0,15 - 1,13)	p = 0,085

Figura 2. Asociaciones exploratorias entre exposoma y desenlaces clínicos

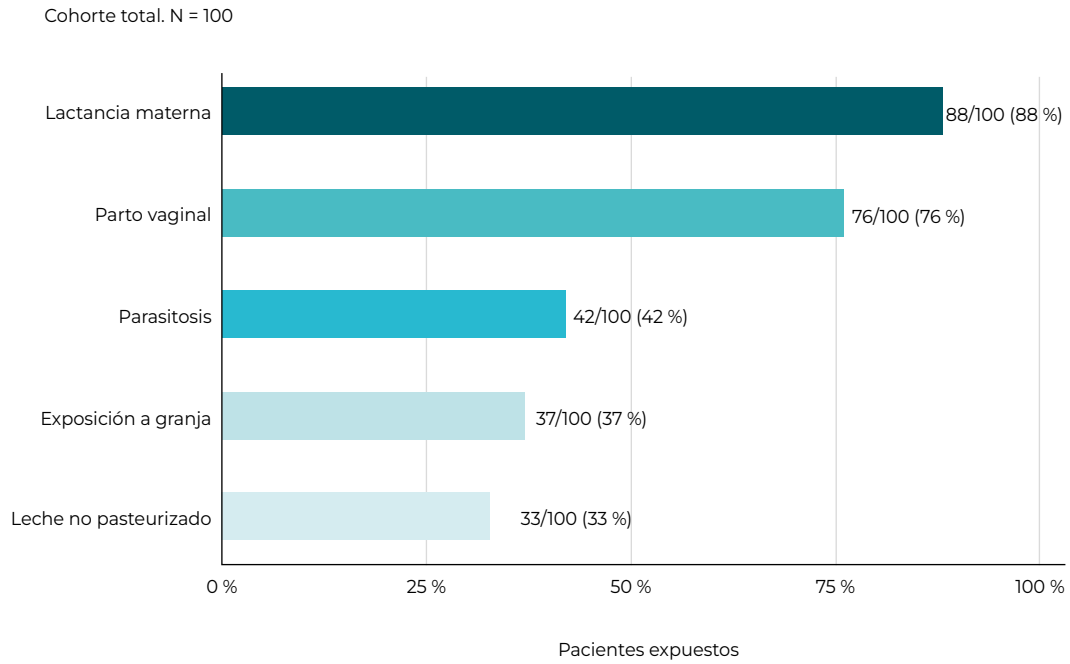
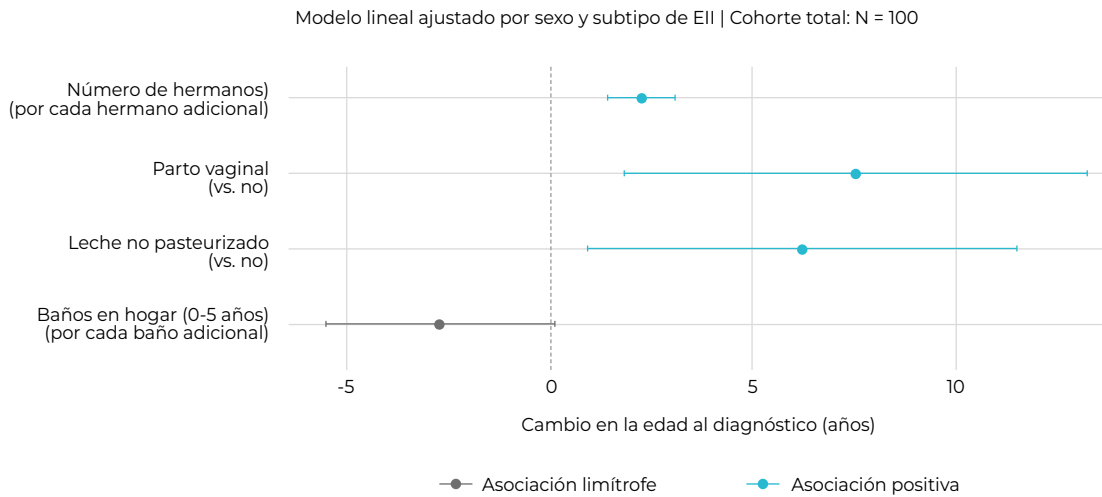


Figura 3. Frecuencia de exposiciones tempranas seleccionadas



Los puntos representan coeficientes beta y las barras horizontales intervalos de confianza del 95 %

Figura 4. Exposiciones tempranas y edad al diagnóstico de EII

Trasplante de progenitores hematopoyéticos como estrategia de rescate en enfermedad de Crohn refractaria: experiencia del centro de excelencia del Hospital Internacional de Colombia

Carlos Augusto Cuadros Mendoza¹, Kelly Johana Paz², Viviana Parra Izquierdo¹, Fernanda Santander¹, Ginary Orduz Díaz¹, Johon Garcés¹, Cristian Fabián Flórez¹, Juliep Sarmiento Navarro¹, Germán Manuel Tovar³, Claudia Lucía Sossa³

¹ Hospital Internacional de Colombia, Bucaramanga, Colombia

² Servicio de hematología y trasplante de médula ósea pediátrico, Hospital Internacional de Colombia

³ Afiliación no especificada

Modalidad: poster

N.º Póster: 63

Antecedentes

La Enfermedad de Crohn (EC) refractaria afecta al 25% de los pacientes, quienes no logran remisión con terapias biológicas convencionales. En pediatría, el debut antes de los 6 años (VEO-IBD) sugiere una etiología monogénica, como la deficiencia de XIAP (mutaciones en BIRC4), que altera la regulación de la apoptosis y la inmunidad innata (vía NOD2/NF- κ B). Mientras que en el VEO-Progenitores Hematopoyéticos (TPH) alogénico es la única cura definitiva, en la EC poligénica del adulto joven, el TPH autólogo surge como una terapia de rescate para resetear la autorreactividad inmune en casos con riesgo de falla intestinal.

Objetivo

Describir la eficacia y seguridad del trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal refractaria.

Metodología

Serie de casos descriptiva. Se reportan dos casos clínicos manejados con TPH, donde se presentan los fenotipos, regímenes de acondicionamiento y desenlaces clínicos.

Resultados

Se presenta el caso de un lactante masculino de 9 meses con un cuadro de diarrea intermitente, fiebre recurrente y desnutrición. A los 18 meses, la colonoscopia reveló una enfermedad de Crohn severa (SES-CD: 21) con úlceras profundas, enfermedad perianal con fístula perianal. El paciente mostró una refractariedad absoluta a esteroides, azatioprina e infliximab, sumado a múltiples infecciones oportunistas por CMV, EBV, Klebsiella y Candida, lo que orientó la sospecha hacia una inmunodeficiencia primaria. El estudio genético mediante exoma confirmó una mutación patogénica en XIAP (XIAP tipo 2/XLP-2), estableciendo el diagnóstico de una enfermedad inflamatoria intestinal monogénica. Como estrategia de rescate, se utilizó sirolimus como terapia puente, logrando una mejoría parcial de la inflamación intestinal antes del procedimiento definitivo.

Finalmente, el paciente recibió un trasplante alogénico haploidéntico de progenitores hematopoyéticos (donante paterno) con un régimen de acondicionamiento de intensidad reducida. Tras superar complicaciones postrasplante como reactivaciones virales y enfermedad injerto contra huésped hepática, el paciente alcanzó un quimerismo completo y remisión endoscópica sostenida a los 12 meses de seguimiento.

El segundo caso trata de un varón de 22 años con enfermedad de Crohn (EC) ileocolónica estenosante (Montreal A1L3B2) diagnosticada finalizando sus 17 años. El paciente presentó un curso clínico agresivo caracterizado

por dependencia a esteroides y refractariedad primaria a múltiples líneas terapéuticas, incluyendo azatioprina, infliximab optimizado, vedolizumab y upadacitinib. A pesar de una hemicolectomía derecha, evolucionó con recurrencia posquirúrgica temprana, fístula enterocutánea y desnutrición proteico-calórica severa con requerimientos transfusionales recurrentes. Ante el agotamiento de opciones farmacológicas y el elevado riesgo de síndrome de intestino corto frente a nuevas resecciones, se optó por un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (autoTPH) en diciembre de 2025. Durante el periodo postrasplante presentó complicaciones infecciosas graves como neutropenia febril por *Klebsiella pneumoniae* multirresistente y neumonía organizada. Actualmente el paciente se encuentra en fase de recuperación medular con estabilidad clínica, ausencia de dolor abdominal y cese del sangrado gastrointestinal. Este caso ilustra que, aunque el autoTPH conlleva una morbilidad infecciosa significativa, constituye una alternativa terapéutica potencial para inducir el control de la enfermedad en pacientes seleccionados con EC grave y opciones quirúrgicas limitadas

Conclusiones

En conjunto, estos hallazgos refuerzan la necesidad de un enfoque individualizado, basado en la caracterización biológica de la enfermedad, donde el diagnóstico genético, la estratificación del riesgo y la selección terapéutica dirigida convergen para optimizar los resultados en pacientes con EII pediátrica compleja.

El TPH autólogo emerge como una alternativa de rescate en pacientes con enfermedad de Crohn poligénica agresiva y refractaria, que puede llegar a ser curativa en VEO-IBD monogénica y una alternativa de rescate eficaz en EC poligénica refractaria, especialmente cuando su objetivo es evitar intervenciones quirúrgicas que generen un síndrome de intestino corto, aunque su uso debe balancearse cuidadosamente frente a su perfil de toxicidad. El éxito del procedimiento depende del diagnóstico genético temprano y la gestión proactiva de complicaciones infecciosas.

En este contexto, el primer elemento crítico es el diagnóstico genético oportuno. La identificación de mutaciones monogénicas, como la deficiencia de XIAP, redefine por completo el paradigma diagnóstico y terapéutico. No se trata únicamente de una variante de enfermedad de Crohn, sino de una entidad inmunológica distinta, con implicaciones pronósticas y terapéuticas radicalmente diferentes. Considerando que hasta un 4% de los casos de enfermedad de Crohn pediátrica refractaria pueden tener una base monogénica, la ausencia de estudios genéticos avanzados como el exoma puede conducir a una prolongación innecesaria de terapias ineficaces, con el consecuente riesgo acumulado de complicaciones graves, incluyendo infecciones oportunistas potencialmente letales. En este sentido, el Caso 1 representa un ejemplo paradigmático de cómo el diagnóstico molecular no solo esclarece la etiología, sino que redefine el objetivo terapéutico hacia una estrategia curativa.

Por otro lado, el Caso 2 introduce el papel del TPH autólogo en enfermedad de Crohn poligénica severa. Aunque no corrige un defecto genético específico, su objetivo es reiniciar el sistema inmunológico, induciendo una “reprogramación” de la respuesta inflamatoria. La evidencia disponible, incluyendo el ensayo ASTIC y datos del registro EBMT, ha demostrado que este enfoque puede lograr una reducción significativa de la actividad clínica y endoscópica. Sin embargo, estos beneficios deben ponderarse frente a un perfil de riesgo no despreciable, caracterizado principalmente por una alta incidencia de complicaciones infecciosas, como bacteriemias y reactivaciones virales, asociadas a la profunda inmunosupresión del procedimiento.

Esto subraya la necesidad de una cuidadosa selección de pacientes y manejo en centros con experiencia.

Otro aspecto particularmente relevante en ambos casos es el uso de terapias puente, como el sirolimus. En el Caso 1, la reducción del índice endoscópico SES-CD de 21 a 13 previo al trasplante alogénico no solo refleja un control parcial de la inflamación, sino que también optimiza el estado clínico del paciente antes de un procedimiento de alto riesgo. Este enfoque estratégico resalta la importancia de modular la actividad inflamatoria antes del TPH, con el fin de mejorar los resultados postrasplante y reducir complicaciones.

La vigilancia multidisciplinaria, junto con la monitorización objetiva mediante endoscopia y biomarcadores, es esencial en la toma de decisiones clínicas, especialmente ante la frecuente discordancia entre la percepción clínica del paciente y la actividad inflamatoria real.

Calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: rol de la psicogastroenterología ante la insatisfacción vital

Diego Steven Muñoz Cabas¹, Omaira Elena Noguera Hernández², Jairo David Buitrago Bula³, Lilliam González¹, Judith Aular¹, Noris Acosta¹, Mirian Carroz¹

¹ Universidad del Zulia

² Centro Médico de Salud Mental y Neurociencias de Maracaibo

³ Universidad de Sucre

Modalidad: poster

N.º Póster: 64

Antecedentes

El impacto de la salud mental en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) demanda fortalecer el autocuidado y los métodos de afrontamiento psicológico, ya que ha dejado de ser comprendida como un trastorno estrictamente orgánico para entenderse como una patología de alto impacto sistémico y emocional. En el contexto clínico actual, se reconoce que la cronicidad de los síntomas, la incertidumbre de las crisis y las restricciones dietéticas erosionan significativamente la percepción de bienestar del individuo, generando una carga psicológica que a menudo supera la gravedad de la inflamación física.

Objetivo

El objetivo fue determinar la calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de la Unidad de Psicogastroenterología del Centro Médico de Salud Mental y Neurociencias de Maracaibo.

Metodología

Se empleó una metodología descriptiva, no experimental y transversal, aplicando la "Escala Manchester Short Assessment of Quality of Life" a una muestra de 32 pacientes atendidos en la Unidad de Psicogastroenterología del Centro Médico de Salud Mental y Neurociencias de Maracaibo, durante los años 2024 y 2025. El plan de análisis de datos fue a través del software SPSS versión 30.0, para calcular estadística descriptiva.

Resultados

En el componente subjetivo de la calidad de vida (el sentir del paciente), los resultados revelaron una profunda insatisfacción con una media aritmética ponderada de $1,55 \pm 0,25$, "Disgustado". En esta dimensión, la situación financiera fue crítica, con un 41,4% en la categoría "Disgustado" y un 30,3% en "No puede ser peor". Asimismo, el 51,5% manifestó un sentimiento "Mezclado" sobre su vida en general, reflejando el peso emocional de la patología.

Por el contrario, el componente objetivo (hechos concretos) mostró una media equivalente a "Principalmente satisfecho" (DE 1,45). En este ámbito, el 60,4% de los pacientes cuenta con un amigo cercano y el 100% negó haber sido víctima de violencia o tener conflictos legales, lo que indica que cuentan con un entorno social y de seguridad estable.

Conclusiones

En conclusión, existe una marcada paradoja: aunque los pacientes poseen condiciones de vida y apoyo social objetivamente funcionales, su percepción interna y emocional es de insatisfacción y disgusto. Esta brecha confirma que la estabilidad del entorno no compensa el deterioro subjetivo causado por la carga de la EII. Se hace imperativa la intervención del psicogastroenterólogo como figura central para transformar la gestión de la enfermedad, proveyendo herramientas de afrontamiento psicológico que permitan al paciente reconciliar su realidad externa con un bienestar interno sólido, logrando una calidad de vida integral.

Perfil de complicaciones infecciosas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en tratamiento con infliximab en un hospital de referencia en Lima, Perú

Jacqueline Abad Núñez¹, Irene Esmeralda Cárdenas Vela¹, Ofelia Brisaída Castillo Contreras¹, Mitzzy Jaramillo Ventura¹, Elizabeth Ayala Quintanilla¹, Luis Alberto Cervera Caballero¹

¹ Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Perú

Modalidad: poster

N.º Póster: 65

Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una patología crónica inmunomediada cuya incidencia ha aumentado en las últimas décadas. El uso de terapias biológicas, como infliximab, ha mejorado el control de la enfermedad; sin embargo, su uso se ha asociado con eventos adversos, particularmente infecciones graves y reactivación de tuberculosis, con un riesgo hasta 2,5 veces mayor que en la población general. Este riesgo es especialmente relevante en regiones endémicas, incluso pese al tamizaje previo recomendado. En este contexto, evaluar las complicaciones infecciosas es fundamental para comprender el perfil de seguridad del tratamiento y optimizar las estrategias de vigilancia clínica.

Objetivo

Describir la frecuencia y las características clínicas de las complicaciones infecciosas en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal en tratamiento con Infliximab en un hospital de referencia en Lima- Perú.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo tipo serie de casos que incluyó 83 pacientes adultos con enfermedad inflamatoria intestinal tratados con infliximab y seguimiento mínimo de 6 meses en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (Lima, Perú) entre 2019 y 2026. Se evaluaron características demográficas, clínicas y eventos adversos, con énfasis en infecciones graves que requirieron hospitalización (respiratorias, oportunistas y tuberculosis), analizadas por separado en enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. Se realizaron análisis bivariados mediante t de Student y chi cuadrado o prueba exacta de Fisher ($p < 0.05$) usando Stata 19.0.

Resultados

Se incluyeron 83 pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal en tratamiento con infliximab, de los cuales 51 (61,4%) tenían Enfermedad de Crohn y 32 (38,6%) Colitis ulcerosa. Durante el seguimiento de pacientes tratados con Infliximab se identificaron 7 infecciones graves, lo que corresponde a una frecuencia de 8,4% (7/83), predominando en pacientes con enfermedad de Crohn (71,4%). La mayoría de los casos ocurría en pacientes que recibían infliximab en monoterapia (85,7%) y más de la mitad presentaba uso concomitante de corticoides (57,1%). La tuberculosis fue la infección más frecuente, con 4 casos (4,8%), incluyendo un caso de infección diseminada asociada a Histoplasmosis y Criptococosis. El tiempo hasta el desarrollo de la infección osciló entre 0,9 y 63,6 meses. El IGRA fue positivo en 2 de los 4 casos de tuberculosis y solo uno presentó alteraciones en la radiografía de tórax. En total, 4 pacientes (4,8%) fallecieron, dos de ellos con comorbilidades significativas.

Conclusiones

Las infecciones graves en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal tratados con Infliximab presentaron una frecuencia de 8,4%, siendo la Tuberculosis la infección más frecuente (4,8%) y asociándose a una alta mortalidad. Estos resultados destacan la relevancia del tamizaje adecuado y la vigilancia continua de infecciones oportunistas durante el tratamiento con anti-TNF, particularmente en países endémicos para tuberculosis, donde el riesgo de infección puede ser mayor.

Anexos

Tabla 1. Características de pacientes con efectos adversos infecciosos

Enf.	Edad	Sexo	Comorbilidades	Esquema recibido	Dosis de Infliximab	Uso de corticoides	Tipo de infección	Tipo de TBC	Tiempo a infección (meses)	Resultado IGRA	Imagen de Tórax	Muerte
Enf. de Chron	20	M	No	Infliximab	5Mg/Kg	No	Reactivación Tbc	Pulmonar	4.2	Negativo	Lesion Secuellar	No
Enf. de Chron	41	F	No	Infúxir nab	5Mg/Kg	Si	Reactivación Tbc	Pulmonar	2.1	Negativo	Normal	No
Enf. de Chron	42	F	No	Infliximab	5Mg/Kg	No	Reactivación Tbc	Extra pulmonar	45.5	Positivo	Normal	No
Enf. de Chron	65	M	No	Infliximab	10Mg/Kg	Si	Reactivación Tbc, Histoplasmosis y Criptococosis	Diseminada	18.6	Positivo	Normal	Si
Enf. de Chron	77	M	IMA,DM, Insuficiencia ventricular izquierda	Infúxir nab	5Mg/Kg	No	Neumonía	N/A	63.6	Negativo	Normal	Si
Cotitis ulcerativa	45	M	No	Infliximab + Azatioprina	5Mg/Kg	Si	Meningitis Por Listeria	N/A	1.6	Negativo	Normal	Si
Cotitis ulcerativa	67	M	IMA, Stent coronario, HTA, DM, Enfisema pulmonar	Infliximab	10Mg/Kg	Si	Neumonía Por Histoplasmosis	N/A	0.9	Negativo	Pulrnon Enfisematoso	Si

Tabla 2. Presencia de eventos adversos según características de pacientes con enfermedad de Crohn

	Presentó evento adverso				
	No		Si		p-valor*
	Nro.	(%)	Nro.	(%)	
Total	21	(65.6)	11	(34.4)	
Edad (Media± DE)	44.6 ± 15.5		55.3 ± 14.2		0.07
Sexo					
Femenino	11	(57.9)	8	(42.1)	0.45
Masculino	10	(76.9)	3	(23.1)	
Localización					
Izquierda	9	(81.8)	2	(18.2)	0.248
Pancolitis	12	(57.1)	9	(42.9)	
Mayo actual					
0	2	(66.7)	1	(33.3)	0.647
1	9	(75.0)	3	(25.0)	
2	6	(66.7)	3	(33.3)	
3	1	(33.3)	2	(66.7)	
Tipo de tratamiento					
Infliximab	9	(64.3)	5	(35.7)	1
Infliximab + Azatioprina	12	(66.7)	6	(33.3)	

*Prueba exacta de Fisher

Tabla 3. Perfil de eventos adversos de pacientes con Colitis ulcerativa

	Nro.	(%)
Total	32	
Presentó evento adverso		
No	21	(65.6)
Si	11	(34.4)
Tipo de evento adverso		
Hipersensibilidad leve	2	(18.2)
Mielosupresion	2	(18.2)
Hipersensibilidad moderada	1	(9.1)
Lupus Like	1	(9.1)
Meningitis por Listeria	1	(9.1)
Neumonía por Histoplasmosis	1	(9.1)
Nm de Mama	1	(9.1)
Nm de Piel	1	(9.1)
Osteoporosis	1	(9.1)
Discontinúo el tto		
No	21	(65.6)
Si	11	(34.4)
Motivo discontinuación del tto		
Falla	6	(54.5)
Complicación Infecciosa	2	(18.2)
Ausentismo	1	(9.1)
Hipersensibilidad Severa	1	(9.1)
Lupus Like	1	(9.1)
Número de hospitalizaciones		
Sin hospitalizaciones	13	(40.6)
1 hospitalizacion	12	(37.5)
2 hospitalizacion	2	(6.2)
3 a más hospitalizaciones	5	(15.6)
Causa de hospitalización		
Brote Moderado	12	(63.2)
Brote Severo	7	(36.8)
Falleció		
No	29	(90.6)
Si	3	(9.4)
Causa de fallecimiento		
Megacolon Tóxico	1	(33.3)
Meningitis Por Listeria	1	(33.3)
Neumonía Por Histoplasmosis	1	(33.3)

Resultados en vida real del uso de ustekinumab en EII en el Centro de Gastroenterología Dr. Luis E. Aybar, República Dominicana

Keyla Cristina Villa Ovalles¹, Howard Vásquez Ruiz¹, Elaines de los Santos¹, Carmen Dilenia Lachapell¹

¹ Hospital Dr. Luis E. Aybar, República Dominicana

Modalidad: poster

N.º Póster: 66

Antecedentes

El uso de terapias biológicas ha revolucionado el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Ustekinumab ha demostrado eficacia en ensayos clínicos; sin embargo, la evidencia en práctica clínica real es clave para evaluar su desempeño, efectividad real.

Los estudios de vida real han demostrado una eficacia aun superior a los obtenidos en los ensayos clínicos, por lo que nos surge la inquietud de demostrar nuestra experiencia en la población que están usando la terapia a lo largo de su evolución y seguimiento.

Objetivo

Describir la efectividad clínica, perfil de pacientes y persistencia terapéutica de ustekinumab en nuestra unidad.

Metodología

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado en la unidad de EII del Centro de Gastroenterología Dr. Luis E. Aybar. Se incluyeron pacientes tratados con ustekinumab dentro de una cohorte de 293 pacientes. Se analizaron variables demográficas, clínicas y biomarcadores.

Resultados

Se incluyeron 60 pacientes (20.4%), con predominio de enfermedad de Crohn (66%) y sexo femenino (56%). La mediana de edad fue 42.1 años. Un 30% eran naïve, mientras que la mayoría tenía exposición previa a biológicos. Se evidenció disminución de PCR (17.6 a 2.7 mg/L) y calprotectina fecal (1,152 a 661 µg/g). Los índices clínicos mejoraron significativamente (HBI: 14.7 a 5.5; Mayo parcial: 6.55 a 1.8). El 86.7% permanecía en tratamiento activo.

Conclusiones

Ustekinumab muestra alta efectividad y persistencia en práctica clínica real, incluso en pacientes previamente tratados con biológicos.

Anexos

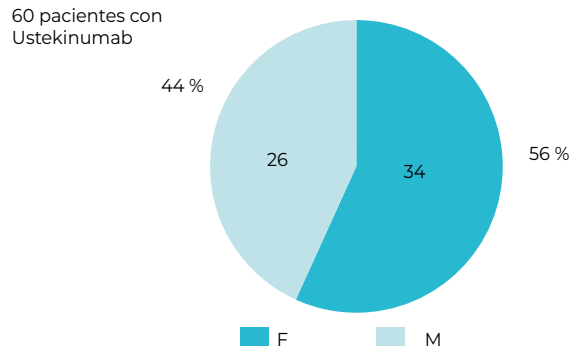


Figura 1. Distribucion segun el sexo.

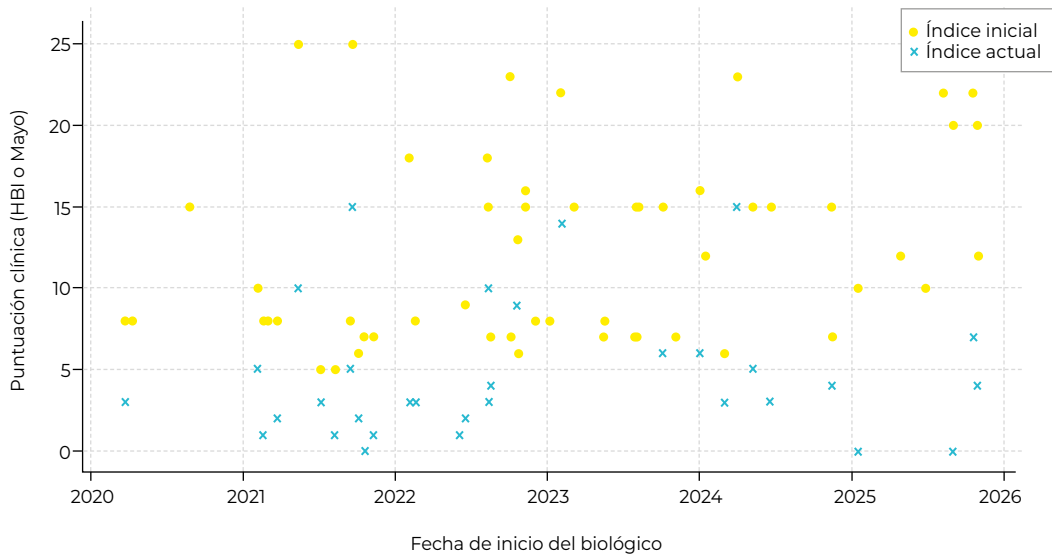


Figura 2. Evolución clínica de todos los pacientes (CU y EC)

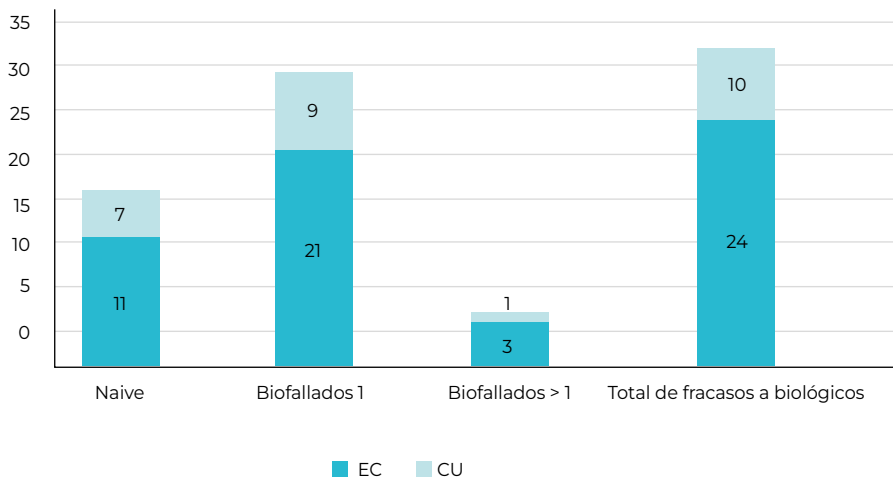


Figura 3. Pacientes Naive y fracasos a biológico previo

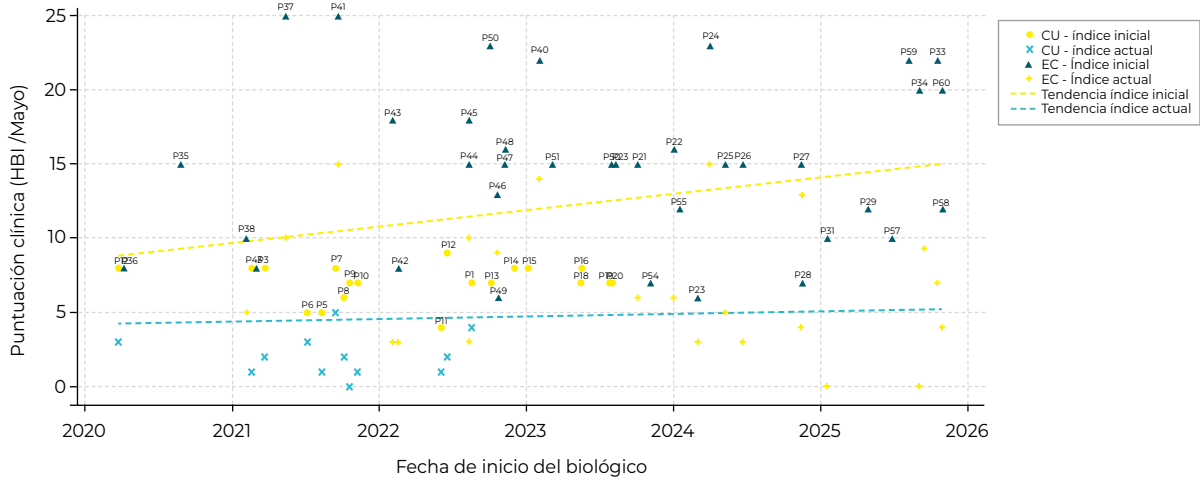


Figura 4. Evolucion clínica de todos los pacientes CU vs EC, índices iniciales y actuales

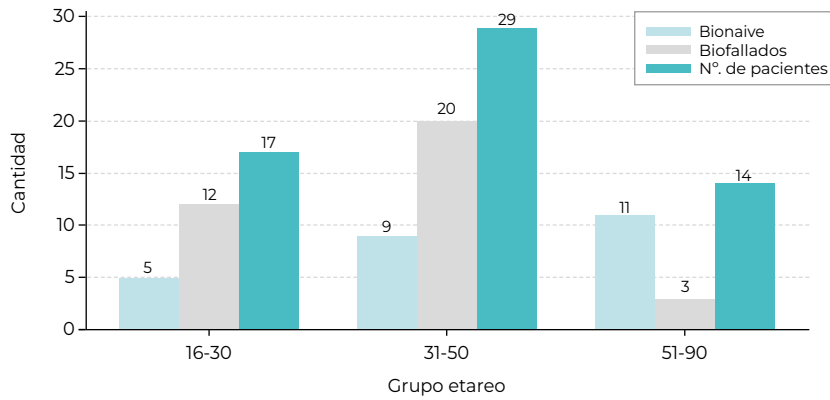


Figura 5. Distribucion según grupos etareos.png

Tabla 1. Distribución de datos pacientes tratados con Ustekinumab

Variable	Datos
Número total de pacientes	60 (20,4 %)
Diagnóstico (%)	<ul style="list-style-type: none"> • CU: 20 (34 %) • EC: 40 (66 %)
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino: 34 (56 %) • Masculino: 26 (44 %)
Mediana de edad	42,1 años (rango 16-91 años)
Proteína C Reactiva (PCR)	<ul style="list-style-type: none"> • Inicial: 17,6 mg/L • Actual: 2,7 mg/L
Calprotectina fecal	<ul style="list-style-type: none"> • Media inicial: 1,152 µg/g (5-4,300) • Media actual: 661 µg/g (1,1-7,000)
Índices de actividad clínica	<p>Enfermedad de Crohn - HBI:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicial: 14,7 (8-23) • Actual: 5,5 (0-14) <p>Colitis ulcerosa - Mayo parcial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicial: 6,55 • Actual: 1,8
Pacientes naïve	18 pacientes (EC: 11, CU: 7)
Pacientes biofallados	<ul style="list-style-type: none"> • 1 biológico: 30 (EC: 21, CU: 8) • >1 biológico: 4 (EC: 3, CU: 1)

Renacer tras la refractariedad: proctocolectomía restaurativa con reservorio ileoanal en colitis ulcerativa pancolónica extrema

Juan Camilo Arboleda Mera¹, Nairo Javier Senejoa², Carlos Martínez², Heinz Ibáñez², Ronel Barbosa², Diego Valbuena², Eliana Cortés¹, Ada Bustos¹, Juan Sebastián Parra¹

¹ Universidad Militar Nueva Granada

² Hospital Militar Central

Modalidad: poster

N.º Póster: 67

Antecedentes

A pesar de los avances exponenciales en el tratamiento médico de la colitis ulcerativa (CU) y la disponibilidad actual de múltiples dianas terapéuticas, una proporción significativa de pacientes desarrolla refractariedad absoluta. La CU severa e intratable representa un desafío clínico y quirúrgico crítico, el cual se ve frecuentemente agravado por el profundo deterioro metabólico-nutricional y el riesgo inminente de coinfecciones oportunistas secundarias a la inmunosupresión crónica. En el complejo escenario del agotamiento terapéutico, donde los corticosteroides y múltiples líneas de terapias avanzadas fallan, la proctocolectomía total restaurativa con reservorio ileoanal (IPAA) trasciende de ser una simple medida de rescate para consolidarse como el estándar de oro curativo. Esta intervención quirúrgica no solo erradica el órgano blanco de la enfermedad, sino que detiene la dependencia a fármacos inmunomoduladores y mitiga complicaciones sistémicas potencialmente fatales. El presente caso ilustra los límites de la terapia médica contemporánea frente a una CU pancolónica de presentación extrema. Asimismo, destaca cómo la transición oportuna hacia un abordaje quirúrgico multidisciplinario es el factor determinante para lograr el cese definitivo de la sintomatología refractaria y asegurar la restitución integral de la calidad de vida del paciente.

Objetivo

Describir el impacto curativo y la eficacia de la proctocolectomía total con reservorio ileoanal (IPAA) en el manejo de la colitis ulcerativa (CU) severa médicamente refractaria, destacando su papel en la restitución de la calidad de vida.

Metodología

Reporte de caso de un hombre de 26 años con CU pancolónica severa al debut. Presentó un cuadro crítico prolongado con hasta 20 deposiciones sanguinolentas diarias, pérdida de 9 kg de peso e intratabilidad médica tras fallo a corticoterapia, mesalazina y tres líneas de biológicos (certolizumab, vedolizumab, upadacitinib). El cuadro se agravó por coinfecciones (*Clostridium*, *E. coli*) y TBC latente. Ante el agotamiento terapéutico y el deterioro sistémico, se indicó tratamiento quirúrgico.

Resultados

Tras optimización multidisciplinaria, se realizó proctocolectomía total con construcción de reservorio ileoanal e ileostomía de protección. La patología de la pieza quirúrgica confirmó inflamación colónica extensa, múltiples ulceraciones y pseudopólipos inflamatorios. La intervención logró el cese definitivo de la sintomatología refractaria, permitiendo la suspensión de la terapia inmunosupresora crónica con una evolución clínica favorable.

Conclusiones

La cirugía reconstructiva mediante IPAA se mantiene como el procedimiento de elección para la CU refractaria. A pesar del amplio arsenal biológico actual, el abordaje quirúrgico multidisciplinario y oportuno es imperativo para evitar complicaciones fatales y restaurar integralmente la calidad de vida del paciente.

Anexos



Figura 1. Bolsa ileal

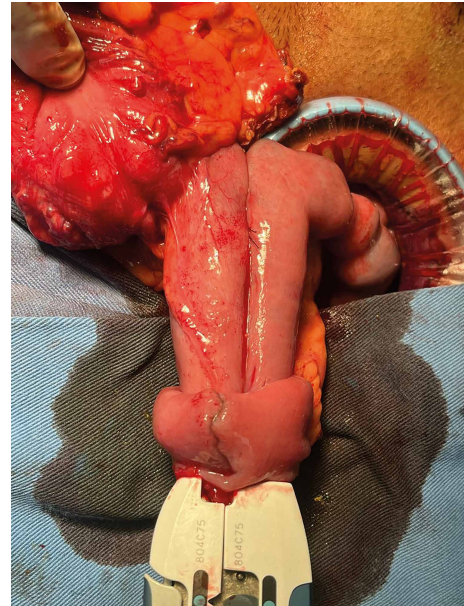


Figura 3. Construcción de la bolsa ileal

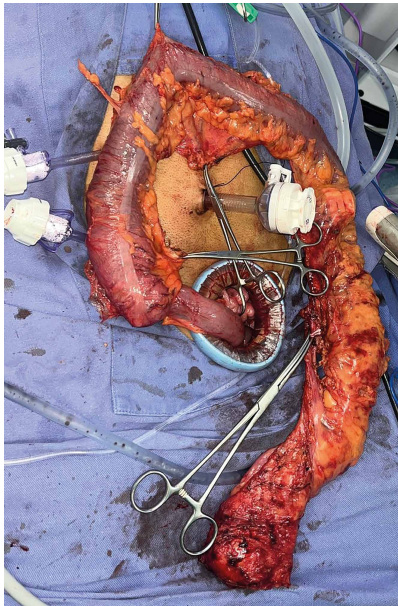


Figura 2. Proctocolectomía total

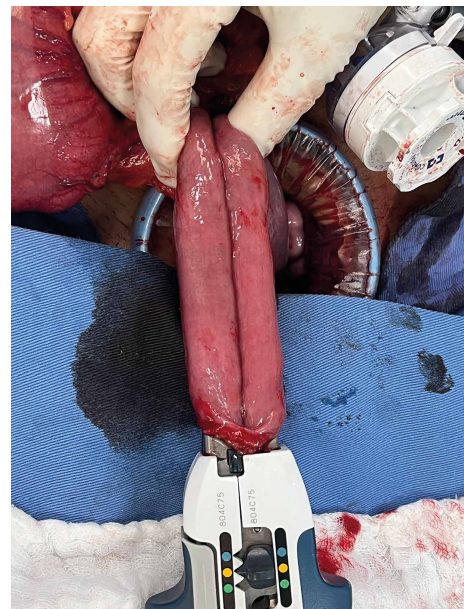


Figura 4. Bolsa



Figura 5. Espécimen quirúrgico

Esquemas cognitivos disfuncionales y maladaptativos en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Diego Steven Muñoz Cabas¹, Omaira Elena Noguera Hernández¹, Jairo David Buitrago Bula², Gisela Romero³, Mildred Fuenmayor³, Liliam González³

¹ Universidad del Zulia y Centro Médico de Salud Mental y Neurociencias de Maracaibo, Venezuela.

² Universidad de Sucre, Colombia.

³ Universidad del Zulia, Venezuela.

Modalidad: poster

N.º Póster: 68

Antecedentes

Los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), presentan con frecuencia esquemas cognitivos desadaptativos que influyen en su salud mental y calidad de vida; estos esquemas no son solo psicológicos, sino que interactúan con el eje intestino-cerebro, ya que la inflamación sistémica y alteraciones en la microbiota pueden generar neuroinflamación que refuerza estados psicopatológico de esquemas cognitivos desadaptativos.

Objetivo

Determinar la relación entre los Esquemas cognitivos disfuncionales y maladaptativos que poseen los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal atendidos en la Unidad de Psicogastroenterología del Centro Médico de Salud Mental y Neurociencias de Maracaibo, Venezuela.

Metodología

Investigación de tipo descriptivo-correlacional, con diseño no experimental, prospectivo y transversal. La población estuvo conformada por 32 pacientes con diagnóstico de EII atendidos en la Unidad de Psicogastroenterología del referido Centro, durante los años 2024 y 2025. Se aplicaron los instrumentos: "Matriz de recolección de datos socio-clínicos" y "Schema Questionnaire Young, (YSQ-L2)". El análisis de los datos fue ejecutado a través del software SPSS versión 30.0 aplicando dos fases, descriptiva y correlacional-inferencial. Se aplicó el coeficiente Rho de Spearman para determinar la correlación estadística entre los esquemas maladaptativos tempranos

Resultados

La mayoría de los pacientes tienen esquemas cognitivos disfuncionales en sus estructuras psíquicas. De manera concreta, para la dimensión Desconexión y rechazo, el esquema de Desconfianza/Abuso fue el que estuvo más presente con un 85,0% de prevalencia entre los pacientes. En la dimensión Autonomía y Ejecución Deteriorada, el esquema de Entrampamiento Emocional destacó con un 77,5%, mientras que para la dimensión Límites Deteriorados, el esquema de Grandiosidad obtuvo el porcentaje más alto con un 81,7%.

Por su parte, en la dimensión Orientación hacia los demás, el esquema de Autosacrificio registró una presencia del 78,9% y, finalmente, en la dimensión Inhibición, el esquema de Inhibición Emocional fue el más significativo con un 89,9%. De los 11 esquemas estudiados el "Entrampamiento emocional" presentó el mayor número de correlaciones significativas con nivel de 0,01, a saber: 0,241** con abandono/Inestabilidad; 0,267** con desconfianza/abuso; 0,535** con derecho/grandiosidad; -0,289** con auto control; 0,451** con auto sacrificio; 0,349** con inhibiciones emocionales y -0,262 con estándares inflexibles 2.

Conclusiones

La mayoría de los pacientes con EI tienen esquemas cognitivos disfuncionales en sus estructuras psíquicas. El análisis de los esquemas cognitivos disfuncionales en estos pacientes revela una prevalencia crítica en todas las dimensiones evaluadas, destacando la Inhibición Emocional y la Desconfianza/Abuso como los núcleos cognitivos más sólidos y extendidos en esta población. La elevada concentración de respuestas en las categorías de mayor validez personal, demuestra que estos pacientes operan bajo estructuras psíquicas de desconexión, rechazo y límites deteriorados, lo que refuerza la persistencia de patrones maladaptativos en su interacción social y autonomía. Estos resultados subrayan la necesidad de orientar las intervenciones psicoterapéuticas hacia la reestructuración de esquemas específicos, especialmente el Autosacrificio, la Grandiosidad y el Entrampamiento Emocional, los cuales actúan como barreras psicopatológicas significativas para la recuperación funcional y la estabilidad clínica global del paciente.

Evitando la recurrencia en la anastomosis: el impacto de la técnica Kono-S en la cirugía de la enfermedad de Crohn

Juan Camilo Arboleda Mera¹, Nairo Javier Senejoa², Carlos Martínez², Heinz Ibáñez², Ronel Barbosa², Diego Valbuena², Juan Sebastián Parra¹, Eliana Cortés¹, Ada Mercedes Bustos¹, Daniel Jiménez³

¹ Universidad Militar Nueva Granada, Colombia

² Hospital Militar Central, Colombia

³ Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUS), Colombia

Modalidad: poster

N.º Póster: 69

Antecedentes

A pesar de los avances en el tratamiento médico de la enfermedad de Crohn (EC), incluyendo la inmunoterapia y la terapia con anticuerpos, entre el 50 % y el 80 % de los pacientes requerirán tratamiento quirúrgico debido a la refractariedad, estenosis o perforación de la enfermedad. (1-3) La recidiva postoperatoria sigue siendo una preocupación importante, ya que es frecuente y a menudo se asocia con estenosis anastomóticas y recidiva de la enfermedad en el sitio de la anastomosis. En respuesta a este problema, la técnica Kono-S (una anastomosis término-terminal funcional antimesentérica suturada manualmente) parece ser un enfoque prometedor, ya que se ha asociado con tasas más bajas de recidiva quirúrgica y endoscópica en comparación con las técnicas anastomóticas convencionales. (1-4).

Objetivo

Describir la utilidad de la técnica anastomótica Kono-S en la prevención de la recidiva postoperatoria en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) refractaria.

Metodología

Se presentan dos casos, el primero un hombre de 59 años con antecedentes de dos años de enfermedad de Crohn grave (Montreal A3L1/3B2), que presentaba dolor abdominal y diarrea, fue evaluado en la consulta externa. A pesar del tratamiento con infliximab y vedolizumab, sus síntomas persistieron. Las colonoscopias realizadas entre 2023 y 2025 revelaron una estenosis ileal terminal grave y progresiva, con una luz de 6 mm y una lesión ulcerada no transitable, además de ileítis grave confirmada por biopsia. Dada la persistencia de los síntomas, la falta de respuesta al tratamiento biológico y la presencia de una estenosis ulcerada crítica no transitable, se indicó tratamiento quirúrgico y se planificó una colectomía derecha con anastomosis mediante la técnica de Kono-S. El segundo caso se trata de una mujer de 50 años con enfermedad de Crohn de 4 años de evolución con fenotipo estenosante (Montreal A3L3B2) ya refractaria a medicamentos biológicos y con cambios en los hábitos intestinales de reciente aparición se indicó tratamiento quirúrgico y se planificó también una colectomía derecha con anastomosis mediante la técnica de Kono-S.

Resultados

Estos dos pacientes se sometieron a colectomía derecha en el caso 1 reveló una estenosis ileal distal de 10 cm de la válvula ileocecal y una segunda estenosis de 5 cm ubicada 15 cm proximalmente. Ambas presentaban afectación mesentérica de espesor total con marcado engrosamiento, edema y fragilidad. El resto del intestino delgado no presentaba estenosis adicionales ni signos de enfermedad inflamatoria intestinal. Se realizó una anastomosis manual de Kono-S (Imágenes). La recuperación fue satisfactoria bajo un protocolo ERAS, con una estancia hospitalaria de cuatro días y sin complicaciones. En el seguimiento a la semana, el paciente permanecía asintomático, sin signos de recidiva temprana. El caso 2 reveló una estenosis ileal cecal con

afectación mesentérica de espesor total con marcado engrosamiento de este. El resto del intestino delgado tampoco presentaba estenosis adicionales ni signos de enfermedad inflamatoria intestinal. Se realizó una anastomosis manual de Kono-S, estancia corta de 3 días con evolución satisfactoria y normalización del hábito intestinal a la semana sin evidencia de recidivas hasta el momento.

Conclusiones

El tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Crohn sigue siendo frecuente, y la reconstrucción del tracto gastrointestinal desempeña un papel fundamental dado el alto riesgo de reestenosis post operatoria. En este contexto, la anastomosis de Kono-S ha cobrado cada vez más relevancia como una técnica prometedora que parece reducir la probabilidad de estenosis recurrente en el sitio de la anastomosis. Cabe destacar que ha pasado de estar ausente en las guías ECCO de 2020 a ser reconocida como una opción quirúrgica viable en las recomendaciones de 2024, lo que refleja la creciente evidencia que respalda su uso. (1-4) Nuestro paciente continúa bajo estrecha vigilancia y se informará sobre sus resultados a largo plazo a medida que evolucione su curso posoperatorio.

Adaptación transcultural al español del índice de discapacidad IBD Disk en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Gil Parada FL¹, Juliao-Baños F², Vergara-Samur HD¹, Barreiro-De Acosta M³, Parra-Izquierdo V⁴, Gil Montoya O⁵, Nos P⁶, Castaño-Llano R⁷, Azañedo-Barrantes C⁸, Franco-Vásquez RA⁹, Benítez Zabala S¹⁰, Abad-Núñez J¹¹, Sabbagh LC¹, Aponte-Martín DM¹, González-Salazar CA¹, Galiano MT¹, Hani-De Ardila AC¹, Corso C¹, Paipilla J¹, Zabana Y¹²

¹ Fundación Universitaria Sanitas

² Hospital Pablo Tobón Uribe

³ Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela, España

⁴ Hospital Internacional de Colombia

⁵ Universidad del Rosario

⁶ Hospital La Fe Valencia, España

⁷ Centro Oncológico e Instituto de Cancerología Medellín

⁸ Clínica Internacional Lima, Perú

⁹ Hospital María Auxiliadora Lima, Perú

¹⁰ Edificio de Consultorios Clínica Universitaria, Colombia

¹¹ Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Perú

¹² Hospital Universitario Mútua Terrassa, España

Modalidad: poster

N.º Póster: 70

Antecedentes

No existe cura conocida para la colitis ulcerativa (CU) ni para la enfermedad de Crohn (EC), por lo tanto, los objetivos del tratamiento son la remisión clínica, la curación de la mucosa, la mejora de la calidad de vida, la reducción de la discapacidad y la prevención de las complicaciones. Por esta razón, además de valorar los síntomas físicos, los hallazgos endoscópicos, radiológicos y biomarcadores, es importante tener herramientas válidas que nos permitan interpretar la percepción del paciente sobre su proceso de ajuste a la enfermedad y el impacto en su desempeño personal, laboral, familiar y social en la población hispanohablante, factores todos ellos que determinan su adherencia terapéutica y, por consiguiente, la consecución de mejores resultados.

La adaptación transcultural va más allá de la simple traducción lingüística, por cuanto busca asegurar que el instrumento adaptado mida el mismo constructo de manera válida y confiable en la nueva población objetivo.

Objetivo

Adaptar metodológicamente el cuestionario y el disco IBD Disk, de los originales publicados en inglés al español, como una herramienta abreviada, intuitiva y autoadministrada para evaluar de manera precisa y confiable la discapacidad en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Aplicar el cuestionario IBD Disk en español para evaluar el grado de discapacidad en una cohorte de pacientes con CU y EC.

Metodología

Estudio prospectivo de adaptación transcultural al español de una escala validada en inglés en una cohorte de pacientes con EII.

La adaptación transcultural del cuestionario IBD Disk no se encuentra publicada en español, por lo cual se presenta el cuestionario y el disco IBD Disk adaptados siguiendo las recomendaciones de Beaton y el método Delphi modificado.

1. Traducción directa inicial del cuestionario por pares bilingües cuya lengua materna es el español con la participación de 8 gastroenterólogos y 2 pacientes

2. Consenso de las traducciones en español por un comité de 3 gastroenterólogos hispano hablantes
3. Traducción inversa por 2 gastroenterólogos pares bilingües cuya lengua materna es el inglés y que desconocían la versión original del instrumento, quienes traducen la versión consensuada de vuelta al inglés para verificar la consistencia del contenido
4. Validación de los enunciados y el disco en español en consenso por un panel multidisciplinario, utilizando el método Delphi modificado en 2 rondas sucesivas con la participación de 3 miembros gastroenterólogos de un Comité de Expertos (GECCOL Grupo de Estudio Crohn y Colitis Colombiano), una paciente, una psicóloga, una enfermera jefe y dos gastroenterólogos españoles, con un acuerdo mayor al 90% y participación del 100% en las dos rondas
5. Se realizó prueba de ajuste del cuestionario adaptado al español del IBD Disk a un grupo de 25 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal evaluando la comprensión o ambigüedad, interpretación, percepción de la utilidad, facilidad de respuesta, relevancia cultural y tiempo invertido del registro de los 10 dominios en el disco
6. También se realizó una entrevista cognitiva escrita a los evaluadores y pacientes para recibir retroalimentación de la aplicación de la escala

Resultados

Cuestionario y disco ibd disk en español anexo complementario

Entrevistas cognitivas a los pacientes

- El 96 % de los pacientes manifestó comprender el cuestionario y el diligenciamiento del disco. El 100 % considera fácil y relevante la aplicación de la escala, y los dominios apropiados al contexto cultural; asimismo, la mayoría de los pacientes afirma que los términos utilizados reflejan sus experiencias.
- Manifiestan comprender por medio de la escala algunos aspectos que no sabían que estaban relacionados con la enfermedad.
- Sienten que la aplicación de la escala muestra un mayor interés del profesional de la salud por su bienestar, no solo físico sino también emocional.

Evaluadores n=9.

7 mujeres y 2 hombres. Edad promedio 44,1 (34-61) años.

- El 100 % de los evaluadores manifestó su acuerdo con la utilidad y aplicación de la escala adaptada para la evaluación de la discapacidad en EII.
- Recomiendan instrucciones previas al diligenciamiento de la escala, precisando al paciente que son síntomas presentes durante la última semana relacionados con su EC o CU (Colitis Ulcerativa o Ulcerosa).
- La escala contribuye al manejo integral y multidisciplinario del paciente, quien, por medio de su diligenciamiento, puede expresar sus emociones y dificultades, y de esta manera el personal de la salud puede establecer un plan de manejo e intervención. Sugieren que la escala sea aplicada de manera periódica para hacer un seguimiento.
- En funciones sexuales, verificar si aplica o no (no ha tenido vida sexual previa, no tiene en la actualidad o ha tenido dificultades previas al inicio de la EII).
- Si el paciente lo requiere, se sugiere que sea un miembro del personal de la salud que lo acompañe y oriente durante el registro de la escala. Se recomienda no debe hacerlo en compañía del familiar, porque las respuestas pueden ser sesgadas o el paciente puede inhibirse.
- Aunque los mayores índices de discapacidad fueron reportados por los pacientes con mayor actividad clínica y endoscópica, algunos pacientes en remisión también reportaron índices por encima de 30.

Conclusiones

Más allá que una traducción literal, se evalúa con la aplicación del IBD Disk mediante un proceso riguroso el impacto conceptual en el contexto cultural y semántico de los pacientes con EII.

Evaluadores y evaluados con la aplicación del cuestionario disco IBD Disk en español resaltan la importancia de la valoración de la carga de la enfermedad en la vida diaria y la participación integral más incluyente del paciente en su entorno funcional.

En los pacientes evaluados además de la asociación de la mayor actividad clínica y endoscópica con mayores índices de discapacidad, también se describen índices elevados en pacientes considerados en remisión con un umbral de discapacidad significativa cuando el puntaje es mayor a 30. El promedio de puntaje global fue de 43 (en la escala de 1 a 100).

Anexos

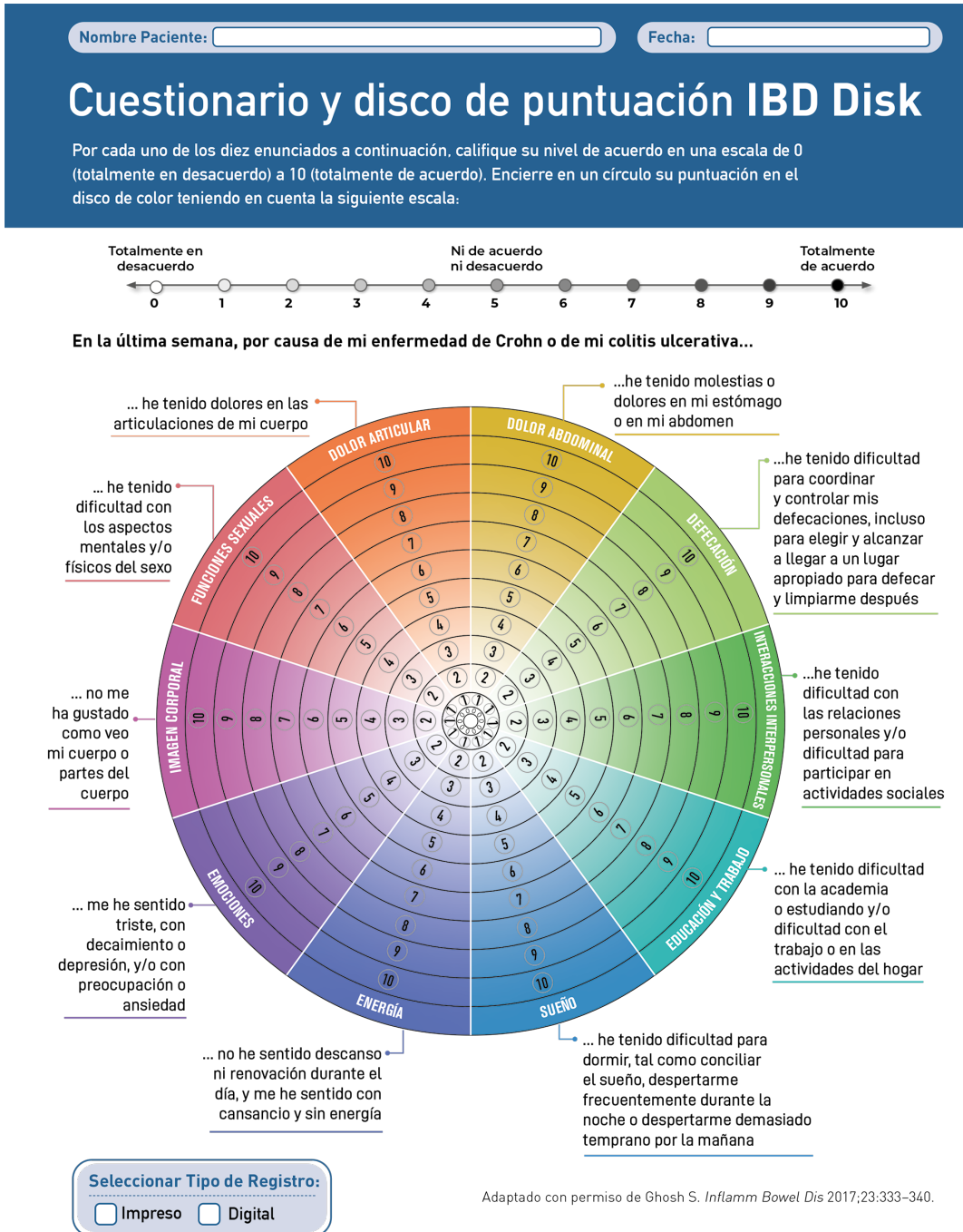


Figura 1. IBD DISK en español

Afectación gastrointestinal extensa en la enfermedad de Crohn con estenosis pilórica: un desafío clínico poco común en la práctica contemporánea

Juan Camilo Arboleda Mera¹, Nairo Javier Senejoa², Carlos Edmundo Martínez², Heinz Orlando Ibáñez², Harold Julió², Orlando Salinas², Laura León², Deider García¹, Camilo Ayala², Ada Mercedes Bustos¹

¹ Universidad Militar Nueva Granada

² Hospital Militar Central

Modalidad: poster

N.º Póster: 71

Antecedentes

La afectación del tracto gastrointestinal superior (TGI) en la enfermedad de Crohn (EC) es excepcional y puede manifestarse con estenosis pilórica que provoca obstrucción de la salida gástrica. Su diagnóstico sigue siendo difícil, ya que los índices convencionales de actividad de la enfermedad subestiman la gravedad de la afectación del TGI superior ^(1,2). Presentamos un caso inusual de EC extensa que afecta tanto al TGI superior como al inferior, lo que ilustra los desafíos diagnósticos y terapéuticos en la era de los tratamientos biológicos.

Objetivo

Describir los desafíos diagnósticos y terapéuticos de la afectación del tracto gastrointestinal (TGI) superior en la enfermedad de Crohn (EC) que provoca obstrucción de salida gástrica.

Metodología

Un soldado varón de 26 años, sin antecedentes médicos relevantes, presentó un cuadro clínico de dos meses de evolución caracterizado por dolor posprandial, vómitos, pérdida de peso de 12 kg y heces con abundante moco. Su IMC era de 16,9 kg/m². Los análisis de laboratorio mostraron proteína C reactiva de 5,85 mg/dL, hemoglobina de 11,1 g/dL y calprotectina fecal de 7078 ng/mL. Las pruebas para detectar infecciones resultaron negativas. La radiografía reveló dilatación gástrica con estenosis antral y ausencia de paso de contraste. La enterografía por resonancia magnética reveló engrosamiento estenosante concéntrico y ulceración en el píloro. La endoscopia mostró esofagitis grado C, múltiples úlceras gástricas y una estenosis pilórica no transitable. La colonoscopia reveló inflamación y estenosis desde el íleon distal hasta el recto proximal (véase la imagen 1). La histología confirmó una enfermedad inflamatoria intestinal crónica compatible con la enfermedad de Crohn.

Resultados

A pesar de un Índice de Actividad de la Enfermedad de Crohn de 290, la gravedad de la enfermedad se subestimó, mientras que la Puntuación Endoscópica Simple para la Enfermedad de Crohn (SES-CD = 24) reflejó una inflamación extensa ⁽³⁾. El tratamiento multidisciplinario incluyó reposo intestinal, nutrición parenteral, corticosteroides, azatioprina e infliximab. La dilatación endoscópica con balón restauró el paso duodenal con tolerancia oral sostenida y recuperación de peso (+5 kg después de 8 semanas), evitando la intervención quirúrgica (véase la imagen 2) ⁽⁴⁾.

Conclusiones

La estenosis pilórica debida a la enfermedad de Crohn representa una manifestación excepcional y a menudo subestimada que pone en entredicho las escalas de actividad estándar. Este caso subraya la necesidad de reevaluar los índices actuales de afectación del tracto gastrointestinal superior y destaca la dilatación endoscópica combinada con terapia inmunomoduladora-biológica como un enfoque eficaz que preserva los órganos y mejora los resultados y la calidad de vida en la enfermedad de Crohn de alta complejidad.

Anexos

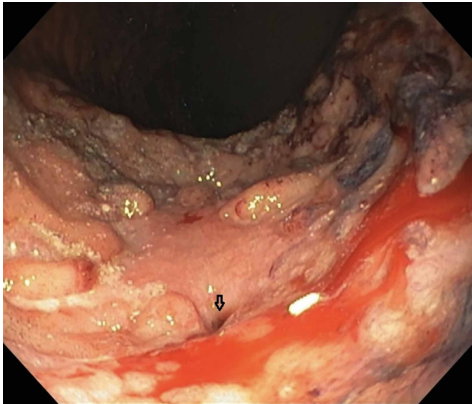


Figura. Estenosis pilor

Correlación del índice de actividad clínica con parámetros de laboratorio, endoscópicos e histológicos en la colitis ulcerosa

Elsa García Bacallao¹, Aneley Hernández Rodríguez¹, Idalmis Aguilera Matos¹,
María Isabel Pérez Rodríguez¹, Oscar Villa Jiménez¹, Enrique Galbán García¹

¹ Instituto de Gastroenterología

Modalidad: poster

N.º Póster: 72

Antecedentes

La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica con creciente incremento global. Su evaluación clínica se realiza mediante el índice clínico de actividad en colitis ulcerosa pediátrica (PUCAI).

Objetivo

Determinar la correlación entre PUCAI y parámetros hematológicos, endoscópicos e histológicos en pacientes pediátricos con Colitis Ulcerosa.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Donde se analizaron 69 registros clínicos de 22 pacientes menores de 19 años, atendidos en el Instituto de Gastroenterología entre enero de 2007 y enero de 2026. Los datos clínicos, endoscópicos e histológico se obtuvieron de las historias clínicas de los pacientes pediátricos, que contienen la información en los sistemas ProGastro y AnatPatol.

Resultados

Hubo predominio de remisión clínica (55,1%). No se evidenció asociación hemoglobina ($p=0,793$), aunque se observó una correlación inversa significativa ($p=0,007$). La VSG mostró una correlación positiva significativa ($Rho=0,2$ asociación categórica relevante ($p=0,411$)). El conteo de plaquetas presentó correlación con las variables analizadas ($Rho=0,452$; $p<0,001$). Las proteínas totales y e correlaciones significativas. Se evidenció una asociación positiva significativa entre PUCAI y el grado de actividad endoscópica ($Rho=0,381$; $p=0,001$), así como también asociación lineal ($p<0,001$). La extensión endoscópica no evidenció asociación significativa relevante ($Rho=0,210$; $p=0,084$). El grado de actividad histológica presentó correlación significativa ($Rho=0,360$; $p=0,005$) y asociación lineal ($p=0,006$).

Conclusiones

El PUCAI mostró correlación significativa con varios parámetros inflamatorios, endoscópicos e histológicos, confirmando su valor como indicador clínico en CU pediátrica; sin embargo, su limitada capacidad para detectar inflamación subclínica y discriminar la extensión colónica refuerza la necesidad de una evaluación integral orientada a la curación estructural según el enfoque "Treat-to-Target".

Anexos

Tabla 1. Análisis estadístico entre PUCAI y parámetros clínicos, endoscópicos e histológicos

Parámetros	PUCAI			
	n	X ² (75)	X ² lin (75)	Rho (valor; p)
Analíticos				
Hemoglobina	67	0,793	0,013	- 0,328; 0,007
VSG	68	0,411	0,007	0,291; 0,016
Plaquetas	67	0,258	< 0,001	0,452; < 0,001
Proteínas totales	59	0,305	0,395	- 0,170; 0,197
Hierro sérico	42	0,408	0,182	- 0,161; 0,307
Endoscópicas				
Grado de actividad	69	0,289	< 0,001	0,381; 0,001
Extensión	69	0,021	0,211	0,210; 0,084
Histológica				
Grado de actividad	60	0,083	0,006	0,360; 0,005

X²: Chi cuadrado de Pearson

X² lin: Asociación lineal por lineal

Rho: Correlación de Spearman

Efectividad y seguridad de la terapia de inducción con risankizumab en la enfermedad de Crohn en la práctica clínica de vida real en México

Arturo Pacheco Silva¹, Pedro Antonio Amezcua Gómez¹, Manuel Alejandro Martínez Vázquez², Francisco Javier Bosques Padilla², Cynthia Virgen Michel³, Roberto Ulises Cruz Neri⁴, Hairé Manzano Cortés⁵, Esteban Martínez Villaseñor⁶, René Malé Velázquez⁶

¹ Tecnológico de Monterrey

² Hospital Zambrano Hellion, TecSalud, Monterrey, México

³ Consulta privada

⁴ Centro Médico Puerta de Hierro Sur

⁵ Hospital Ángeles, Puebla

⁶ Instituto de Salud Digestiva y Hepática, Guadalajara

Modalidad: poster

N.º Póster: 73

Antecedentes

La enfermedad de Crohn es un trastorno inflamatorio crónico que sigue siendo difícil de tratar, especialmente en pacientes con exposición previa a terapias biológicas. Risankizumab, un anticuerpo monoclonal antiinterleucina-23, ha demostrado eficacia en ensayos de fase 3; sin embargo, la evidencia en vida real proveniente de América Latina es limitada.

Objetivo

Evaluar la efectividad y la seguridad de risankizumab tras la terapia de inducción en pacientes con enfermedad de Crohn tratados en la práctica clínica de vida real en México.

Metodología

Se realizó un estudio retrospectivo, multicéntrico en pacientes adultos que iniciaron terapia de inducción con risankizumab. Se recolectaron variables clínicas y de laboratorio en el basal y en el posterior a la inducción semana 8–12. Las variables se describieron mediante mediana (RIC) o frecuencias (%), y las comparaciones pre–post se realizaron con la prueba de Wilcoxon. La respuesta clínica se evaluó como respuesta o remisión en el índice de Harvey–Bradshaw (IHB) y la remisión clínica biológica libre de esteroides se definió como un IHB \leq 4 asociado a proteína calprotectina fecal \leq 250 μ g/g. Los pacientes que requirieron cirugía durante el periodo de inducción fueron excluidos de los análisis de efectividad posteriores a la inducción.

Resultados

Se incluyeron 21 pacientes (edad mediana de 46 años); el 90 % presentaba exposición previa a biológicos. La enfermedad ileocólica (L3) fue la más frecuente (62%) y el 57% presentó un fenotipo inflamatorio (B1). La actividad clínica basal fue predominantemente moderada a severa (66 %). Tras la inducción, disminuyó significativamente de una mediana de 9 (RIC 6–11.5) a 4 (RIC 2.5–5) ($n = 19$; $p < 0.001$). La hemoglobina aumentó de 13.35 (RIC 11.3–14.05) a 14 g/dL (RIC 13.1–14.6) ($n = 16$; $p = 0.002$). La calprotectina fecal se redujo de 701 μ g/g (RIC 112–1090) a 103 μ g/g (RIC 50.6–236) ($n = 15$; $p = 0.016$), y la proteína C reactiva disminuyó de 0.52 mg/dL (RIC 0.41–3.05) a 0.40 mg/dL (RIC 0.3–0.87) ($n = 14$; $p = 0.033$), mientras que la albúmina permaneció estable. Al final de la inducción, el análisis de efectividad se realizó en 19 pacientes, el 53 % alcanzó remisión clínica, el 79 % respuesta clínica, el 37 % remisión libre de esteroides y el 33 % remisión biológica libre de esteroides. La mitad de los pacientes con manifestaciones extraintestinales reportaron mejoría. Se reportaron eventos adversos en 5 pacientes, en su mayoría leves y transitorios, sin infecciones ni eventos graves; un paciente suspendió el tratamiento debido a una reacción cutánea severa. Un paciente adicional requirió cirugía debido a exacerbación de la enfermedad.

Conclusiones

En esta cohorte retrospectiva de vida real en México, la terapia de inducción con risankizumab se asoció con mejorías significativas en la actividad clínica y en los biomarcadores inflamatorios, con un perfil de seguridad favorable. Estos hallazgos respaldan su eficacia como opción de inducción en la enfermedad de Crohn, incluso en pacientes con una alta exposición previa a terapias biológicas y la necesidad de cohortes más amplias.

Anexos

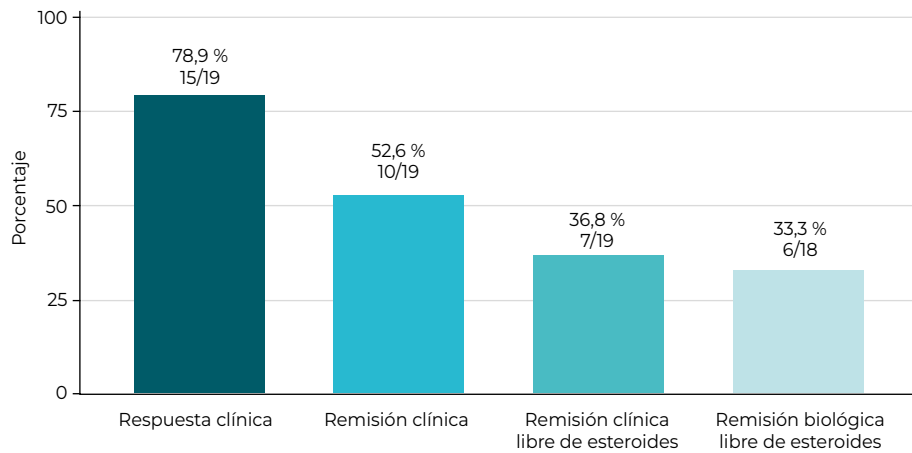


Figura 1. Efectividad de risankizumab al final de la introducción

Más allá de la inflamación: relación entre calprotectina fecal y calidad de vida en pacientes con EII en Guatemala

Kenia Lissette Santos Orellana¹, Abel Sánchez¹

¹ Hospital Roosevelt

Modalidad: poster
N.º Póster: 74

Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn, es una patología crónica con impacto significativo en el bienestar físico, emocional y social de los pacientes. La evaluación objetiva de la inflamación mediante biomarcadores como la calprotectina fecal, junto con la medición de la calidad de vida mediante instrumentos validados, permite un abordaje integral.

Objetivo

Evaluar la calidad de vida en pacientes con EII y analizar su correlación con la actividad inflamatoria medida por calprotectina fecal.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal en pacientes atendidos en la Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva del Hospital Roosevelt, Guatemala. Se recopilieron variables demográficas y clínicas, niveles de calprotectina fecal y puntajes del cuestionario IBDQ-32. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial.

Resultados

Se incluyeron 34 pacientes, predominando el sexo femenino y la colitis ulcerosa. Los niveles de calprotectina fecal mostraron amplia variabilidad, con valores elevados y sin diferencias significativas respecto a actividad clínica o endoscópica. El puntaje total del IBDQ-32 reflejó una calidad de vida moderadamente afectada, con mayor compromiso en los dominios sistémico y social. No se encontró correlación significativa entre calprotectina fecal y calidad de vida ($p = 0.43$). Se observó una correlación negativa débil entre años de evolución y calidad de vida ($\Delta = 0.36$; $p = 0.04$).

Conclusiones

La calidad de vida en pacientes con EII se ve afectada de manera multidimensional y no siempre se relaciona con la inflamación intestinal. La combinación de calprotectina fecal e IBDQ-32 aporta una evaluación complementaria, destacando la necesidad de un enfoque clínico integral durante el seguimiento.

Anexos

Tabla 1. Valores de Calprotectina fecal

Parámetro	Valor
N (casos válidos)	34
Mínimo	33,47 $\mu\text{g/g}$
Máximo	10,000 $\mu\text{g/g}$
Media	959,9 $\mu\text{g/g}$

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Tabla 2. Resultados del cuestionario IBDQ-32.

Variable	Mínimo	Máximo	Media	N (Casos válidos)
Puntaje total IBDQ-32	98,0	210,0	151,29	34
Dominio digestivo	24,0	68,0	46,76	34
Dominio sistémico	11,0	34,0	22,47	34
Dominio emocional	32,0	78,0	57,88	34
Dominio social	10,0	33,0	24,26	34

Fuente: instrumento de recolección de datos

Tabla 3. Características demográficas y clínicas de los pacientes con EII

Variable	Categoría	n	%
Sexo	Femenino	26	78,4
	Masculino	8	23,6
Tipo de EII	Colitis ulcerosa (CUCI)	25	73,5
	Enfermedad de Crohn	9	26,4
Actividad endoscópica	Activa	24	70
	Remisión	10	30
Actividad clínica	Remisión	26	78,4
	Leve	5	14,7
	Moderada	3	8,9
Tratamiento actual	Ácido 5-aminosalicílico (5-ASA)	13	38,2
	Adalimumab	7	20,5
	Ustekinumab	5	14,7
	Azatioprina / 6-MP	3	8,8
	Guselkumab	2	5,8
	Ninguno	1	3
	Upadacitinib	1	3
	Risankisumab	1	3
Edad (años)	Media ± DE	-	36,9 ± 15,8
Años desde diagnóstico	Media ± DE	-	8,4 ± 5,1
Calprotectina fecal	Media	36	959,9

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Tabla 4. Resultados de calidad de vida en pacientes con Enfermedad inflamatoria intestinal.

Categoría	Rango (puntos)	N	%
Buena calidad de vida	≥ 170	11	32,4 %
Moderada	135 - 169	13	38,2 %
Baja calidad de vida	< 135	10	29,4 %
Total	-	34	100 %

Fuente: instrumento de recolección de datos.

Tabla 5. Relación entre Calprotectina fecal y Calidad de vida (IBDQ-32).

Calidad de vida (IBDQ-32)	Calprotectina fecal			
	Elevada		No elevada	
		%		%
Afecta (Moderada + Baja)	11	47,8 %	12	52,2 %
Buena	7	70,0 %	3	30,0 %

Chi² = 0,63 p = 0,43 OR = 0,43 (IC 95 % 0,10 - 1,92)

Fuente: instrumento de recolección de datos.

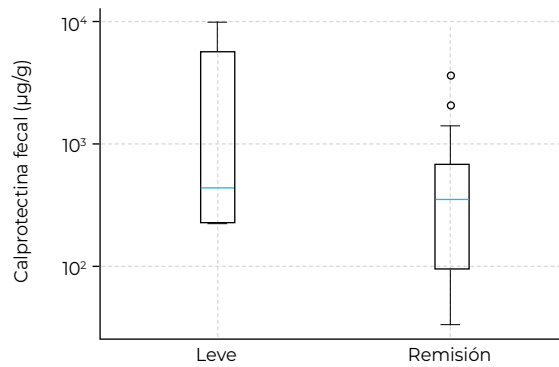


Figura 1. Distribución de Calprotectina fecal según actividad clínica.

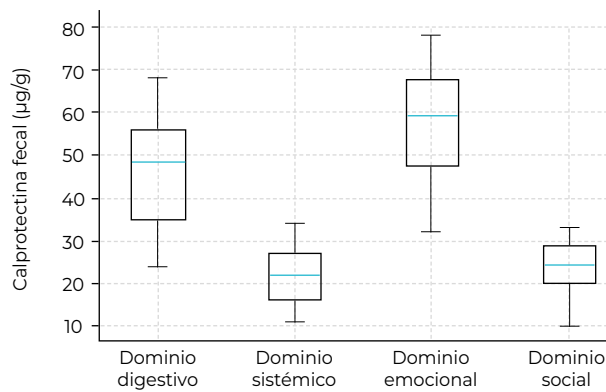


Figura 2. Distribución de puntajes por dominio del IBDQ-32

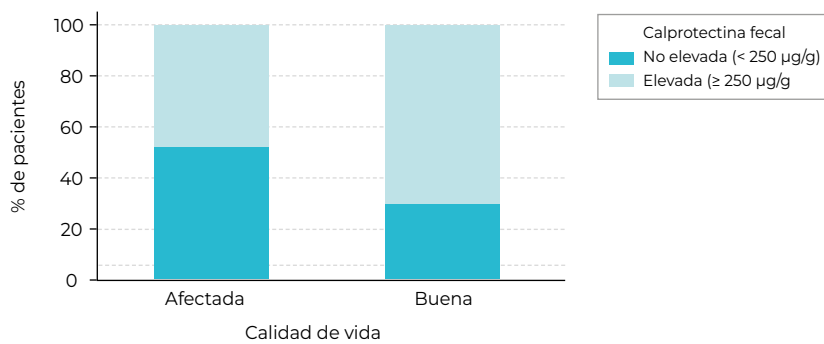


Figura 3. Distribución porcentual de pacientes con Calprotectina fecal elevada según la calidad de vida (IBDQ-32)

Miopericarditis y trombo intracavitario como manifestación extraintestinal de colitis ulcerativa

Lina Marcela Dorado Delgado¹, Jennifer Paola Martínez Parra¹, María Camila Ballesteros García¹, Juan Sebastián Bonilla Crespo¹, Nicolás Ariza Ordoñez¹, Daniel Valery Rojas Kozhakin¹

¹ Fundación Cardioinfantil

Modalidad: poster

N.º Póster: 75

Antecedentes

La colitis ulcerativa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica de naturaleza sistémica, cuyo compromiso primario es intestinal, afectando principalmente el recto y el colon; sin embargo, puede cursar con manifestaciones extraintestinales, en raras ocasiones, el compromiso cardíaco como la miopericarditis y los trombos intracavitarios, constituyen una complicación escasamente descrita, cuyo diagnóstico representa un reto clínico y requiere de estudios de imágenes especializadas para su confirmación y manejo oportuno.

Objetivo

Describir un caso infrecuente de miopericarditis y trombo intracavitario como manifestaciones extraintestinales en una paciente con actividad severa de colitis ulcerativa.

Metodología

Presentación de caso clínico. Revisión de historia clínica, laboratorios e imágenes, realizando un análisis del caso con base en la literatura disponible.

Resultados

Mujer de 26 años, con diagnóstico de colitis ulcerativa hace cinco años y medio. Hospitalización previa 2 meses antes por actividad moderada de colitis ulcerativa, le dieron egreso con prednisona, mesalazina oral y rectal. Consulto por una semana de múltiples deposiciones con sangre (en promedio 6 por día) y dolor abdominal. Además, dolor torácico retroesternal tipo opresivo exacerbado con la inspiración profunda. Al examen físico palidez generalizada, abdomen moderadamente distendido y doloroso a la palpación. En estudios con leucocitosis, anemia microcítica hipocrómica, elevación de VSG y PCR, y panel gastrointestinal negativo. Por criterios de Truelove y Witts se consideró paciente con actividad severa de colitis ulcerativa, indicándose mesalazina y glucocorticoides endovenosos. Durante las primeras horas de estancia hospitalaria, con evolución tórpida presentando hipotensión, fiebre y aumento del dolor torácico. Se realizó electrocardiograma evidenciando taquicardia sinusal, sin signos de isquemia ni de daño miocárdico y se solicitó troponina con resultado inicial en 0.5 y control en 1.078 ng/L (valor de referencia 0-0.26 ng/L), sospechando miopericarditis.

Se indicó reanimación hídrica, sin respuesta clínica, por sospecha de choque hipovolémico vs cardiogénico, se trasladó a UCI y se inició soporte vasopresor. Una vez la paciente presentó estabilidad hemodinámica, se realizó colonoscopia evidenciando cambios compatibles con colitis con actividad severa (Mayo score 3) desde el colon sigmoide hasta el ángulo hepático. Por sospecha de miopericarditis, se practicó resonancia magnética cardíaca evidenciando cambios imagenológicos compatibles con sospecha diagnóstica (depósito de gadolinio en el segmento basal y medio de la pared inferior e inferolateral, escaso derrame pericárdico) e imagen sugestiva de trombo auricular derecho, lo cual se confirmó mediante ecocardiograma transesofágico, por lo que se inició anticoagulación con enoxaparina y colchicina. Posteriormente, se indicó infliximab, descartando previamente infección. Se dio de alta en adecuadas condiciones y doce semanas después de la hospitalización se completaron estudios para trombofilias primarias, con reportes negativos.

Conclusiones

La afectación cardíaca en forma de miopericarditis esta pobremente descrita a nivel mundial en la literatura; el diagnóstico requiere la realización de estudios imagenológicos como el ecocardiograma y la resonancia magnética cardíaca; y es fundamental descartar otras causas de miopericarditis como el uso de medicamentos y las infecciones virales. El riesgo de eventos trombóticos también es mayor en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal respecto a la población general, siendo más frecuentes en los periodos de actividad de la enfermedad.

Anexos

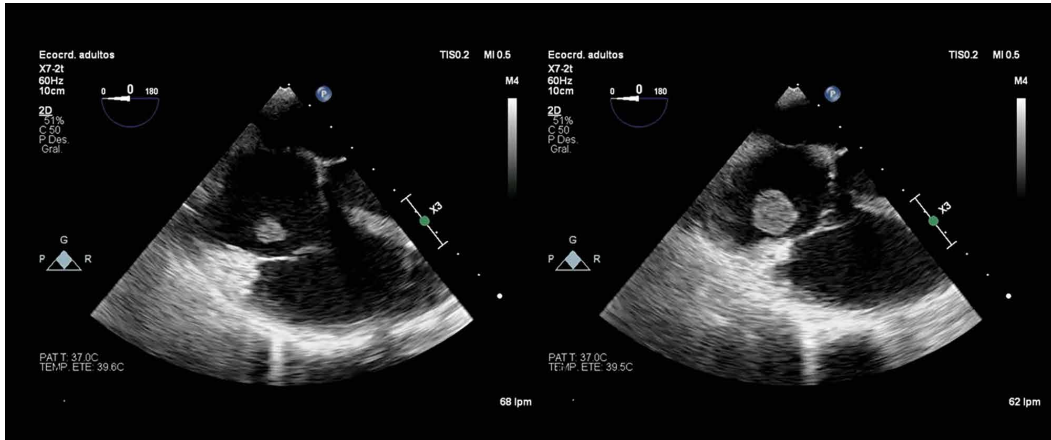


Figura 1. Diapositiva

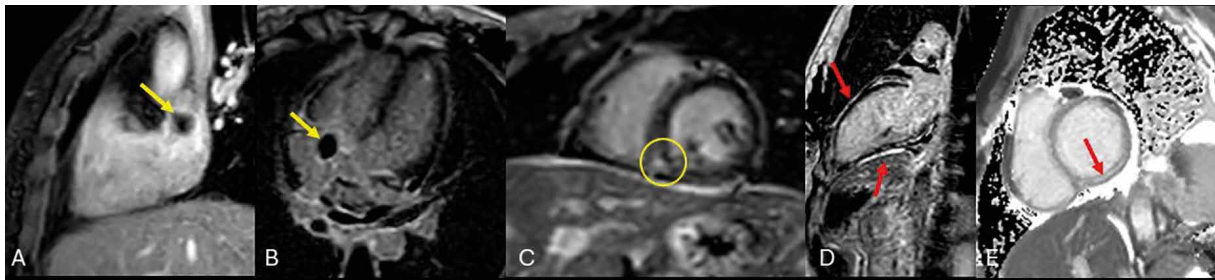


Figura 2. Diapositiva



Figura 3. Diapositiva

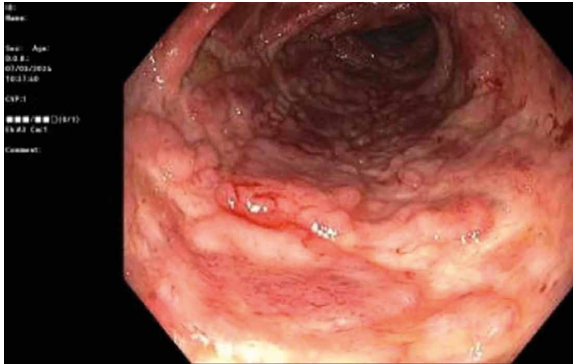


Figura 4. Diapositiva



Figura 6. Diapositiva

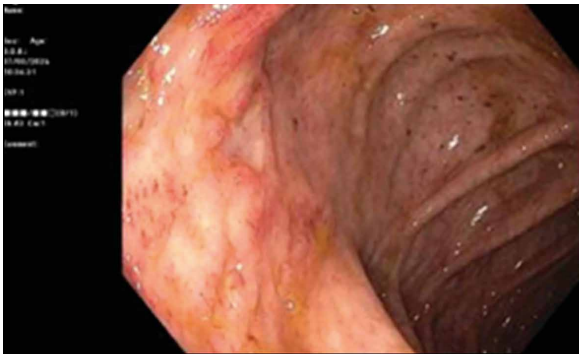


Figura 5. Diapositiva

Estudio multitopográfico de lesiones por VPH en enfermedad inflamatoria intestinal bajo tratamiento inmunosupresor: prevalencia y caracterización genotípica

María del Pilar Acosta y Lara Borba¹, Ximena Pazos¹, Sara Pillajo¹, Manuela Arocena¹, Ignacio Moratorio¹

¹ Hospital de Clínicas, Universidad de la República, Uruguay

Modalidad: poster

N.º Póster: 76

Antecedentes

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es la infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo. Los genotipos de alto riesgo se asocian a lesiones precursoras de carcinoma escamoso cervical, anal y en menor medida oral. La inmunosupresión farmacológica favorece la persistencia viral y la progresión de las lesiones. En pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) bajo inmunosupresión, la prevalencia de VPH y la necesidad de cribado sistemático no están claramente establecidas.

Objetivo

Evaluar la prevalencia y el perfil molecular del VPH a nivel anal, cervical y oral, así como factores de riesgo clínicos asociados en pacientes con EII bajo tratamiento inmunosupresor.

Analizar la frecuencia de alteraciones citológicas a nivel anal y cervical y de lesiones macroscópicas anales en esta población.

Metodología

Se realizó un estudio transversal con enrolamiento prospectivo de pacientes adultos con EII que se asistieron en el Hospital de Clínicas entre febrero de 2025 y de 2026. Se incluyeron pacientes bajo tratamiento inmunosupresor (tiopurinas, metotrexate, ciclosporina, fármacos biológicos y/o anti-JAK), con al menos un test de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) negativo en el último año. Se excluyeron pacientes menores de 18 años y embarazadas.

Se relevaron variables demográficas, clínicas y conductuales. Se obtuvieron muestras orales, anales y cervicales para detección y genotipificación de VPH mediante técnicas moleculares. Se realizó citología anal y cervical. En casos de citología anal anormal y/o detección de genotipos de alto riesgo (VPH-AR), se realizó anoscopía de alta resolución (AAR) con biopsia para estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables demográficas, clínicas y conductuales. Las variables continuas se expresaron como media \pm desviación estándar, mientras que las categóricas se presentaron como frecuencias absolutas y porcentajes. Para el análisis comparativo entre grupos con citología anal VPH normal y anormal, se utilizaron pruebas no paramétricas debido al tamaño muestral. Las variables categóricas se compararon mediante el test exacto de Fisher y las continuas mediante test de Mann-Whitney. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados

Se incluyeron 27 pacientes (edad media 46 ± 15 años); el resto de las variables demográficas y clínicas se detallan en la Tabla 1. En cuanto al tipo de tratamiento, 8 pacientes se encontraban en tratamiento exclusivo con azatioprina, 7 en monoterapia con biológicos y pequeñas moléculas (ustekinumab $n=1$, infliximab $n=3$, adalimumab $n=3$, upadacitinib $n=1$) y 4 en terapia combinada con biológicos y azatioprina (infliximab $n=2$ y adalimumab $n=2$).

Se observaron alteraciones citológicas anales en 20 pacientes (74%). La distribución de los hallazgos citológicos fue la siguiente: células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) en 9 casos (45%), lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (L-SIL) en 10 (50%) y células escamosas atípicas en las que no se pudo excluir una lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H) en 1 paciente (5%).

En cuanto a los factores de riesgo, el antecedente de más de 5 parejas sexuales se asoció significativamente con la presencia de alteraciones en la citología anal ($p=0.04$). La práctica de sexo anal receptivo se observó en el 20% de los casos, sin diferencias significativas respecto a los pacientes sin alteraciones. Todos los pacientes con enfermedad de Crohn presentaron citología anal anormal, en comparación con pacientes con colitis ulcerosa (67%) ($p=0.11$). No se observaron diferencias significativas en las restantes variables conductuales y terapéuticas (ver Tabla 1).

De 11 pacientes con lesiones citológicas anales L-SIL y H-SIL/ASC-H, 6 presentaron serotipos de VPH anales de alto riesgo, todos ellos con lesiones macroscópicas en la AAR. Los restantes hallazgos citológicos, moleculares y anoscópicos según topografía se presentan en la Tabla 2.

Conclusiones

Los pacientes con EII bajo tratamiento inmunosupresor muestran en este estudio una elevada frecuencia de alteraciones citológicas anales y una prevalencia no despreciable de genotipos de VPH de alto riesgo, incluso en ausencia de factores de riesgo clásicos.

Anexos

Tabla 1. Características clínicas y factores de riesgo según citología anal para VPH

VARIABLES	Total (n = 27)	Citología anal anormal (n = 20)	Citología anal normal (n = 7)
Sexo femenino, n (%)	14 (52)	12 (60)	2 (29)
Tipo EII			
CU, n (%)	21 (78)	14 (70)	7 (100)
EC, n (%)	6 (22)	6 (30)	0
Factores de Riesgo			
Tabaquismo, n (%)	3 (11)	2 (10)	1 (14)
Más 5 parejas sexuales, n (%)	12 (44)	11 (55)	1 (14)
Sexo anal receptivo, n (%)	5 (19)	4 (20)	1 (14)
Inmunización completa, n (%)	4 (15)	2 (10)	2 (29)
Tratamiento inmunosupresor			
Monoterapia Inmunomoduladores, n (%)	10 (37)	8 (40)	2 (29)
Monoterapia Biológicos, n (%)	11 (41)	8 (40)	3 (43)
Terapia combinada, n (%)	6 (22)	4 (20)	2 (29)
Tiempo de inmunosupresión			
< 5 años, n (%)	18 (67)	14 (70)	4 (57)
≥ 5 años, n (%)	9 (33)	6 (30)	3 (43)

Citología anal anormal: ASC-US, L-SIL y ASC-H; EII: enfermedad inflamatoria intestinal, CU: colitis ulcerosa; EC: enfermedad de Crohn.

Tabla 2. Muestras anales, cervicales y orales: biología molecular, citología y AAR

Pacientes enrolados (n=27)			
<i>Resultados obtenidos hasta febrero 2026</i>			
Biología Molecular	Anal (n = 25)	Cervical (n = 12)	Oral (n = 19)
VPH-AR, n (%)	8 (32)	2 (17)	1 (5)
VPH-BR, n (%)	2 (8)	2 (17)	0
Ausencia VPH, n (%)	15 (60)	8 (66)	18 (95)
Citología	Anal (n = 27)	Cervical (n = 14)	
ASC-H/H-SIL, n (%)	1 (4)	1 (7)	
L-SIL, n (%)	10 (37)	1 (7)	
ASC-US, n (%)	9 (33)	5 (36)	
Citología negativa, n (%)	7 (26)	7 (50)	
AAR	Anal (n = 19)		
Con lesiones, n (%)	12 (63)		
Sin lesiones, n (%)	7 (37)		

VPR-AR: serotipo VPH de alto riesgo; VPH-BR: serotipo VPH de bajo riesgo; AAR: anoscopia de alta resolución

Alteración del eje intestino–hígado en EII: fibrosis y esteatosis hepática en una cohorte latinoamericana evaluada mediante elastografía transitoria

Jorge Guillermo Pacheco Oliva¹, Ninoska Isamar Meléndez Rodríguez¹, Abel Alberto Sánchez¹

¹ Hospital Roosevelt, Guatemala

Modalidad: poster

N.º Póster: 77

Antecedentes

El eje intestino–hígado representa una vía bidireccional clave en la fisiopatología de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). La inflamación intestinal crónica, la disbiosis y la translocación microbiana pueden inducir alteraciones hepáticas que van más allá de las causas metabólicas tradicionales. Aunque la esteatosis y la fibrosis hepática se reconocen como manifestaciones extraintestinales relevantes, su verdadera prevalencia y características en poblaciones latinoamericanas siguen siendo poco estudiadas. En Guatemala no existían evaluaciones sistemáticas del compromiso hepático en pacientes con EII utilizando elastografía transitoria.

Objetivo

Evaluar la prevalencia de esteatosis y fibrosis hepática en pacientes con EII mediante elastografía transitoria, y explorar su asociación con factores metabólicos e inflamatorios como expresión del eje intestino–hígado.

Metodología

Estudio transversal realizado en la cohorte completa de pacientes con EII en seguimiento activo en el Hospital Roosevelt entre enero y octubre de 2025. Se excluyeron pacientes con hepatitis viral o consumo significativo de alcohol. Se recopiló datos clínicos, bioquímicos y antropométricos, incluyendo elastografía hepática, pruebas de función hepática, marcadores inflamatorios y VSG. La actividad clínica se evaluó con CDAI y CAI, y la actividad endoscópica con las escalas Mayo y SES-CD. Se realizaron análisis de correlación y curvas ROC, considerando significancia estadística con $p < 0.05$.

Resultados

La fibrosis hepática estuvo presente en 8.6% de los pacientes, predominando los estadios F2 y F3. La esteatosis hepática se identificó en 31.4%, incluyendo 20% con grado severo S3. La esteatosis fue más frecuente en pacientes con obesidad (50%) comparado con normopeso (20.8%) y sobrepeso (21.4%).

Por tipo de EII, la fibrosis se observó en 11.1% de los pacientes con enfermedad de Crohn y 7.7% con colitis ulcerosa; la esteatosis en 44.4% y 26.9%, respectivamente.

La VSG mostró un buen rendimiento para predecir esteatosis, con un AUC de 0.814 (IC95% 0.644–0.959).

Conclusiones

La alteración del eje intestino–hígado constituye una manifestación extraintestinal clínicamente relevante en la EII, con una proporción considerable de pacientes afectados por fibrosis y esteatosis hepática. Estos hallazgos demuestran que el compromiso hepático en la EII no se limita a factores metabólicos tradicionales, sino que refleja mecanismos inflamatorios sistémicos y disbiosis intestinal. La VSG podría funcionar como una herramienta de tamizaje factible para esteatosis en entornos con recursos limitados.

Este estudio representa la primera evaluación sistemática del eje intestino-hígado en EII en Guatemala y Centroamérica, aportando evidencia original y fortaleciendo estrategias de equidad en investigación en contextos de bajos recursos.

Anexos

Tabla 1. Fibrosis Hepática en EII.

Fibrosis hepática	N	%
No	32	91,40 %
Sí	3	8,60 %
Grado de fibrosis		
F0	32	91,40 %
F2	1	2,90 %
F3	2	5,70 %

Tabla 2. Fibrosis de acuerdo a diagnóstico específico de EII.

Etiología	Fibrosis: Sí		Fibrosis: No	
	(n)	(%)	(n)	(%)
CUCI	2	7,7 %	24	92,3 %
Enfermedad de Crohn	1	11,1 %	8	88,9 %

Chi-cuadrado: 0,100
p-valor: 0,752

Tabla 3. Esteatosis Hepática en EII

Etiología	Esteatosis: Sí		Esteatosis: No	
	(n)	(%)	(n)	(%)
CUCI	7	26,9 %	19	73,1 %
Enfermedad de Crohn	4	44,4 %	5	55,6 %

Chi-cuadrado: 0,952
p-valor: 0,329

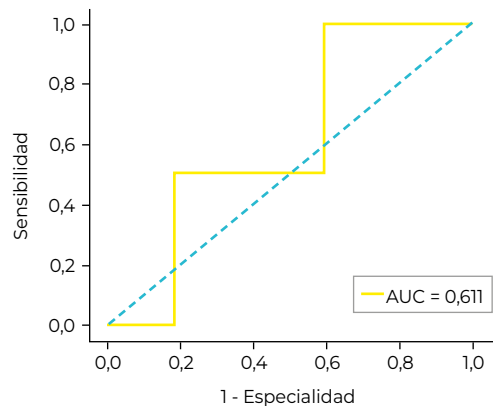


Figura 1. Curva ROC - Calprotectina fecal para fibrosis

Vitamina D y saturación de transferrina como marcadores inversos de inflamación intestinal en una cohorte nacional de pacientes con EII en Guatemala

Jorge Guillermo Pacheco Oliva¹, Ninoska Isamar Meléndez Rodríguez¹, Abel Alberto Sánchez¹

¹ Hospital Roosevelt, Guatemala

Modalidad: poster

N.º Póster: 78

Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) requiere herramientas accesibles y confiables para evaluar la actividad inflamatoria, especialmente en sistemas de salud con recursos limitados. La vitamina D y la saturación de transferrina han sido propuestas como biomarcadores inversos de inflamación sistémica, pero su utilidad específica en EII y su correlación con actividad clínica, endoscópica y bioquímica no ha sido validada en poblaciones latinoamericanas. En Guatemala no existen estudios previos que evalúen estos marcadores en una cohorte nacional de pacientes con EII.

Objetivo

Validar la vitamina D y la saturación de transferrina como biomarcadores inversos de inflamación intestinal, correlacionándolos con la actividad clínica, endoscópica y bioquímica en una cohorte nacional de pacientes con EII en Guatemala.

Metodología

Estudio transversal realizado en la cohorte nacional de EII en seguimiento activo en el Hospital Roosevelt ($n = 35$; 24 colitis ulcerosa, 11 enfermedad de Crohn). Se midieron vitamina D sérica, hierro, saturación de transferrina y calprotectina fecal. La actividad clínica se evaluó mediante CDAI y CAI, y la actividad endoscópica mediante las escalas Mayo y SES-CD. Se realizaron análisis de correlación y curvas ROC para determinar el desempeño predictivo de los biomarcadores para remisión endoscópica.

Resultados

La insuficiencia de vitamina D (<30 ng/ml) se observó en 73.5% de los pacientes. La vitamina D y la saturación de transferrina mostraron correlación positiva ($p = 0.031$), especialmente en pacientes en remisión endoscópica. Ambos marcadores fueron consistentemente menores en enfermedad activa, confirmando su asociación inversa con la inflamación intestinal. La vitamina D correlacionó negativamente con la calprotectina fecal ($r = -0.379$; $p = 0.042$). Las curvas ROC mostraron discriminación para remisión endoscópica: vitamina D AUC 0.78 (IC95% 0.59–0.93; punto de corte 25.8 ng/ml) y saturación de transferrina AUC 0.73 (IC95% 0.50–0.93; punto de corte 22.5%).

Conclusiones

La vitamina D y la saturación de transferrina se asocian de manera inversa con la inflamación intestinal y representan biomarcadores accesibles, económicos y no invasivos para el monitoreo de la EII. Su descenso paralelo en enfermedad activa sugiere mecanismos compartidos de malabsorción bajo inflamación. Integradas en estrategias treat to target, pueden complementar los biomarcadores y reducir la dependencia de la colonoscopia. Este estudio, que incluye a toda la cohorte nacional de EII en Guatemala, aporta evidencia única desde un país de ingresos medios y contribuye a la equidad en la investigación global.

Anexos

Tabla 1. Vitamina D

Estado nutricional en pacientes con EII		
Variable	N	% del total
Estado Vitamina D ng/ml		
Suficiencia (> 30)	9	25,70 %
Insuficiencia (10-30)	25	71,40 %
Deficiencia (< 10)	1	2,90 %
Estado % Transferrina		
Normal (20-50)	12	34,30 %
Disminuida (< 20)	23	65,70 %
Estado de Hierro µg/dl		
Normal	19	54,30 %
Deficiencia	16	45,70 %
Estado Folato ng/ml		
Normal	35	100,00 %
Estado vitamina B12 pg/ml		
Normal	29	82,90
Aumentada	6	17,10 %

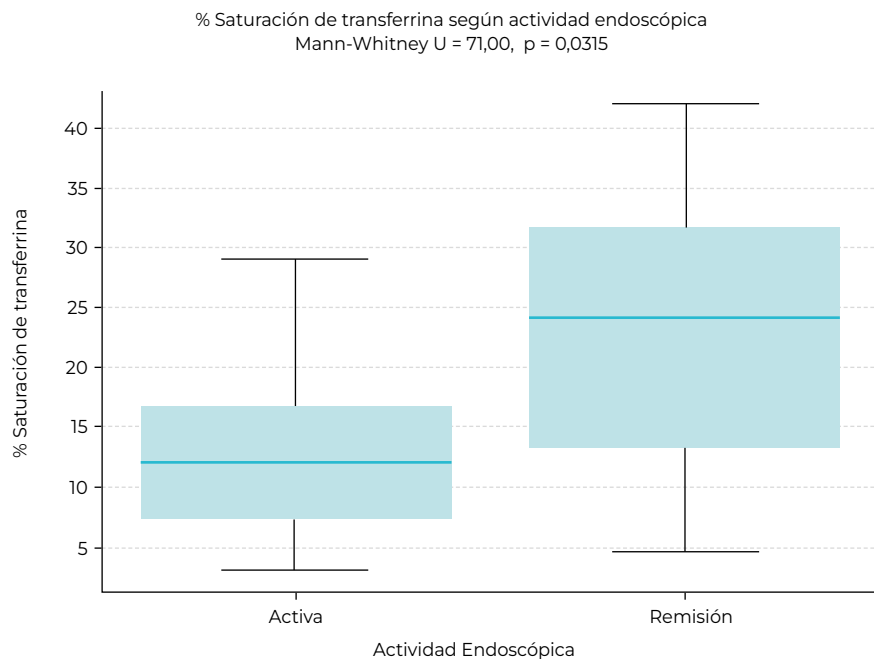


Figura 1. Niveles de Vitamina D según actividad endoscópica

Curva ROC: Vitamina D y % Saturación de transferrina para predicción de remisión endoscópica

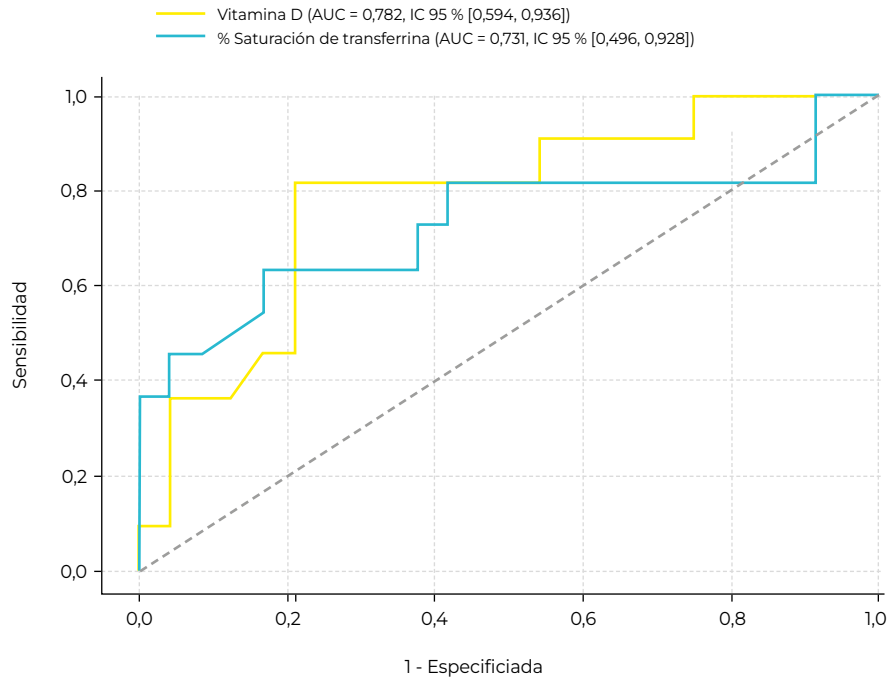


Figura 2. Niveles de % saturación de transferrina según actividad endoscópica

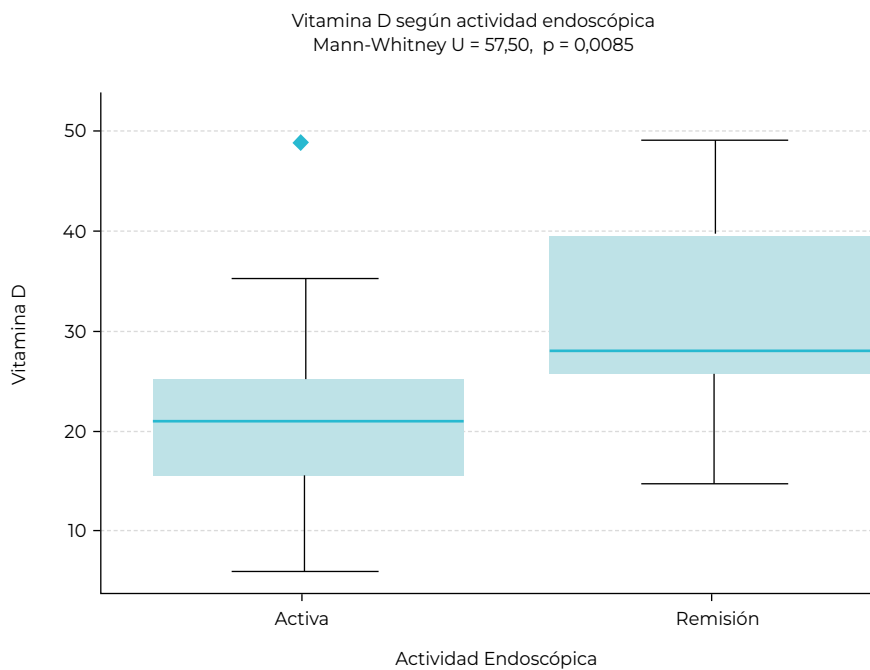


Figura 3. Curvas ROC Vitamina D y % Saturación de transferrina para predicción de remisión endoscópica

Efectividad de los tratamientos posteriores a la falla en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal

Ximena Pazos¹, Johanna Lipiejko¹

¹ Universidad de la República, Uruguay

Modalidad: poster

N.º Póster: 79

Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un trastorno inflamatorio crónico y recurrente que comprende a la enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU). Tienen mayor incidencia entre la segunda y cuarta década de vida. ^(1,2)

El tratamiento de la EII tiene como objetivos la inducción y mantenimiento de la remisión clínica y endoscópica, alcanzar la curación mucosa y evitar complicaciones. La estrategia de tratamiento se basa en la enfermedad de base, su gravedad, extensión, comportamiento y debe de ser individualizada. Existe un amplio arsenal terapéutico, contando con amino salicilatos, corticoides, inmunomoduladores, fármacos biológicos y pequeñas moléculas. ⁽³⁾

En Uruguay, el Fondo Nacional de Recursos (FNR) es el organismo que financia los fármacos biológicos y pequeñas moléculas. Durante el período 2016-2020 se autorizaron 198 tratamientos para pacientes con EII, en tanto que entre 2021-2024 se autorizaron 292. ⁽⁴⁾

La terapia con anti-TNF± ha cambiado el manejo de la enfermedad al reducir hospitalizaciones, cirugías, y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, hasta 30-50% de los pacientes no responden o tienen una eficacia que disminuye con el tiempo. ⁽⁵⁾

La respuesta al tratamiento con un segundo anti-TNF± varía según el motivo. Al comparar los pacientes que reciben un segundo tratamiento, se ha observado una probabilidad mayor de mala respuesta si anteriormente no obtuvieron respuesta a la inducción, en comparación con los pacientes que sí la obtuvieron. Este grupo de pacientes tienen resultados superiores cuando cambian a un fármaco biológico no anti-TNF±. ^(6,7)

El sexo, el antecedente de tabaquismo, el tipo de EII y las manifestaciones extra-intestinales (MEI) no se asociaron con la eficacia de un segundo fármaco biológico. ⁽⁷⁾

En el estudio realizado por Hyun y col., al inicio del tratamiento con el segundo fármaco biológico no anti-TNF ±, la edad joven (menor a 40 años), la mayor duración de la enfermedad y la velocidad de sedimentación globular elevada, fueron predictores de recaída clínica. ⁽⁸⁾

En una cohorte de pacientes con CU tratados con biológicos, se observó que un cambio unitario del índice de masa corporal (IMC) se asoció, de forma independiente, con aumento del riesgo de fracaso del 8% en el tratamiento. Este efecto se observó en pacientes tratados con regímenes de dosificación basados en el peso, así como fármacos de dosis fijas. ⁽⁹⁾

Recientemente, se han desarrollado nuevos fármacos como Ustekinumab, y Risankizumab, anticuerpos monoclonales. El primero está dirigido a la subunidad P40 de las interleucinas 12 y 23. El segundo se une a la subunidad P19 de la interleucina 23. ⁽¹⁰⁾ Los fármacos, denominados pequeñas moléculas, actúan sobre la transducción de señales en el interior de las células inmunes o modulan el tráfico de éstas; por ejemplo, el Upadacitinib que actúa inhibiendo a Janus Kinasa (JAK) 1. ^(11,12,13)

Según las últimas pautas de la Organización Europea de Crohn y Colitis (ECCO) los fármacos aprobados para la EC pueden ser efectivos como terapia secuencial, pero existen datos limitados en cuanto a estudios clínicos aleatorizados de comparación directa.⁽¹⁴⁾ El ensayo Sequence mostró mejores tasas de remisión clínica y endoscópica en pacientes con EC tratados con Risankizumab en comparación con aquellos que recibieron Ustekinumab, específicamente en la población con fracaso previo. es generalizable a pacientes con recurrencia post quirúrgica y enfermedad perianal. ⁽¹⁵⁾

Para el tratamiento de pacientes adultos con CU moderada a grave y con exposición previa a una o más terapias anti-TNF, las guías de la organización Panamericana de Crohn y Colitis (PANCCO) y de la Asociación Americana de Gastroenterología (AGA), coinciden en recomendar la utilización de fármacos de eficacia mayor (Tofacitinib, Upadacitinib, Ustekinumab) o de eficacia intermedia (Risankizumab), en lugar de uno de eficacia menor (Adalimumab, Vedolizumab). Esta recomendación se basa en un nivel de evidencia bajo. ^(16,17)

En Uruguay no contamos con estudios que hayan evaluado la efectividad de tratamientos sucesivos en pacientes que fallaron a anti-TNF \pm . Según la evidencia aportada por un estudio de Oricchio, Secondo y col., la tasa de fallo primario y secundario con estos fármacos es de 45% y 40% respectivamente. ⁽¹⁸⁾

Objetivo

Objetivo general

Evaluar la remisión endoscópica, entre los 6 y 15 meses luego de haber iniciado un segundo tratamiento biológico o pequeña molécula, en pacientes con falla al primer anti-TNF \pm .

Objetivos específicos

1. Describir la evolución de la respuesta a la inducción y mantenimiento, entre los 6 y 15 meses, de un segundo tratamiento hecho a pacientes con falla primaria o secundaria a un primer tratamiento con anti-TNF \pm .
2. Determinar qué otras covariables pudieron haber estado asociada a la falta de respuesta.

Metodología

Tipo de Estudio

No experimental, multi-centro, longitudinal, de panel, retrospectivo, con objetivos descriptivos y explicativos, que relevará fuentes documentales.

Población y muestra

Se seleccionarán todos los pacientes con diagnóstico de CU o EC asistidos en la policlínica de EII de la Unidad Académica de Gastroenterología del Hospital de Clínicas y en el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU IAMPP), desde enero 2016 a diciembre 2024, que cumplan los criterios de inclusión.

Se realizará búsqueda y extracción de datos de las historias clínicas, de pacientes que cuenten con el diagnóstico de EII, de variables demográficas, clínicas y de laboratorio.

Resultados

Se analizaron 23 pacientes, 70% con colitis ulcerosa (CU). Las características demográficas y clínicas se muestran en la Tabla 1.

En el 74% de los pacientes fracasó el segundo tratamiento con biológico: en 56% de los diagnosticados con CU y la totalidad de los casos con EC.

Se observaron mayores tasas de fracaso en: falla primaria (80%) vs. falla secundaria (54%) al primer tratamiento, pacientes <40 años (67%) vs. >40 años (57%), mujeres (92%) vs. >10 años de evolución (88%) vs. >10 años (67%), enfermedad extensa a izquierda) 71% vs Proctitis 0%.

Solo 37% alcanzó remisión endoscópica (88% con Infliximab). En CU, Adalimumab falló en todos los casos, Infliximab en 50%.

Conclusiones

El segundo tratamiento biológico mostró una alta tasa de fracaso, los factores asociados a peor pronóstico fueron el sexo femenino, la menor duración de la EII, la severidad clínica al diagnóstico y al inicio del segundo fármaco, la falla primaria al primer tratamiento, la presencia de MEI, enfermedad perianal y cirugías. Aunque la respuesta global fue limitada, Infiximab se asoció con mejores resultados relativos, lo que resalta la necesidad de optimizar la selección terapéutica en estos pacientes.

Anexos

Tabla 1. Características demográficas y clínicas

Variables	N (%)
EII	
Crohn	7 (70)
Colitis	16 (30)
Institución	
H. Clínicas	8 (35)
CASMU	15 (65)
Edad al diagnóstico	
Mediana	23
Rango	(12 - 63)
Es una mujer	12 (52)
IMC mediana (rango)	23
Tabaquismo	6 (26)
Tipo de falla 1er biológico	
Falla primaria	6 (26)
Falla secundaria	17 (74)
EC Extensión Montreal	
L1	2 (28)
L2	3 (44)
L3	2 (28)
EC Comportamiento Montreal	
B1	5 (72)
B2	1 (14)
B3	1 (14)
Enfermedad Perianal	4 (17)
CU Extensión	
Proctitis	2 (13)
Colitis izquierda	4 (25)
Colitis extensa	10 (62)
MET	6 (26)

Tabla 2. Covariables con sus tasas de fracaso

Variables	N (%)
Covariables asociadas al fracaso del 2do tto en CU	Fracaso 2do tratamiento (%) (N = 16)
Edad al inicio del 2do tto (< 40 años)	67
Es una mujer	92
Es un varón	55
Duración de la EII (< 10 años)	88
Tabaquismo activo	67
Diagnóstico de CU	62
Con diagnóstico de EC	100
Extensión (E3 + E2)	71
Severidad clínica [S2 + S3] al diagnóstico	64
Presencia EP	100
Presencia MEI	75
Presencia Cirugías	100
1er Fármaco	ADA
	IFX
Falla primaria al 1er fármaco	80

Predictores de terapia avanzada, cirugía y hospitalización en una cohorte de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en Colombia

Fabio Leonel Gil Parada¹, Nicole Chamorro Guzmán¹, Laura Rocío Rodríguez Páez¹, Claudia Birchenall Jiménez¹

¹ Clínica Universitaria Colombia

Modalidad: poster

N.º Póster: 80

Antecedentes

En Latinoamérica existen escasos datos sobre predictores de escalada terapéutica, cirugía y hospitalización en Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).

Objetivo

Identificar predictores independientes de terapia avanzada, cirugía y hospitalización en una cohorte colombiana de pacientes con EII mediante modelos de regresión logística multivariada.

Metodología

Se incluyeron 207 pacientes con EII confirmada (Enfermedad de Crohn [EC] n=83, Colitis Ulcerativa o Ulcerosa [CU] n=124), clasificados según criterios de Montreal. Se construyeron 8 modelos de regresión logística múltiple para los desenlaces: terapia avanzada, cirugía y hospitalización por EII; todos ajustados por edad al diagnóstico y sexo. Capacidad discriminativa: área bajo la curva ROC (AUC). Bondad de ajuste: Hosmer-Lemeshow. Supervivencia: Kaplan-Meier con prueba log-rank (EC vs. CU).

Resultados

El 55,1 % mujeres. Mediana de edad mayor en EC (47.6 años) que en CU (35.1 años; $p<0.001$). El comportamiento complicado (B2+B3) predominó en EC (61,4 %); la pancolitis (E3) fue la extensión más frecuente en CU (50,8 %). La terapia avanzada más frecuente en EC (69,9 % vs. 49,2 %; $p=0,003$). Terapia avanzada: la ausencia de 5-ASA predictor independiente más fuerte (OR=20,76; IC 95 % 8,99–47,90; $p<0,001$ en cohorte global; OR=31,43; IC 95 % 11,60–85,14; $p<0,001$ en CU) y la presencia de MEI predictor independiente adicional (OR=3,11; IC 95 % 1,19–8,10; $p=0,020$); AUC global 0,831. Cirugía: el comportamiento B3 penetrante (OR=33,00; IC 95 % 2,97–367,07; $p=0,004$) y la hospitalización previa fueron predictores independientes en EC; AUC=0,941 (mejor modelo del estudio). En la cohorte global, la CU se asoció inversamente con cirugía (OR=0,08; IC 95 % 0,02–0,27); AUC=0,913. Hospitalización: la cirugía fue predictor dominante en todos los subgrupos (AUC 0,783–0,909); la extensión E3 fue predictor independiente en CU (OR=9,77; IC 95 % 1,19–80,52; $p=0,034$). El análisis de Kaplan-Meier confirmó mayor riesgo acumulado de cirugía (log-rank $p<0,001$), terapia avanzada ($p<0,001$) y hospitalización ($p=0,012$) en EC vs. CU.

Conclusiones

Ausencia de 5-ASA y MEI predictores independientes de terapia avanzada. El comportamiento penetrante B3 predictor más robusto de cirugía en EC (AUC=0,941). La EC conlleva mayor riesgo acumulado de los tres desenlaces evaluados. Esta es una de las primeras cohortes colombianas con análisis multivariado formal de EII, con modelos de capacidad discriminativa comparable a series europeas (AUC 0,783–0,941).

Comparativamente con publicaciones previas en Colombia se describen hallazgos de mayor valor para la razón EC/CU, proporción de pacientes con EC ileal, comportamiento complicado (B2+B3) en EC, pancolitis ulcerativa y porcentaje en la indicación de terapia avanzada en las dos patologías.

Impacto del citomegalovirus en la colitis ulcerosa aguda grave

Alex Fabián Arenas Aravena¹, Carlo Pedemonte Gutiérrez², Patricio Ibáñez Lazo¹, Gustavo Walsen Arangua¹, Gonzalo Carrasco Aviño¹, Solange Agar¹, Sergio Carvajal³, José Bonilla¹, Diego Ruedi¹

¹ Clínica Alemana de Santiago

² Universidad del Desarrollo

³ Afiliación no especificada

Modalidad: poster

N.º Póster: 81

Antecedentes

La reactivación de citomegalovirus (CMV) en la colitis ulcerosa aguda grave (ASUC) se ha asociado a peor evolución clínica, aunque la evidencia en Latinoamérica es limitada.

Objetivo

Determinar la prevalencia de CMV en ASUC y evaluar su asociación con parámetros clínicos, inflamatorios y desenlaces hospitalarios

Metodología

Estudio retrospectivo unicéntrico que incluyó pacientes adultos con ASUC definida según criterios de Truelove y Witts modificados entre 2017 y 2025. Las biopsias colónicas fueron analizadas mediante IHQ para CMV. Se recopilieron variables demográficas, clínicas, bioquímicas, endoscópicas e histológicas. Se evaluaron como desenlaces la necesidad de terapia de rescate, colectomía y duración de hospitalización. Se realizaron análisis univariados y multivariados.

Resultados

Se incluyeron 45 pacientes (edad mediana 44 años; 51 % mujeres). La prevalencia de CMV-IHQ positivo fue 22,2 %. La positividad para CMV se asoció con mayor edad (OR 1,07; IC95 % mg/dL (OR 6,0; IC95 % 1,11–32,5; p=0,038). Los pacientes CMV (+) presentaron mayor duración de hospitalización (10,5 vs. 5 días; p=0,032) y mayor riesgo de estadía >10 días (OR 7,75; IC95 % 1,54–39,12; p=0,017). No hubo diferencias significativas en colectomía (20 % vs. 3 %; p=0,096).

Conclusiones

La reactivación de CMV fue frecuente en ASUC y se asoció a mayor inflamación sistémica y hospitalizaciones prolongadas. Aunque no se relacionó de forma independiente con colectomía, su detección podría ayudar a identificar pacientes con evolución más tórpida y mejorar la estratificación pronóstica

Anexos

Tabla 1. Características basales pacientes ASUC

Variable	Total (n=45)	CMV IHQ (+) (n=10)	CMV IHQ(-) (n=35)	p-valor
Edad, mediana (años)	44	52	38	0.006
Sexo femenino, n (%)	23 (51 %)	3 (30 %)	20 (57 %)	0.165
Duración enfermedad (años), mediana	2	0.75	3	0.130
Comorbilidad S/N, n (%)	15 (33 %)	5 (50 %)	10 (29 %)	0.220
Tabaquismo S/N, n (%)	6 (13 %)	2 (20 %)	4 (11 %)	0.330
Montreal E3, n (%)	29 (64 %)	8 (80 %)	21 (60 %)	0.310
Hemoglobina, mediana (g/dL)	12.5	11.9	13.3	0.110
Inmunosupresor previo S/N, n (%)	12 (27 %)	3 (30 %)	9 (26 %)	1.000
Biológico previo S/N, n (%)	20 (44 %)	5 (50 %)	15 (43 %)	0.700
PCR \geq 3 mg/dL, S/N (%)	22 (49 %)	7 (70 %)	15 (43 %)	0.038
Albúmina < 3 g/dL, S/N (%)	5 (11 %)	3 (30 %)	2 (6 %)	0.065
Calprotectina fecal ug/g, mediana	3250	3070	3250	0.850
Mayo endoscópico 3, n (%)	29 (64 %)	8 (80 %)	21 (60 %)	0.310
Histología: actividad severa, n (%)	4 (9 %)	2 (20 %)	2 (6 %)	0.084

Table 2. IHQ + vs IHQ - según outcomes

Variable	Total (n = 45)	CMV IHQ + (n = 10)	CMV IHQ- (n = 35)	p-valor
Infliximab	20 (44%)	5 (50%)	15 (43 %)	0,689
Colectomía, n (%)	3 (7%)	2 (20%)	1 (3 %)	0,0960
Hospitalización > 10 días, n (%)	8 (18%)	5 (50%)	4 (11 %)	0,0132*
Días de hospitalización, mediana	6	10,5	5	0,032*
Días de corticoides, mediana	3	4	3	0,590

Tabla 3. Análisis univariado y multivariado, IHQ + vs IHQ - según outcomes

Variable	OR Uni	IC 95 % Uni	p Uni	OR Multi	IC 95 % Multi	p Multi
Infliximab	1,33	0,33 - 5,45	0,689	0,38	0,02 - 7,58	0,529
Colectomía	8,50	0,68 - 105,75	0,096	1,46	0,04 - 59,29	0,843
Hospitalización > 10 días	7,75	1,54 - 39,12	0,013*	4,81	0,38 - 60,28	0,223
Días hospitalización (media)	-	.	0,032*	1,20	1,04 - 1,37	0,010*

Cirugía en pacientes con EII: experiencia de un centro público de referencia

Ximena Rodríguez¹, Martín Oricchio¹, Gabriela Wagner²

¹ Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

² Clínica Quirúrgica ³, Hospital Maciel

Modalidad: poster

N.º Póster: 82

Antecedentes

La cirugía sigue siendo un evento determinante en la historia natural de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). A pesar de los avances en terapias biológicas y pequeñas moléculas, un porcentaje significativo de pacientes requiere una intervención quirúrgica debido a complicaciones o falla terapéutica. En América Latina, factores como el retraso diagnóstico y las dificultades de acceso al tratamiento pueden influir en estas tasas.

Objetivo

Analizar la frecuencia, indicaciones y características clínicas de la cirugía en una cohorte de 121 pacientes con EII en un centro público de referencia.

Metodología

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se analizaron 121 historias clínicas de pacientes con diagnóstico confirmado de EII (Colitis ulcerosa, Enfermedad de Crohn y Colitis Indeterminada). Se recolectaron variables demográficas, clínicas y quirúrgicas. Las variables continuas se expresaron como medias o medianas y las categóricas como porcentajes.

Resultados

De un total de 121 pacientes con EII, el 21,5% (26 pacientes) requirió al menos una intervención quirúrgica, realizándose 42 procedimientos en total. La mayoría de las cirugías se realizaron en contexto de coordinación (60,9%).

La edad media al diagnóstico en los pacientes intervenidos fue de 30 años, y el 64% correspondió a mujeres. En la Figura 1 se muestra la proporción de pacientes intervenidos según tipo de EII.

Las principales indicaciones quirúrgicas en la Enfermedad de Crohn fueron enfermedad perianal (41,6%) y obstrucción intestinal (37,5%). En Colitis Ulcerosa, las indicaciones predominantes fueron falla de tratamiento médico (60%) y cáncer colorrectal (20%).

La comparación de las indicaciones quirúrgicas según tipo de EII se presenta en la Tabla 1.

Conclusiones

En nuestra cohorte, 1 de cada 5 pacientes con EII requirió intervención quirúrgica. Esto es similar a datos publicados aunque un poco mayor que la esperada para pacientes con CU, probablemente por estar en un centro de referencia. Se observaron perfiles quirúrgicos diferentes según el tipo de enfermedad. En Enfermedad de Crohn predominaron las complicaciones estructurales, particularmente enfermedad perianal y obstrucción intestinal. En Colitis Ulcerosa, las principales indicaciones fueron falla de tratamiento médico y cáncer colorrectal. Nuestros datos son concordantes con la literatura internacional. La proporción de cirugías por cáncer colorrectal en pacientes con Colitis Ulcerosa en nuestra cohorte (20%) se encuentra dentro de los rangos reportados en series latinoamericanas, aunque ligeramente superior a lo descrito en países desarrollados. Esto puede vincularse a retraso diagnóstico o limitaciones en el seguimiento así como a una particularidad del contexto epidemiológico local, considerando que Uruguay presenta una de las mayores incidencias de cáncer colorrectal en la región.

Correlación entre calprotectina fecal y la gravedad clínica según Truelove-Witts en colitis ulcerosa: un análisis longitudinal en vida real

Alfredo Reyes López¹, Jorge Luis de León Rendón¹, Billy Jiménez Bobadilla¹, Raquel Yazmín López Pérez¹, Mauricio Ramón Esquivel Steffanoni¹, Juan Manuel Fortanelli Ríos¹, Silvana Basave Falcó¹, María del Carmen Dolores Bravo¹, Fátima Julissa Bustillos García¹, Melanie Verónica Martínez Vega¹

¹ Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", Ciudad de México, México

Modalidad: poster

N.º Póster: 83

Antecedentes

La calprotectina fecal es un biomarcador no invasivo ampliamente validado para la evaluación de la actividad inflamatoria en la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI). No obstante, su relación con la gravedad clínica, particularmente a lo largo del seguimiento longitudinal, no ha sido completamente caracterizada en escenarios de práctica clínica real.

Objetivo

Evaluar la correlación entre los niveles de calprotectina fecal y la gravedad clínica determinada mediante la clasificación de Truelove-Witts en pacientes con CUCI.

Metodología

Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y analítico en pacientes con diagnóstico de CUCI en seguimiento en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

Se incluyeron 60 pacientes mayores de 18 años con registros completos de calprotectina fecal y evaluación clínica seriada. Se recolectaron variables demográficas y clínicas (género, edad, tiempo de evolución de la enfermedad, clasificación de Montreal y tratamiento médico).

Los niveles de calprotectina fecal y la gravedad clínica según los criterios de Truelove-Witts fueron evaluados de manera paralela en tres momentos del seguimiento: basal (mes 0), mes 3 y mes 6.

El análisis estadístico se realizó mediante el coeficiente de correlación de Spearman, utilizando el paquete estadístico IBM SPSS Statistics, versión 29.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EE. UU.), considerando un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Resultados

Se observó una correlación positiva fuerte entre los niveles de calprotectina fecal y la gravedad clínica en todos los puntos de evaluación. En el análisis basal (mes 0), el coeficiente de Spearman fue de $r = 0.944$ ($p < 0.001$), indicando una correlación muy fuerte. En el mes 3, la correlación se mantuvo elevada ($r = 0.843$, $p < 0.001$), y en el mes 6 ($r = 0.802$, $p < 0.001$), con una ligera disminución en su magnitud, aunque permaneciendo dentro de un rango de asociación fuerte.

Conclusiones

La calprotectina fecal demuestra una correlación estrecha y consistente con la gravedad clínica según la clasificación de Truelove-Witts en distintos puntos del seguimiento, lo que refuerza su valor no sólo como

biomarcador de inflamación, sino como un indicador objetivo de la expresión clínica de la enfermedad. Estos hallazgos apoyan su integración en la toma de decisiones clínicas y en estrategias de monitoreo longitudinal en pacientes con CUCI.

Anexos

Tabla 1. Correlación entre calprotectina fecal y gravedad clínica en distintos puntos temporales.

Tiempo	Coefficiente de correlación (Rho de Spearman)	Valor p
Mes 0	0.944***	< 0.001
Mes 3	0.843***	< 0.001
Mes 6	0.802***	< 0.001

*** La correlación es significativa al nivel de 0,001 (bilateral)

Tabla 2. Correlación entre los niveles de calprotectina fecal y la gravedad clínica según la clasificación de Truelove-Witts en los meses 0, 3 y 6. Se observa una correlación positiva fuerte en todos los puntos temporales, con coeficientes de Spearman de $r = 0.944$, $r = 0.843$ y $r = 0.802$, respectivamente ($p < 0.001$ en todos los casos). $N = 60$ pacientes.

			Calprotectina mes 0	TW 1
Rho de Spearman	Calprotectina mes 0	Coefficiente de correlación	1.000	.944***
		Sig. (bilateral)		< .001
		N	60	60
TW 1	Calprotectina mes 0	Coefficiente de correlación	.944***	1.000
		Sig. (bilateral)	< .001	.
		N	60	60

***. La correlación es significativa al nivel de 0,001 (bilateral)

			Calprotectina mes 3	TW 2
Rho de Spearman	Calprotectina mes 3	Coefficiente de correlación	1.000	.943***
		Sig. (bilateral)		< .001
		N	60	60
TW 2	Calprotectina mes 3	Coefficiente de correlación	.843***	1.000
		Sig. (bilateral)	< .001	.
		N	60	60

***. La correlación es significativa al nivel de 0,001 (bilateral)

			Calprotectina mes 6	True love Witts mes 6
Rho de Spearman	Calprotectina mes 6	Coefficiente de correlación	1.000	.802***
		Sig. (bilateral)		< .001
		N	60	60
True love Witts mes 6	Calprotectina mes 6	Coefficiente de correlación	.802***	1.000
		Sig. (bilateral)	< .001	.
		N	60	60

***. La correlación es significativa al nivel de 0,001 (bilateral)

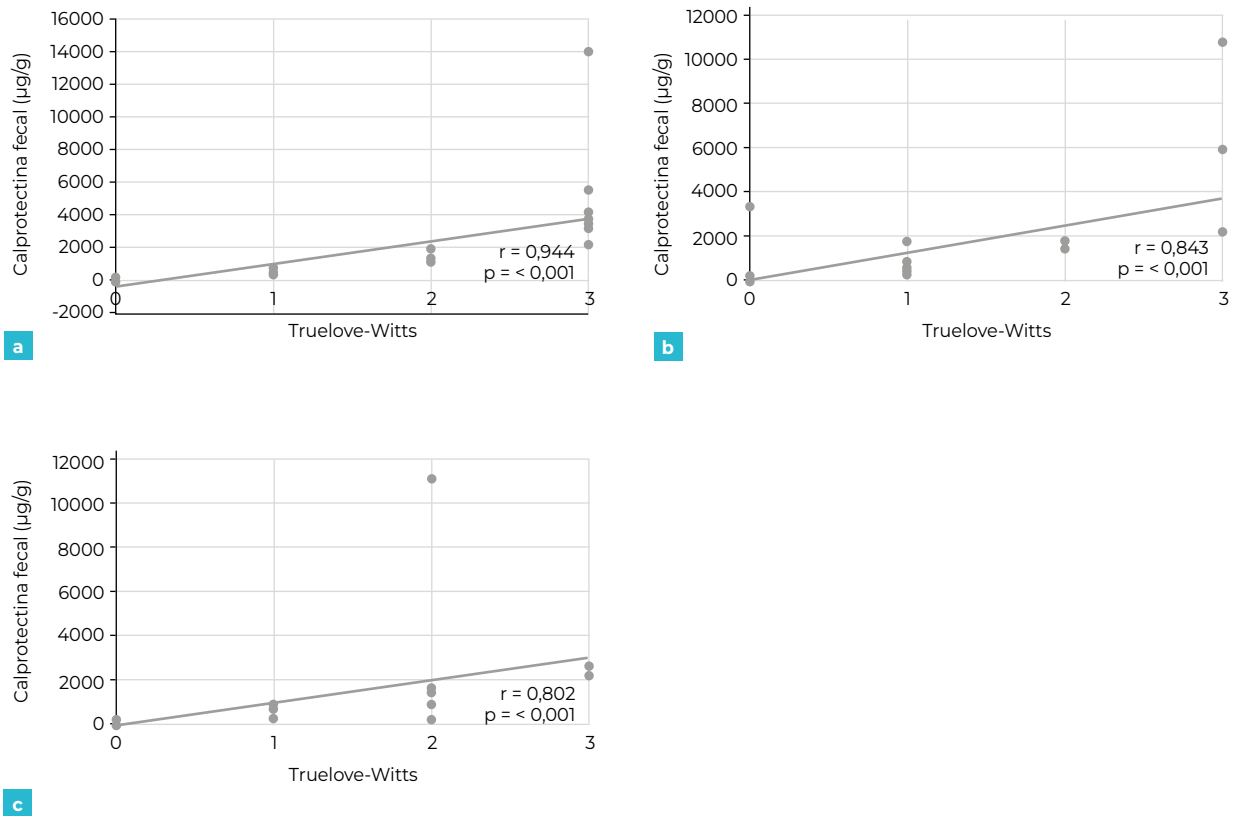


Figura 1. Diagramas de dispersión que muestran la correlación entre los niveles de calprotectina fecal y la gravedad clínica según la clasificación Truelove Witts en los meses 0 **(a)**, 3 **(b)** y 6 **(c)**. Se observa una correlación positiva fuerte en todos los puntos temporales, con coeficientes de Spearman de $r = 0.944$, $r = 0.843$ y $r = 0.802$, respectivamente ($p < 0.001$ en todos los casos). 0 = Enfermedad inactiva. 1 = Brote leve. 2 = Brote moderado. 3 = Brote grave.

Reporte de caso: manejo escalonado de enfermedad de Crohn ileal con estenosis activa: resolución clínica con infliximab

Nery Rocío Castillo Vassallo¹, Frank Oliva Conde¹, César Alberto García Delgado¹

¹ Hospital Nacional Alberto Sabogal – EsSalud

Modalidad: poster

N.º Póster: 84

Antecedentes

Paciente masculino de 28 años con diagnóstico previo de enfermedad de Crohn ileal, tratado con azatioprina, sin comorbilidades ni alergias relevantes y sin antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal.

Objetivo

Presentar un caso de enfermedad de Crohn ileal complicada por lo que cursa con una estenosis activa que demuestra la efectividad de un manejo escalonado y la transición oportuna a terapia biológica con infliximab para lograr remisión clínica y endoscópica.

Metodología

Descripción del caso

Paciente masculino de 28 años con enfermedad de Crohn ileal previamente tratada con azatioprina, que consultó por dolor abdominal intenso, diarrea con moco y sangre, y pérdida de 10 kg en 6 meses. Se realizaron estudios de laboratorio (hemograma, bioquímica y marcadores inflamatorios), tomografía abdominal y evaluación endoscópica mediante colonoscopia y cápsula endoscópica, que evidenciaron estenosis ileal parcial, pseudopólipos y úlceras longitudinales.

Inicialmente se implementó manejo escalonado con corticosteroides intravenosos, antibióticos, azatioprina y soporte nutricional, logrando respuesta parcial. Posteriormente se inició terapia biológica con infliximab tras profilaxis para tuberculosis. El seguimiento clínico, laboratorio y endoscópico permitió evaluar la respuesta al tratamiento y la remisión de la enfermedad.

Resultados

El paciente presentó estenosis ileal parcial, pseudopólipos y úlceras longitudinales, con marcadores inflamatorios elevados y pérdida de 10 kg en 6 meses. El manejo escalonado produjo respuesta parcial, mientras que la terapia con infliximab permitió remisión clínica sostenida, con desaparición del dolor abdominal, normalización de marcadores, recuperación de peso y mejoría endoscópica.

Conclusiones

El manejo escalonado de la enfermedad de Crohn ileal con estenosis activa puede lograr control parcial de los síntomas, pero la transición oportuna a terapia biológica con infliximab puede ser decisiva para alcanzar remisión clínica y endoscópica.

Este caso resalta la importancia de un seguimiento integral, que incluya evaluación clínica, marcadores inflamatorios y endoscopia, para diseñar estrategias terapéuticas personalizadas basadas en evidencia.

Anexos

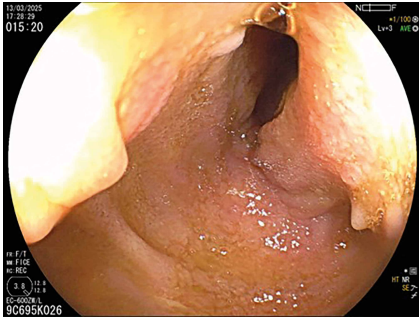


Figura 1. COLONOSCOPIA 03.2025 1

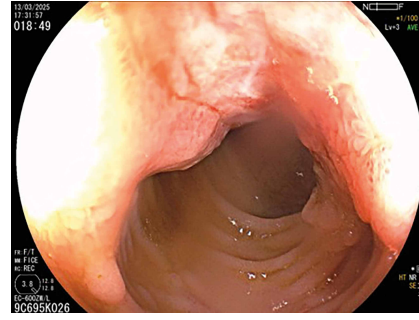


Figura 5. COLONOSCOPIA 2025

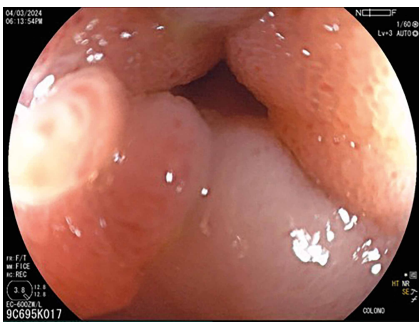


Figura 2. COLONOSCOPIA 2024

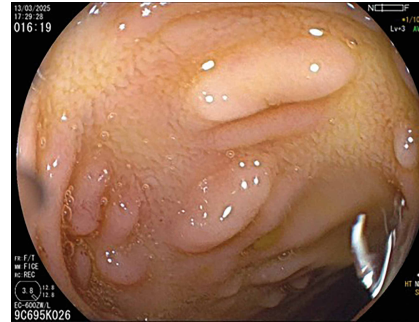


Figura 6. COLONOSCOPIA 2025

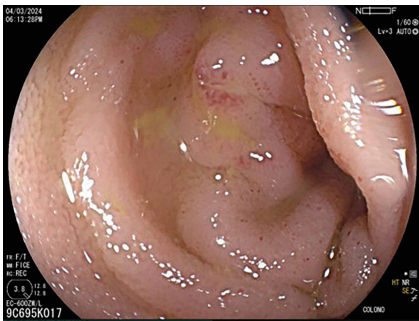


Figura 3. COLONOSCOPIA 2024



Figura 7. COLONOSCOPIA 2025

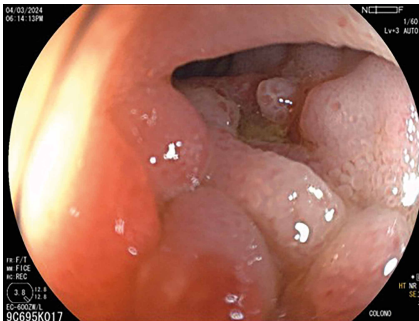


Figura 4. COLONOSCOPIA 2024



Figura 8. COLONOSCOPIA 2025

Evaluación de la calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: un análisis multicéntrico en Latinoamérica

Keyla Cristina Villa Ovalles¹, Guillermo Veitia², Abel Sánchez³, Alen Yapor Colón¹, Obduaris Díaz⁴, Paulina Núñez⁵, Nataly Aguilar⁶, Johanna Pérez⁷, Rosanna Franco⁸, Claudia Azañedo⁹

¹ Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar, República Dominicana

² Hospital Vargas de Caracas, Venezuela

³ Hospital Roosevelt, Universidad de San Carlos, Guatemala

⁴ Hospital Metropolitano de Santiago, República Dominicana

⁵ Hospital San Borja Arriarán, Chile

⁶ Hospital San Juan de Dios, Chile

⁷ Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños, Nicaragua

⁸ Hospital María Auxiliadora, Perú

⁹ Clínica Internacional, Lima, Perú

Modalidad: poster

N.º Póster: 85

Antecedentes

En América Latina hay escasa evidencia sobre calidad de vida en EII en comparación con regiones desarrolladas. El estudio multicéntrico coordinado por la Organización Panamericana de Crohn y Colitis (PANCCO) llena este vacío al reunir datos de hospitales de referencia en Venezuela, Perú, Guatemala, Chile y República Dominicana. Estos hallazgos regionales son valiosos porque proporcionan evidencia contextualizada que puede optimizar guías locales y mejorar la atención de la EII en Latinoamérica.

Objetivo

El objetivo principal fue evaluar la relación entre la calidad de vida de los pacientes con EII y la actividad clínica de la enfermedad en una población latinoamericana. Es decir, se quiso determinar cómo influyen el tipo y la severidad de la enfermedad en la percepción que tienen los pacientes sobre su bienestar (medido por CVRS).

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y multicéntrico. Participaron 149 pacientes adultos (>18 años) con diagnóstico confirmado de EII (Crohn o colitis ulcerosa) atendidos en consultas de gastroenterología de hospitales de Venezuela, Perú, Guatemala, Chile y República Dominicana. Los pacientes dieron consentimiento informado y se excluyeron aquellos con enfermedades sistémicas concurrentes.

La calidad de vida se midió usando el cuestionario validado IBDQ-32 (32 ítems que exploran síntomas intestinales, sistémicos, emocionales y sociales). La actividad clínica se cuantificó con índices estándar: el índice de Harvey-Bradshaw para Crohn y la escala de Mayo modificada (más Truelove-Witts) para colitis ulcerosa. De este modo se correlacionó objetivamente el estado de la enfermedad con la percepción subjetiva del paciente.

Resultados

- Composición de la muestra: Edad media ~46,6 años; 60% mujeres; 72,5% con colitis ulcerosa y 27,5% con enfermedad de Crohn.
- Actividad de la enfermedad: En los pacientes con Crohn la mayoría (58,5%) estaba en remisión clínica, mientras que en colitis ulcerosa predominó la enfermedad activa (59,3% con actividad leve a severa).
- Calidad de vida (CVRS): Correlacionando con lo anterior, el 53,7% de los pacientes con Crohn reportó alta calidad de vida, versus sólo 41,7% en los pacientes con colitis ulcerosa. En cambio, más pacientes con colitis ulcerosa tuvieron baja calidad de vida (10,2%) comparado con Crohn (7,3%).

Estos resultados indican que los pacientes en remisión clínica tienden a percibir mejor calidad de vida, pero también resaltan que no es unidireccional: aunque la mayoría de los Crohn en remisión tuvieron buena CVRS, una proporción de pacientes con colitis en remisión seguían reportando impactos significativos en su vida diaria. Además, el análisis mostró que otros factores influyen en la CVRS: por ejemplo, el sexo (más mujeres en la muestra) y la severidad de la enfermedad se asociaron con peor calidad de vida.

Conclusiones

En conjunto, el estudio concluye que los pacientes con enfermedad de Crohn tendieron a estar con mayor frecuencia en remisión y, por tanto, informaron mejor calidad de vida, mientras que los de colitis ulcerosa presentaron más actividad clínica y peor bienestar general. Estos hallazgos subrayan la importancia de integrar sistemáticamente la evaluación de calidad de vida en el manejo clínico de la EII. No basta con controlar la inflamación: es esencial abordar la experiencia global del paciente (aspectos físicos, emocionales y sociales) mediante estrategias terapéuticas personalizadas.

Para la práctica clínica se recomienda incluir cuestionarios de CVRS como el IBDQ-32 en el seguimiento rutinario, de modo que el equipo de salud pueda identificar problemas ocultos (ansiedad, limitaciones sociales, fatiga) y ajustar el tratamiento más allá de los hallazgos endoscópicos o de laboratorio. Asimismo, los resultados aportan evidencia para actualizar y optimizar las guías latinoamericanas de EII, promoviendo un enfoque interdisciplinario e integral.

Finalmente, se sugiere que futuras investigaciones se enfoquen en estrategias de intervención psicosocial (como apoyo psicológico o grupos de autocuidado) y en profundizar el estudio del rol del sexo y de los trastornos psicológicos (ansiedad/depresión) en la calidad de vida de estos pacientes. En conjunto, estos esfuerzos ayudarán a mejorar el bienestar global de las personas con EII en nuestra región.

Anexos

Tabla 1. Distribucion de pacientes segun características basales. Evaluacion de calidad de Vida de pacientes con enfermedad Inflamatoria Intestinal

Variables	Estadísticos	
n	149	
Edad (años) (*)	46,56 ± 21,39	
Sexo		
Masculino	60	(40,26)
Femenino	89	(59,73)
Tipo de EII		
Enfermedad de Cronh	41	27,52
Colitis ulcerosa	108	72,48
Índice de severidad	CU	EC
Remisión	44 (40,74)	24 (58,54)
Leve	45 (41,67)	12 (29,27)
Moderada	18 (16,67)	4 (9,76)
Severa	1 (0,93)	1 (2,44)
Calidad de Vida según IBDQ32	CU	EC
Baja	11 (10,18)	3 (7,31)
Moderada	52(48,14)	16 (39,02)
Alta	45 (41,66)	22 (53,65)
Total	108	41

(*) media ± desviación estándar
f (%)

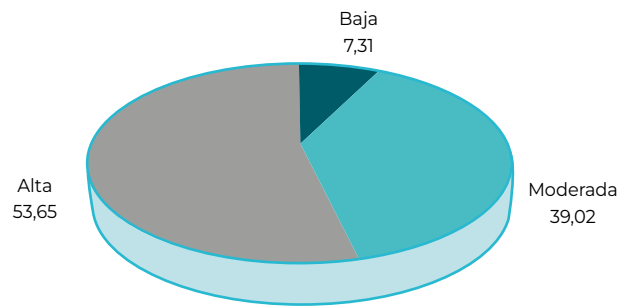


Figura 1. Calidad de vida EC

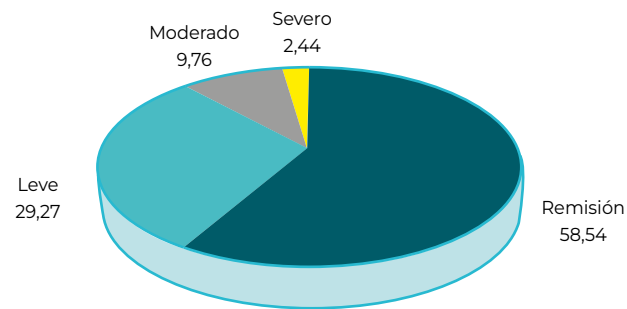


Figura 2. Severidad Ec

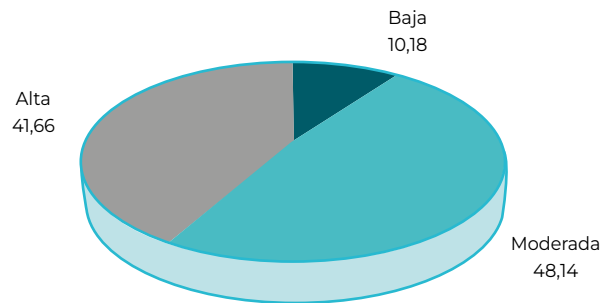


Figura 3. Calidad de vida segun IBD 32 en CU.jpg

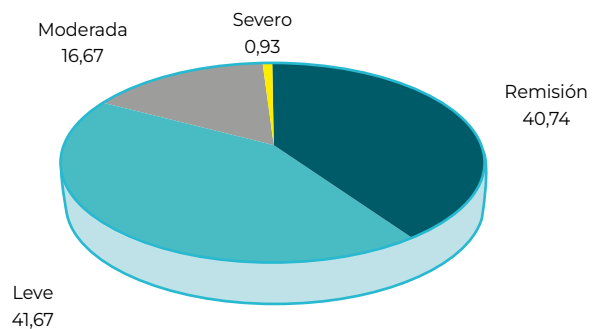


Figura 4. Indice de severidad en CU

Más allá de los síntomas: primer análisis latinoamericano de la brecha entre remisión clínica y control inflamatorio objetivo en EII en práctica real

Viviana Parra Izquierdo^{1,2}, Ginary Orduz Díaz¹, Laura Vanessa Granados Mantilla¹, Carlos Augusto Cuadros¹, Cristian Fabián Flórez^{1,2}, Vanessa Durán¹, Federico Francisco Coelli¹, Manuel Ardila Báez¹, Juan Javier Acevedo¹, Juan Frías Ordóñez^{1,3}

¹ Hospital Internacional de Colombia

² Fundación Cardiovascular de Colombia

³ Afiliación adicional

Modalidad: poster

N.º Póster: 86

Antecedentes

En la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), el control sintomático no siempre refleja la ausencia de inflamación intestinal activa. En la era treat-to-target, STRIDE-II propone como objetivos de largo plazo la remisión clínica y la curación endoscópica, integrando además la normalización de biomarcadores como objetivo intermedio; la remisión histológica en colitis ulcerativa y la curación transmural en enfermedad de Crohn se consideran medidas de profundidad de remisión, útiles para una evaluación más ambiciosa del control inflamatorio todavía no como un target establecido oficial, sin embargo, el concepto de disease clearance ha emergido en colitis ulcerativa como la forma más profunda de remisión clínica alcanzable en la práctica actual, al combinar dominios clínicos, endoscópicos e histológicos.

Objetivo

Evaluar la brecha entre la remisión clínica y el control inflamatorio objetivo en pacientes con EII en práctica real, y estimar la frecuencia de logro de metas terapéuticas progresivamente más exigentes, incluyendo remisión bioquímica, curación mucosa, remisión profunda, curación transmural en enfermedad de Crohn y disease clearance en colitis ulcerativa.

Metodología

Estudio observacional transversal en pacientes consecutivos con colitis ulcerativa (CU) y enfermedad de Crohn (EC) en seguimiento en un centro de referencia, incluyendo aquellos con información clínica, bioquímica, endoscópica, histológica y/o imagenológica disponible para una evaluación multimodal del control inflamatorio. En concordancia con la estrategia treat-to-target propuesta por STRIDE-II, se definió remisión clínica como ausencia de síntomas relevantes reportados por el paciente; en CU, ausencia de sangrado rectal y normalización de la frecuencia evacuatoria, y en EC, resolución del dolor abdominal y de la alteración del hábito intestinal. La remisión bioquímica se definió como normalización de proteína C reactiva y calprotectina fecal; la curación mucosa como ausencia de actividad endoscópica relevante, considerando en CU un Mayo endoscópico 0; y la remisión histológica en CU como Nancy index = 0. En EC, la curación transmural se definió como ausencia de inflamación activa en imagen transversal mediante resonancia magnética enterográfica o ecografía intestinal, considerándose una meta aspiracional de profundidad de remisión.

Se definió remisión profunda como la coexistencia de remisión clínica, remisión bioquímica y curación mucosa; y disease clearance en CU como la presencia simultánea de remisión clínica, curación mucosa y remisión histológica estricta (Nancy 0). Adicionalmente, se definió objetivo multimodal avanzado como el logro de la meta terapéutica más exigente según el subtipo de EII: en CU, disease clearance; y en EC, la coexistencia de remisión clínica, remisión bioquímica, curación mucosa y curación transmural. Las proporciones se estimaron con intervalos de confianza del 95%, y se exploraron factores asociados a discordancia clínico-endoscópica mediante regresión logística.

Resultados

De una cohorte de 208 pacientes, 64 contaron con evaluación multimodal completa. La remisión clínica se observó en 47 pacientes (73.4 %; IC95 % 61.4–83.0), pero 15 de ellos presentaron actividad endoscópica persistente, lo que corresponde a una discordancia clínico-endoscópica del 31.9 %. La remisión bioquímica se alcanzó en 36 pacientes (56.3 %; IC95 % 44.1–67.8), la curación mucosa en 28 (43.8 %; IC95 % 32.3–55.9), la remisión histológica en CU en 18 (28.1 %; IC95 % 18.5–40.3) y la curación transmural en EC en 12 (18.8 %; IC95 % 10.9–30.4). La remisión profunda se alcanzó en 25 pacientes (39.1 %; IC95 % 28.0–51.5), mientras que la tasa global del objetivo multimodal avanzado reportado en la cohorte fue de 20/64 (31.3 %; IC95 % 21.3–43.3). Además, 7 pacientes (10.9 %) presentaron curación mucosa con inflamación histológica residual y 4 (6.3 %) remisión clínica con actividad transmural persistente en EC.

En el análisis exploratorio, la mayor duración de la enfermedad, los antecedentes de cirugía intestinal, la exposición a múltiples terapias biológicas, el fenotipo estenosante/penetrante y los biomarcadores elevados en seguimiento mostraron tendencia a mayor discordancia clínico-endoscópica, aunque sin alcanzar significación estadística.

Conclusiones

Primer estudio Latinoamericano en práctica clínica real en el cual se documentó que la remisión clínica sobreestima de forma relevante el control inflamatorio en EII. Una proporción importante de pacientes en remisión sintomática mantiene inflamación objetiva persistente, y la tasa de logro disminuye de forma marcada a medida que el objetivo terapéutico se vuelve más exigente, desde remisión bioquímica y curación mucosa hasta remisión profunda, curación transmural en EC y disease clearance en CU. Estos hallazgos respaldan una monitorización multimodal sistemática dentro de estrategias STRIDE-II/treat-to-target y refuerzan que en el manejo de la EII, los síntomas por sí solos ya no son suficientes para definir éxito terapéutico.

Anexos

Tabla 1. Tasas de remisión en distintos dominios y discordancia multimodal en EII

Objetivo terapéutico	n (%)	IC 95 %
Remisión clínica	47 (73,4)	61,4 - 83,0
Remisión bioquímica	36 (56,3)	44,1 - 67,8
Curación mucosa endoscópica	28 (43,8)	32,3 - 55,9
Curación histológica (CU)	18 (28,1)	18,5 - 40,3
Curación transmural (EC)	12 (18,8)	10,9 - 30,4
Remisión profunda (clínica + endoscópica)	25 (39,1)	28,0 - 51,5
Objetivo multimodal avanzado	20 (31,3)	21,3 - 43,3

En CU: disease clearance = remisión clínica + curación mucosa + Nancy 0. En EC: meta aspiracional multimodal = remisión clínica + remisión bioquímica + curación mucosa + curación transmural.

Objetivo multimodal avanzado, la meta terapéutica más exigente según el subtipo de EII: en CU, *disease clearance*, y en EC, remisión clínica, bioquímica, endoscópica y transmural simultáneas

Discordancias relevantes.

Patrón de discordancia	n (%)	IC 95 %
Remisión clínica con actividad endoscópica	15 (31,9)*	20,9 - 45,3
Curación mucosa con inflamación histológica	7 (10,9)	5,4 - 20,8
Remisión clínica con actividad transmural (EC)	4 (6,3)	2,5 - 15,0

Tabla 2. Factores asociados a discordancia clínico-endoscópica

Variable	OR	IC 95 %	pp
Duración de la enfermedad (años)	1,01	0,89 - 1,14	0,92
Cirugía intestinal previa	1,34	0,33 - 5,48	0,69
≥ 2 biológicos previos	0,44	0,14 - 1,43	0,17
Fenotipo estenosante/penetrante (EC)	1,78	0,52 - 6,05	0,36
Enfermedad extensa (CU pancolitis / EC ileocolónica)	1,56	0,49 - 4,93	0,45
Biomarcadores elevados en seguimiento	2,21	0,73 - 6,65	0,16

Vulnerabilidad terapéutica en EI: un marcador de riesgo de suspensión del tratamiento en práctica real

Viviana Parra Izquierdo^{1,2}, Ginary Orduz Díaz¹, Laura Vanessa Granados Mantilla¹,
Carlos Augusto Cuadros¹, Cristian Fabián Flórez^{1,2}, Vanessa Durán¹, Federico Francisco Coelli¹,
Manuel Ardila Báez¹, Juan Javier Acevedo¹, Juan Frías Ordoñez^{1,3}

¹ Centro de Excelencia en Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital Internacional de Colombia, Bucaramanga, Colombia

² Grupo de Inmunología Celular y Molecular InmuBo, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

³ Fundación Cardiovascular de Colombia, Bucaramanga, Colombia

Modalidad: poster

N° Póster: 87

Antecedentes

La continuidad terapéutica en la enfermedad inflamatoria intestinal depende de múltiples determinantes interrelacionados, incluyendo factores del sistema de salud, conductas del paciente y percepciones sobre el tratamiento. La coexistencia de estas condiciones puede generar un estado de vulnerabilidad terapéutica que incrementa el riesgo de interrupciones en el manejo. Sin embargo, este fenómeno no ha sido caracterizado en poblaciones latinoamericanas.

Objetivo

Describir la frecuencia de vulnerabilidad terapéutica y sus componentes en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en práctica clínica real.

Metodología

Estudio transversal analítico en pacientes con enfermedad de Crohn o colitis ulcerativa pertenecientes a una cohorte institucional. Se definió vulnerabilidad terapéutica como la presencia de al menos dos de los siguientes dominios: dificultades de acceso al medicamento, conductas de no adherencia, carga emocional significativa o eventos de discontinuidad en la atención. Se analizaron proporciones con intervalos de confianza del 95%.

Resultados

Se incluyeron 56 pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad inflamatoria intestinal. La presencia de al menos un dominio de vulnerabilidad terapéutica fue identificada en el 85.7% de los participantes (IC95% 74.3–92.6). Los dominios más frecuentemente observados correspondieron a barreras de acceso al medicamento (80.4%; IC95% 68.3–88.4), seguidas de eventos de discontinuidad en la atención (33.9%; IC95% 22.9–47.0), conductas de no adherencia (30.4%; IC95% 19.8–43.6) y carga emocional significativa (28.6%; IC95% 18.4–41.6). Al analizar la acumulación de dominios, el 32.1% de los pacientes presentó dos factores de vulnerabilidad, mientras que el 30.4% presentó tres o más. La frecuencia de suspensión del tratamiento mostró un gradiente creciente según el número de dominios presentes. Los pacientes con cero o un dominio presentaron una tasa de suspensión del 11.1% (IC95% 3.1–32.8), en comparación con el 33.3% (IC95% 16.3–56.3) en aquellos con dos dominios y el 58.8% (IC95% 36.0–78.4) en aquellos con tres o más.

En el análisis de asociación, la presencia de alta vulnerabilidad terapéutica se relacionó con mayor probabilidad de suspensión del tratamiento en comparación con baja vulnerabilidad (0–1 dominios), con una razón de disparidad de 5.8 (IC95% 1.5–22.4; $p = 0.012$). Asimismo, al evaluar los dominios individuales, las barreras de acceso al medicamento mostraron la asociación más fuerte con la interrupción terapéutica (OR 4.9; IC95% 1.2–19.3; $p = 0.028$), mientras que los factores emocionales y conductuales mostraron tendencias en la misma dirección, sin alcanzar significación estadística.

Conclusiones

La vulnerabilidad terapéutica representa un constructo clínico-epidemiológico emergente que puede ayudar a identificar pacientes con mayor riesgo de discontinuidad del tratamiento en enfermedad inflamatoria intestinal. La identificación temprana de estos pacientes podría permitir intervenciones dirigidas para optimizar la continuidad terapéutica y mejorar los desenlaces clínicos en contextos de sistemas de salud fragmentados.

Anexos

Tabla 1. Componentes de vulnerabilidad terapéutica en pacientes con EII (n = 56)

Dominio evaluado	n	%	IC 95 %
Barreras de acceso al medicamento	45	80,4	68,3 - 88,4
Conductas de no adherencia	17	30,4	19,8 - 43,6
Carga emocional significativa	16	28,6	18,4 - 41,6
Eventos de discontinuidad en la atención	19	33,9	22,9 - 47,0

Tabla 2. Gradiente de vulnerabilidad terapéutica y suspensión del tratamiento

Número de dominios	n	Suspensión terapéutica %	IC 95 %
0-1 dominios	18	11,1	3,1 - 32,8
2 dominios	21	33,3	16,3 - 56,3
≥ 3 dominios	17	58,8	36,0 - 78,4

Trayectoria terapéutica y carga administrativa en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: evidencia de ineficiencia del sistema de atención

Viviana Parra Izquierdo^{1,2}, Ginary Orduz Díaz¹, Laura Vanessa Granados Mantilla¹, Carlos Augusto Cuadros¹, Cristian Fabián Flórez^{1,2}, Vanessa Durán¹, Federico Francisco Coelli¹, Manuel Ardila Báez¹, Juan Javier Acevedo¹, Juan Frías Ordoñez^{1,3}

¹ Centro de Excelencia en Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital Internacional de Colombia, Bucaramanga, Colombia

² Grupo de Inmunología Celular y Molecular InmuBo, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

³ Grupo de Investigación Especialidades Médico-Quirúrgicas, Fundación Cardiovascular de Colombia, Bucaramanga, Colombia

Modalidad: poster

N.º Póster: 88

Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal requiere un manejo longitudinal complejo que incluye ajustes terapéuticos, autorizaciones repetidas y seguimiento especializado. En sistemas de salud con procesos administrativos fragmentados, la trayectoria terapéutica del paciente puede caracterizarse por múltiples interrupciones, cambios no planificados de tratamiento y aumento de la carga burocrática. Sin embargo, la magnitud de este fenómeno en contextos latinoamericanos ha sido escasamente cuantificada.

Objetivo

Describir la trayectoria terapéutica, la carga administrativa y la frecuencia de cambios no planificados de tratamiento en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en práctica clínica real.

Metodología

Se realizó un estudio transversal descriptivo en pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad de Crohnocolitis ulcerativa pertenecientes a una cohorte institucional. Se aplicó una encuesta estructurada que incluyó variables relacionadas con número de autorizaciones requeridas para el tratamiento, cambios en la institución prestadora de salud, modificaciones no planificadas del esquema terapéutico y dificultades en la continuidad del manejo especializado. De una cohorte total de 208 pacientes se seleccionó aleatoriamente una muestra de 56 pacientes con información completa. Las variables se describieron mediante frecuencias absolutas y proporciones con intervalos de confianza del 95 %.

Resultados

Se incluyeron 56 pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad inflamatoria intestinal. La presencia de al menos un evento relacionado con carga administrativa o discontinuidad en la trayectoria del cuidado fue identificada en el 69,6% de los participantes (IC95% 56,6–79,9).

La necesidad de múltiples autorizaciones para acceder al tratamiento fue reportada por el 58,9% de los pacientes (33/56; IC95% 45,8–71,0), mientras que el 37,5% (21/56; IC95% 26,2–50,4) refirió haber experimentado cambios en la entidad aseguradora o en la institución prestadora de servicios durante el curso de la enfermedad. Adicionalmente, el 42,9% de los pacientes (24/56; IC 95% 30,8–55,8) manifestó dificultades para mantener seguimiento continuo con el mismo especialista, y el 33,9% (19/56; IC95% 22,9–47,0) reportó interrupciones en la atención especializada.

En relación con las modificaciones terapéuticas, el 32,1% de los participantes (18/56; IC95% 21,3–45,3) reportó cambios en el esquema de tratamiento atribuibles a motivos administrativos y no a criterios clínicos. Asimismo,

el 39.3% (22/56; IC95% 27,8–52,1) refirió retrasos en el escalamiento terapéutico relacionados con trámites de autorización, mientras que el 35,7% (20/56; IC95% 24,5–48,8) presentó suspensión temporal del tratamiento por procesos administrativos.

El análisis exploratorio mostró que los pacientes que reportaron cambios en asegurador o institución presentaron mayor frecuencia de suspensión temporal del tratamiento en comparación con aquellos sin cambios (52,4% vs 25,7%), con una razón de disparidad de 3,2 (IC 95% 1.0–10.4; $p=0.048$). De manera similar, la presencia de múltiples autorizaciones se asoció con mayor probabilidad de retraso en el escalamiento terapéutico (OR 3,8; IC95% 1,2–11.7; $p = 0,021$).

Conclusiones

Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal presentan una trayectoria terapéutica caracterizada por una alta carga administrativa y por cambios no planificados del tratamiento asociados a factores del sistema de salud. Estos hallazgos evidencian la necesidad de estrategias orientadas a mejorar la continuidad del cuidado, fortalecer los modelos de atención especializada y reducir las barreras burocráticas que afectan el manejo longitudinal de la EII. La optimización de la trayectoria terapéutica podría representar una oportunidad clave para mejorar los desenlaces clínicos en contextos latinoamericanos.

Anexos

Tabla 1. Carga administrativa y continuidad del cuidado en pacientes con EII (n= 56).

Variable	n	%	IC 95 %
Requirió múltiples autorizaciones para tratamiento	33	58,9	45,8 - 71,0
Cambios en asegurador o institución durante tratamiento	21	37,5	26,2 - 50,4
Dificultad para seguimiento continuo con el mismo especialista	24	42,9	30,8 - 55,8
Interrupciones en atención especializada	19	33,9	22,9 - 47,0
Cualquier evento de discontinuidad en la trayectoria del cuidado	39	69,6	56,6 - 79,9

Tabla 2. Cambios terapéuticos no planificados asociados a factores administrativos

Variable	n	%	IC 95 %
Cambio de esquema terapéutico por motivos administrativos	18	32,1	21,3 - 45,3
Retraso en escalamiento terapéutico por trámites	22	39,3	27,8 - 52,1
Suspensión temporal del tratamiento por procesos administrativos	20	35,7	24,5 - 48,8
Necesidad de reiniciar proceso de autorización tras cambio de asegurador	16	28,6	18,4 - 41,6

Creencias sobre el tratamiento y carga emocional como determinantes de la adherencia en enfermedad inflamatoria intestinal

Viviana Parra Izquierdo^{1,2,3}, Ginary Orduz Díaz¹, Laura Vanessa Granados Mantilla¹, Carlos Augusto Cuadros¹, Cristian Fabián Flórez^{1,2}, Vanessa Durán¹, Federico Francisco Coelli¹, Manuel Ardila Báez¹, Juan Javier Acevedo¹, Juan Frías Ordoñez^{1,3}

¹ Centro de excelencia en Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital Internacional de Colombia, Bucaramanga, Colombia

² Grupo de Inmunología Celular y Molecular InmuBo, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

³ Grupo de Investigación Especialidades Médico Quirúrgicas, Fundación Cardiovascular de Colombia, Bucaramanga, Colombia

Modalidad: poster

N.º Póster: 89

Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se asocia a una carga psicosocial significativa que puede influir en la percepción del tratamiento y en las conductas de adherencia. Factores como el temor a efectos adversos, las creencias sobre la necesidad del medicamento y el impacto emocional de la enfermedad pueden modificar la continuidad terapéutica incluso en presencia de acceso adecuado al tratamiento. La evidencia en poblaciones latinoamericanas sobre estos determinantes conductuales es limitada.

Objetivo

Evaluar la relación entre creencias sobre el tratamiento, estado emocional y conductas de adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Metodología

Se realizó un estudio transversal en pacientes con diagnóstico de enfermedad de Crohn o colitis ulcerativa pertenecientes a una cohorte institucional. Se aplicó una encuesta estructurada que evaluó percepciones sobre la necesidad del tratamiento, temor a efectos adversos, impacto emocional de la enfermedad y conductas relacionadas con la adherencia terapéutica. De una cohorte total de 208 pacientes se seleccionó aleatoriamente una muestra de 56 pacientes con información completa. Las variables categóricas se describieron mediante proporciones con intervalos de confianza del 95%. Se evaluó la asociación entre variables emocionales y conductas de no adherencia mediante prueba de chi cuadrado y estimación de odds ratio.

Resultados

Se incluyeron 56 pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad inflamatoria intestinal. La percepción de alta necesidad del tratamiento fue predominante, siendo reportada por el 80.4% de los participantes (45/56; IC95% 68.3–88.4), mientras que el 67.9% (38/56; IC95% 54.8–78.7) consideró el tratamiento como absolutamente indispensable. En contraste, una alta preocupación por efectos adversos fue identificada en el 46.4% de los pacientes (26/56; IC95% 34.0–59.3), incluyendo preocupación extrema en el 26.8% (15/56; IC95% 17.2–39.4).

En relación con el estado emocional, el 28.6% de los participantes (16/56; IC95% 18.4–41.6) reportó síntomas depresivos frecuentes en las dos semanas previas, mientras que el 10.7% (6/56; IC95% 5.0–21.7) manifestó desánimo persistente casi todos los días.

La presencia de cualquier conducta de no adherencia fue identificada en el 33.9% de la cohorte (19/56; IC95% 22.9–47.0). Los pacientes con menor percepción de necesidad del tratamiento presentaron mayor frecuencia de no adherencia en comparación con aquellos con alta percepción (54.5% vs 28.9%), con una razón de disparidad de 2.9 (IC95% 0.8–10.5; $p = 0.156$).

Asimismo, la alta preocupación por efectos adversos mostró una tendencia hacia mayor probabilidad de no adherencia (38.5 % vs 30.0 %), correspondiente a una razón de disparidad de 1.46 (IC95 % 0.48–4.43; $p = 0.578$). De manera similar, los pacientes con síntomas depresivos frecuentes presentaron una proporción de no adherencia comparable a aquellos sin síntomas relevantes (31.3% vs 35.0 %), sin evidencia de asociación estadísticamente significativa (OR 0.84; IC95 % 0.24–2.92; $p = 1.000$).

En el análisis exploratorio, la suspensión del tratamiento por temor a efectos adversos fue más frecuente en pacientes con alta carga emocional global (definida como preocupación intensa o síntomas depresivos), observándose en el 25.0 % frente al 8.6 % de los pacientes sin dicha carga, lo que correspondió a una razón de disparidad de 3.6 (IC95% 0.8–15.7; $p = 0.091$).

Conclusiones

Los factores psicoemocionales y las creencias relacionadas con el tratamiento constituyen determinantes relevantes de las conductas de adherencia en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Aunque el acceso al medicamento es un componente esencial de la continuidad terapéutica, la intervención sobre percepciones, educación del paciente y apoyo psicológico puede contribuir a optimizar la adherencia y mejorar los desenlaces clínicos. Estos hallazgos resaltan la necesidad de estrategias multidisciplinarias en el manejo integral de la EII en contextos latinoamericanos.

Anexos

Tabla 1. Creencias sobre el tratamiento y estado emocional en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (n = 56)

Variable	n	%	IC95 %
Alta percepción de necesidad del tratamiento (4-5/5)	45	80,4	68,3 - 88,4
Necesidad máxima percibida del tratamiento (5/5)	38	67,9	54,8 - 78,7
Alta preocupación por efectos adversos (4-5/5)	26	46,4	34,0 - 59,3
Preocupación extrema por efectos adversos (5/5)	15	26,8	17,2 - 39,4
Síntomas depresivos frecuentes en las últimas 2 semanas ($\geq 3/4$)	16	28,6	18,4 - 41,6
Desánimo o depresión casi todos los días (4/4)	6	10,7	5,0 - 21,7

Tabla 2. Asociación entre creencias/estado emocional y conductas de no adherencia

Exposición	No adherencia, n/N (%)	OR	IC95 %	p
Alta percepción de necesidad del tratamiento (4-5/5)	13/45 (28,9)	0,34	0,09- 1,31	0,156
Menor percepción de necesidad (1- 3/5)	6/11 (54,5)	Ref.		
Alta preocupación por efectos adversos (4-5/5)	10/26 (38,5)	1,46	0,48- 4,43	0,578
Baja/moderada preocupación (1-3/5)	9/30 (30,0)	Ref.		
Síntomas depresivos frecuentes ($\geq 3/4$)	5/16 (31,3)	0,84	0,24- 2,92	1,000
Síntomas depresivos ausentes 0 leves (1-2/4)	14/40 (35,0)	Ref.		

Estenosis rectales en EII pediátrica: rol del intervencionismo endoscópico en el control de fenotipos fibroestenosantes

Diana Sánchez Hernández¹, Álvaro Gómez Venegas¹, Sara Vallejo Tamayo²

¹ Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

² Universidad CES, Medellín, Colombia

Modalidad: poster

N.º Póster: 90

Antecedentes

Las estenosis rectales fibroestenóticas en enfermedad inflamatoria intestinal (EII) pediátrica constituyen un fenotipo complejo con alta carga obstructiva y predominio de fibrosis.

Objetivo

Definir el rol del intervencionismo endoscópico en estenosis rectales en enfermedad de Crohn (EC) pediátrica y enfermedad inflamatoria intestinal de inicio muy temprano (VEO-IBD).

Metodología

Serie de casos con análisis clínico y endoscópico, incluyendo dilatación, balón CRE, estricturotomía, prótesis de aposición luminal (LAMS) e infiltración intralesional.

Resultados

Paciente de 14 años con EC presentó estenosis rectal crítica (lumen <3 mm). Requirió 5 dilataciones progresivas (hasta 18 mm), estricturotomía e infiltración con triamcinolona (3 sesiones). Se intentó LAMS (Hot Axios 20 mm), con migración precoz (<48 h), persistiendo reestenosis. Actualmente estable bajo dilataciones seriadas. Paciente de 7 años, sintomático desde los 4 meses, con VEO-IBD estenosante-penetrante y compromiso rectal. Presentó estenosis distal corta (~10 mm), fibrosa, con lumen ~5 mm, no franqueable. Se realizó estricturotomía con esfinterótomo (KD-6Q-1; Olympus) mediante incisiones radiales en modo corte puro, con exposición muscular sin lesión. Se logró paso endoscópico y dilatación digital, seguida de infiltración con triamcinolona. Presentó recurrencia temprana. Colon con inflamación por desuso. Permanece estable bajo seguimiento endoscópico.

Conclusiones

El intervencionismo endoscópico modula la expresión clínica de las estenosis rectales en la población pediátrica, optimiza la calidad de vida y limita la progresión hacia intervenciones más agresivas.

Persistencia en el mundo real con vedolizumab entre pacientes colombianos con Enfermedad Inflamatoria Intestinal inscritos en un programa de soporte al paciente (2020–2023)

Álvaro Andrés Gómez-Venegas¹, Marcela Daza², Ana María Leguizamo-Naranjo³,
Juan Nicolás Rodríguez-Niño²

¹ Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

² Takeda Colombia, SAS

³ Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

Modalidad: poster

N.º Póster: 91

Antecedentes

La persistencia al tratamiento biológico suele considerarse un indicador indirecto del valor clínico a largo plazo, ya que puede reflejar la efectividad y la seguridad del tratamiento en condiciones de práctica clínica real.

Objetivo

Evaluar la persistencia con vedolizumab (VDZ) en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) inscritos en un programa de soporte al paciente (PSP) en Colombia.

Metodología

Este análisis observacional retrospectivo utilizó datos administrativos del mundo real procedentes de un PSP en Colombia. Se incluyeron adultos (≥ 18 años) con colitis ulcerativa (CU) tratados con VDZ intravenoso dentro del PSP y con más de 14 semanas de seguimiento. La fecha índice (primera dosis de VDZ recibida dentro del PSP) debía ocurrir entre enero de 2020 y junio de 2023. La persistencia se evaluó a los 180, 360, 720 y 1080 días después de la fecha índice. Las tasas de persistencia se calcularon como la proporción de pacientes que permanecían en tratamiento con VDZ dentro del PSP en cada punto temporal, entre aquellos que alcanzaron la duración de seguimiento correspondiente. La no persistencia se registró mediante tres cambios de estado administrativos dentro del PSP: abandono, retiro o suspensión (>90 días de actividades pausadas); no se documentaron razones específicas de estos estados. Se utilizaron métodos de Kaplan–Meier para estimar la persistencia a lo largo del tiempo, estratificada por tipo de enfermedad.

Resultados

Entre los 338 participantes, el 51,8% ($n=175$) eran mujeres; el 68,6% ($n=232$) tenía CU y el 31,4% ($n=106$) tenía EC. La edad media al diagnóstico de la EII fue de 41,1 años (DE: 15,7) y la edad media al inicio de VDZ fue de 46,5 años (DE: 15,7); la duración media de la enfermedad en la fecha índice fue de 6,0 años (DE: 6,2). La persistencia global con VDZ fue del 96% a los 180 días ($n=277$), 93% a los 360 días ($n=244$), 80% a los 720 días ($n=164$) y 66% a los 1080 días ($n=102$). En CU, la persistencia fue del 97% a los 180 días ($n=199$), 94% a los 360 días ($n=176$), 81% a los 720 días ($n=114$) y 66% a los 1080 días ($n=73$). En EC, la persistencia fue del 94% a los 180 días ($n=106$), 92% a los 360 días ($n=68$), 79% a los 720 días ($n=50$) y 64% a los 1080 días ($n=29$) (Figura 1).

Conclusiones

En esta cohorte, la persistencia con VDZ dentro del PSP fue alta durante el primer año y disminuyó gradualmente durante el seguimiento, descendiendo hasta aproximadamente dos tercios a los 1080 días. La persistencia fue comparable entre los pacientes con CU y EC. Estos resultados refuerzan la evidencia para informar la toma de decisiones terapéuticas en pacientes con EII en Colombia.

Adherencia vs acceso: barreras estructurales para la continuidad terapéutica en enfermedad inflamatoria intestinal

Viviana Parra Izquierdo^{1,2}, Ginary Orduz Díaz¹, Laura Vanessa Granados Mantilla¹, Carlos Augusto Cuadros¹, Cristian Fabián Flórez^{1,2}, Vanessa Durán¹, Federico Francisco Coelli¹, Manuel Ardila Báez¹, Juan Javier Acevedo¹, Juan Frías Ordoñez^{1,3}

¹ Centro de Excelencia en Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital Internacional de Colombia, Bucaramanga, Colombia

² Grupo de Inmunología Celular y Molecular InmuBo, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

³ Grupo de Investigación Especialidades Médico-Quirúrgicas, Fundación Cardiovascular de Colombia, Bucaramanga, Colombia

Modalidad: poster

N.º Póster: 92

Antecedentes

La adherencia al tratamiento constituye uno de los principales determinantes del control clínico y la prevención de complicaciones en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Tradicionalmente, el fracaso terapéutico se ha atribuido a conductas del paciente como el olvido o la suspensión voluntaria del tratamiento. Sin embargo, en sistemas de salud fragmentados, característicos de múltiples países de Latinoamérica, las barreras administrativas y las dificultades en el acceso oportuno a medicamentos pueden desempeñar un papel determinante en la continuidad terapéutica. La evidencia epidemiológica regional sobre la magnitud de estos factores estructurales es aún limitada.

Objetivo

Evaluar los factores asociados a la adherencia al tratamiento y las barreras de acceso a medicamentos en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en un contexto de práctica clínica real.

Metodología

Se realizó un estudio transversal analítico en pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad de Crohn o colitis ulcerativa pertenecientes a una cohorte institucional. Se aplicó una encuesta estructurada mediante plataforma digital que evaluó conductas de adherencia terapéutica, barreras de acceso al medicamento, carga administrativa, creencias relacionadas con el tratamiento y estado emocional. A partir de una cohorte marco de 208 pacientes, se seleccionó aleatoriamente una muestra de 56 pacientes con encuestas completamente diligenciadas. Las variables categóricas se describieron mediante proporciones con intervalos de confianza del 95% calculados mediante el método de Wilson. Se evaluó la asociación entre barreras de acceso y suspensión del tratamiento mediante prueba de chi cuadrado, estimando razones de disparidad (odds ratio) con sus respectivos intervalos de confianza.

Resultados

La adherencia conductual reportada por los pacientes fue globalmente alta. El 89.3% de los participantes refirió un nivel de adherencia autopercebida igual o superior a 8 en una escala de 0 a 10 (IC95% 78.5–95.0). El olvido del medicamento durante el último mes fue reportado por el 23.2% de los pacientes (IC95% 14.1–35.8), mientras que la suspensión voluntaria del tratamiento por mejoría clínica o por temor a efectos adversos fue poco frecuente. En contraste, las barreras relacionadas con el acceso al medicamento fueron altamente prevalentes. El 62.5% de los pacientes reportó retrasos en la entrega del tratamiento (IC95% 49.4–73.9), el 53.6% refirió dificultades en la autorización oportuna por parte del asegurador (IC95% 40.7–66.0) y el 46.4% manifestó haber tenido que adquirir el medicamento con recursos propios en algún momento del tratamiento (IC95% 34.0–59.3). Adicionalmente, el 35.7 % de los pacientes reportó haber suspendido el tratamiento debido a la no

entrega oportuna del mismo (IC95 % 24.5–48.8). Se observó una asociación significativa entre los retrasos en la dispensación del medicamento y la suspensión terapéutica. La proporción de suspensión del tratamiento fue del 48.6 % en los pacientes que experimentaron retrasos, en comparación con el 14.3 % en aquellos sin retrasos, lo que correspondió a una razón de disparidad de 5.7 (IC95 % 1.4–22.8; $p = 0.021$).

Conclusiones

En esta cohorte de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, la adherencia conductual reportada fue elevada, mientras que las barreras estructurales relacionadas con el acceso al medicamento fueron frecuentes y se asociaron significativamente con la suspensión del tratamiento. Estos hallazgos sugieren que, en contextos latinoamericanos, la discontinuidad terapéutica puede estar determinada en mayor medida por factores del sistema de salud que por el comportamiento del paciente. Las estrategias dirigidas a mejorar los desenlaces clínicos en EII deben priorizar intervenciones orientadas a garantizar el acceso oportuno y continuo a terapias inmunomoduladoras y biológicas, así como la optimización de los procesos administrativos y de autorización.

Anexos

Tabla 1. Conductas de adherencia terapéutica en pacientes con EII (n = 56)

Variable	n	%	IC 95 %
Adherencia autopercebida $\geq 8/10$	50	89,3	78,5 - 95,0
Olvido del medicamento último mes	13	23,2	14,1 - 35,8
Suspensión voluntaria por mejoría	5	8,9	3,9 - 18,9
Suspensión por efectos adversos / temor	7	12,5	6,2 - 23,6
Cualquier conducta de no adherencia	17	30,4	19,8 - 43,6

Tabla 2. Barreras de acceso al tratamiento y continuidad terapéutica

Variable	n	%	IC 95 %
Retrasos en entrega del medicamento	35	62,5	49,4 - 73,9
No autorización oportuna	30	53,6	40,7 - 66,0
Compra del medicamento con recursos propios	26	46,4	34,0 - 59,3
Suspensión por no entrega oportuna	20	35,7	24,5 - 48,8

Más allá del nivel promedio: alta variabilidad intraindividual de anti-TNF se asocia con mayor uso de esteroides en EII

Viviana Parra Izquierdo^{1,2,3}, Ginary Orduz Díaz¹, Laura Vanessa Granados Mantilla¹, Carlos Augusto Cuadros¹, Cristian Fabián Flórez^{1,2}, Vanessa Durán¹, Federico Francisco Coelli¹, Manuel Ardila Báez¹, Juan Javier Acevedo¹, Juan Frías Ordoñez^{1,3}

¹ Centro de Excelencia en Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital Internacional de Colombia, Bucaramanga, Colombia

² Grupo de Inmunología Celular y Molecular InmuBo, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

³ Grupo de Investigación Especialidades Médico-Quirúrgicas, Fundación Cardiovascular de Colombia, Bucaramanga, Colombia

Modalidad: poster

N.º Póster: 93

Antecedentes

El monitoreo terapéutico de anti-TNF en enfermedad inflamatoria intestinal (EII) suele centrarse en concentraciones puntuales o promedio. Sin embargo, esta aproximación puede no captar oscilaciones relevantes de exposición relacionadas con variabilidad farmacocinética, adherencia irregular, cambios en los intervalos de dosificación o inmunogenicidad emergente. La variabilidad intraindividual de niveles, expresada como coeficiente de variación (CV%), podría aportar información adicional sobre la estabilidad de la exposición al fármaco y su relación con desenlaces clínicos.

Objetivo

Explorar la asociación entre la variabilidad intraindividual de niveles anti-TNF y desenlaces clínicos en pacientes con EII.

Metodología

Estudio longitudinal en pacientes con EII tratados con anti-TNF y mediciones seriadas de niveles séricos durante inducción, a los 3 meses y a los 6 meses. La exposición principal fue la variabilidad intraindividual de niveles, estimada mediante coeficiente de variación (CV%). Para el análisis exploratorio, los pacientes se clasificaron en baja variabilidad (CV < 80%) y alta variabilidad (CV ≥ 80%), clínico, uso de esteroides, cambio de terapia y presencia de anticuerpos.

Resultados

Se incluyeron 21 pacientes con tres mediciones seriadas de niveles anti-TNF. Las concentraciones mostraron amplia dispersión en cada punto temporal: 14.23 ± 14.90 µg/mL en inducción, 12.10 ± 9.80 µg/mL a los 3 meses y 11.50 ± 9.48 µg/mL a los 6 meses. Al estratificar según variabilidad intraindividual, los pacientes con alta variabilidad presentaron mayor frecuencia de uso de esteroides en comparación con aquellos con baja variabilidad (50% vs 10%; OR 9.0; p=0.04). Asimismo, se observó una mayor proporción de brote clínico en el grupo de alta variabilidad (60% vs 20%; OR 6.0; p=0.08). No se identificaron asociaciones significativas con cambio de terapia ni presencia de anticuerpos.

Conclusiones

La inestabilidad en la exposición a anti-TNF, más que el nivel aislado o promedio, podría identificar pacientes con mayor vulnerabilidad clínica. En esta cohorte, una alta variabilidad intraindividual se asoció con mayor uso de esteroides y una tendencia a más brotes, lo que posiciona al CV% como un biomarcador complementario prometedor para optimizar la monitorización terapéutica en EII.

Anexos

Tabla 1. Distribución de concentraciones séricas según momento de medición

Momento	n	Media (µg/mL)	DE	Mediana	RIC	Mín-Máx	CV %
Inducción (pre-3ª dosis)	21	14,23	14,90	11,5	5,1 - 16,8	0,2 - 64,4	104,7
Mantenimiento 3 meses	21	12,10	9,80	10,4	7,1 - 14,1	0,3 - 41,2	81,0
Mantenimiento 6 meses	21	11,50	9,48	10,2	6,1 - 13,5	0,2 - 38,9	82,4

Tabla 2. Hipótesis analítica: variabilidad de niveles y desenlaces clínicos

Variable	Baja variabilidad (CV < 80 %) n (%)	Alta variabilidad (CV ≥ 80 %) n (%)	OR exploratorio	Valor p
Brote clínico	2 (20 %)	6 (60 %)	6,0	0,08
Uso de esteroides	1 (10 %)	5 (50 %)	9,0	0,04
Cambio de terapia	2 (20 %)	4 (40 %)	2,7	0,28
Presencia de anticuerpos	1 (10 %)	3 (30 %)	3,9	0,22

Enfermedad inflamatoria intestinal de inicio muy temprano como mimetizadora de inmunodeficiencias primarias: cuando la genética redefine el diagnóstico

Diana Paola Sánchez Hernández¹, Sara Vallejo Tamayo²

¹ Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

² Universidad CES, Medellín, Colombia

Modalidad: poster

N.º Póster: 94

Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal de inicio muy temprano (VEO-IBD) puede corresponder a inmunodeficiencias primarias (IDP), generando retrasos diagnósticos y terapias inadecuadas.

Objetivo

Evaluar el impacto del estudio genético en enfermedad temprana y refractaria.

Metodología

Serie de casos con revisión clínica, analítica, endoscópica y secuenciación genética (exoma/genoma).

Resultados

Tres pacientes presentaron inflamación intestinal temprana, severa y atípica. Un niño con inicio a los 4 años desarrolló diarrea refractaria, falla de medro, compromiso mucocutáneo y artritis, sin respuesta a azatioprina ni anti-TNF. El exoma identificó mutación en FOXP3 (IPEX). Llevado a trasplante de células madre hematopoyéticas como única opción curativa y fallece por complicación infecciosa.

Dos hermanos (6 y 9 años) con fenotipo tipo Crohn presentaron pancolitis, anemia severa, enfermedad perianal fistulizante, eritema nodoso, artritis e infecciones recurrentes, refractarios a múltiples biológicos. El genoma identificó mutaciones en XIAP (XLP2), lo que motivó suspensión de tiopurinas y remisión a trasplante. Se identificaron patrones comunes: inicio precoz, compromiso multisistémico, infecciones, agregación familiar y refractariedad terapéutica.

Conclusiones

La VEO-IBD puede representar una IDP. Ante enfermedad temprana y refractaria, el estudio genético debe ser precoz, ya que redefine diagnóstico y tratamiento.

Utilidad del monitoreo proactivo de anti-TNF en EII en práctica real: impacto en la toma de decisiones clínicas

Viviana Parra Izquierdo^{1,2,3}, Ginary Orduz Díaz¹, Laura Vanessa Granados Mantilla¹, Carlos Augusto Cuadros¹, Cristian Fabián Flórez^{1,2}, Vanessa Durán¹, Federico Francisco Coelli¹, Manuel Ardila Báez¹, Juan Javier Acevedo¹, Juan Frías Ordoñez^{1,3}

¹ Centro de excelencia en Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital Internacional de Colombia, Bucaramanga, Colombia

² Grupo de Inmunología Celular y Molecular InmuBo, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

³ Grupo de Investigación Especialidades Médico Quirúrgicas, Fundación Cardiovascular de Colombia, Bucaramanga, Colombia

Modalidad: poster

N.º Póster: 95

Antecedentes

El monitoreo terapéutico de medicamentos (TDM) proactivo consiste en la medición programada de concentraciones séricas del biológico y anticuerpos antimedicación, con ajuste de dosis independientemente de la actividad clínica. La evidencia reciente cuestiona su utilidad universal en inducción, mientras que en mantenimiento el beneficio parece más plausible, sobre todo con infliximab intravenoso. En este contexto, los datos de vida real pueden aportar información relevante sobre el rendimiento clínico del TDM más allá de los desenlaces clásicos de remisión, particularmente en términos de detección de exposición subóptima, inmunogenicidad y decisiones terapéuticas accionables.

Objetivo

Evaluar el impacto clínico del monitoreo proactivo de niveles terapéuticos de anti-TNF durante inducción y mantenimiento en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo, de cohorte retrospectiva, basado en la revisión de 22 pacientes con EII sometidos a TDM de anti-TNF. Se registraron sexo, diagnóstico, biológico utilizado, niveles séricos antes de la tercera dosis de inducción, a los 3 meses y a los 6 meses de mantenimiento, presencia de anticuerpos, tipo de falla y conducta terapéutica posterior. El análisis se presenta con estadística descriptiva: frecuencias absolutas y relativas, IC95% para proporciones, y media, desviación estándar, mediana, rango intercuartílico y rango para variables continuas. Debido a que la salida disponible corresponde a tablas agregadas de SPSS y no a la base pareada por paciente, no se realizó comparación longitudinal inferencial entre los tres tiempos.

Resultados

Se incluyeron 22 pacientes; 12/22 fueron mujeres (54.5%; IC95% 34.7–73.1). La mayor parte recibió infliximab (17/22, 77.3%; IC95% 56.6–89.9), mientras que 5/22 recibieron adalimumab (22.7%; IC95% 10.1–43.4). Los niveles antes de la tercera dosis de inducción estuvieron disponibles en 21 pacientes y mostraron marcada dispersión: media 14.23 µg/mL (IC95% 7.45–21.02), DE 14.90, mediana 11.5, RIC 5.1–16.8, rango 0.2–64.4. A los 3 meses de mantenimiento, la media fue 12.10 µg/mL (IC95% 7.64–16.55), DE 9.80, mediana 10.4, RIC 7.1–14.1, rango 0.3–41.2. A los 6 meses, la media fue 11.50 µg/mL (IC95% 7.18–15.82), DE 9.48, mediana 10.2, RIC 6.1–13.5, rango 0.2–38.9. Se detectaron anticuerpos antimedicación en 4/22 pacientes (18.2%; IC95% 7.3–38.5). La falla primaria ocurrió en 2/22 (9.1%; IC95% 2.5–27.8) y la falla secundaria en 2/22 (9.1%; IC95% 2.5–27.8).

El TDM proactivo condujo a aumento de dosis en 5/22 pacientes (22.7%; IC95% 10.1–43.4), disminución de dosis en 4/22 (18.2%; IC95% 7.3–38.5), cambio de terapia en 4/22 (18.2%; IC95% 7.3–38.5), observación en 1/22

(4.5%; IC95% 0.8–21.8) y ausencia de cambios en 8/22 (36.4%; IC95% 19.7–57.0). En conjunto, se documentó una intervención terapéutica activa en 13/22 pacientes (59.1%). El cambio de mecanismo de acción ocurrió en 4/22 pacientes (18.2%; IC95% 7.3–38.5).

Conclusiones

En esta cohorte de vida real, el TDM proactivo de anti-TNF durante inducción y mantenimiento identificó variabilidad farmacocinética marcada y condujo a decisiones terapéuticas accionables en más de la mitad de los pacientes. Más que demostrar beneficio universal, estos datos sugieren que el valor del TDM proactivo radica en detectar tempranamente exposición extrema, inmunogenicidad y necesidad de optimización o cambio terapéutico.

Anexos

Tabla 1. Perfil farmacocinético de anti-TNF según momento de medición

Momento de medición	n	Media (µg/mL)	DE	IC 95 % de la media	Mediana	RIC	Mín - Máx
Antes de 3ª dosis (inducción)	21	14,23	14,90	7,45 - 21,02	11,5	5,1 - 16,8	0,2 - 64,4
3 meses de mantenimiento	21	12,10	9,80	7,64 - 16,55	10,4	7,1 - 14,1	0,3 - 41,2
6 meses de mantenimiento	21	11,50	9,80	7,18 - 15,82	10,2	6,1 - 13,5	0,2 - 38,9

Tabla 2. Conducta terapéutica posterior al TDM proactivo

Conducta clínica	n	%	IC 95 %
Aumento de dosis	5	22,7	10,1 - 43,4
Reducción de dosis	4	18,2	7,3 - 38,5
Cambio de terapia (switch)	4	18,2	7,3 - 38,5
Observación	1	4,5	0,8 - 21,8
Sin cambios	8	36,4	19,7 - 57,0

Tuberculosis ganglionar en paciente con enfermedad de Crohn bajo terapia biológica pese a tamizaje previo negativo: reporte de caso

Gloria María Russell Velázquez¹, Ivelisse Liliana Jiménez Pérez¹

¹ CEDIMAT

Modalidad: poster

N.º Póster: 96

Antecedentes

El uso de agentes biológicos en enfermedad inflamatoria intestinal ha mejorado significativamente los desenlaces clínicos; sin embargo, se asocia a un mayor riesgo de infecciones oportunistas, incluyendo reactivación de tuberculosis latente, incluso tras tamizaje inicial negativo.

Objetivo

Describir un caso de tuberculosis ganglionar en un paciente con enfermedad de Crohn bajo tratamiento inmunosupresor a pesar de tamizaje previo negativo, y resaltar la importancia de la vigilancia clínica continua.

Metodología

Reporte de caso clínico y revisión de la literatura.

Resultados

Masculino de 41 años con enfermedad de Crohn (A1L1P) diagnosticada hace 10 años, en tratamiento con azatioprina e infliximab, con última dosis 6 meses previos al inicio del cuadro. Contaba con tamizaje previo negativo para tuberculosis. Consultó por fiebre persistente con evolución atípica. Endoscopia sin actividad inflamatoria. TAC evidenció adenopatías mediastínicas y nódulo pulmonar. Quantiferon positivo, GeneXpert negativo. Biopsia ganglionar con granulomas necrotizantes y bacilos ácido-alcohol resistentes, confirmando tuberculosis ganglionar.

Conclusiones

La tuberculosis extrapulmonar debe considerarse en pacientes con enfermedad de Crohn bajo inmunosupresión con fiebre persistente, incluso en presencia de diagnósticos concomitantes. Un tamizaje negativo no excluye el riesgo de tuberculosis en pacientes bajo terapia biológica, por lo que se requiere vigilancia continua durante el tratamiento.

Anexos



Figura 1. Conglomerados de adenopatías a nivel mediastinal anterior retro esternal, latero traqueal derecho superior, y latero traqueal derecho inferior.

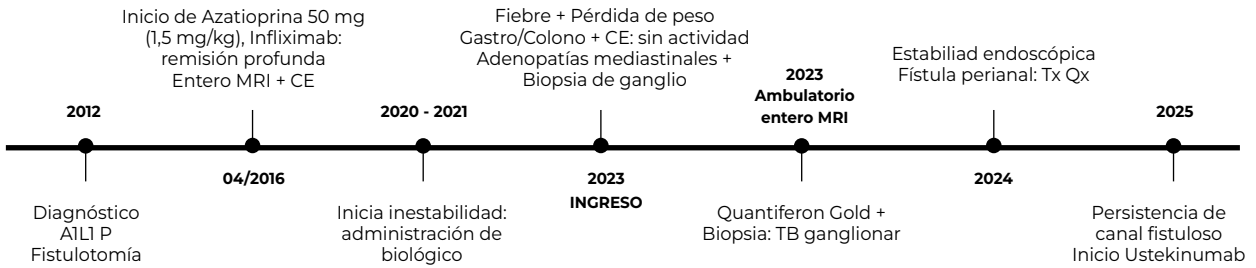


Figura 2. Línea de Tiempo

Factores asociados y características de pacientes con enfermedad de Crohn en un centro de referencia en República Dominicana (2015–2023)

Gloria María Russell Velázquez¹, Sócrates Bautista Martínez²

¹ CEDIMAT
² Radioclinic

Modalidad: poster

N.º Póster: 97

Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal ha incrementado su incidencia en América Latina en las últimas décadas. En la República Dominicana, la enfermedad de Crohn (EC) representa una proporción importante de estos casos; sin embargo, la caracterización epidemiológica local es limitada.

Objetivo

Describir las características sociodemográficas y evaluar factores asociados en pacientes con enfermedad de Crohn en un centro de referencia durante el período 2015–2023.

Metodología

Estudio observacional, retrospectivo y de corte transversal en 81 pacientes con diagnóstico de EC. Los datos fueron obtenidos de registros institucionales y entrevistas telefónicas estructuradas. Se analizaron variables sociodemográficas y factores clínicos, incluyendo tabaquismo, antecedentes familiares, dieta, uso de AINES/antibióticos, apendicectomía, dislipidemia, anemia y zona de residencia. Se realizó análisis descriptivo y de asociación mediante chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher, con cálculo de odds ratio (OR) e intervalos de confianza al 95%, utilizando Jamovi.

Resultados

El 55.6% correspondió al sexo masculino. La mediana de edad al diagnóstico fue de 27 años (rango 20–70), con predominio en el grupo de 20–29 años (69.1%). Se observó una asociación significativa entre el grupo etario de 20–29 años y la EC (OR 3.2; IC95%: 1.20–8.55; $p = 0.018$). El mayor número de diagnósticos ocurrió en 2021 (18.5%). El 84.0% residía en zonas urbanas. Entre los factores evaluados, se identificaron antecedentes familiares de EC en 9.9%, tabaquismo en 4.9%, uso de AINES/antibióticos en 16.0%, apendicectomía en 12.3%, dislipidemia en 6.2% y anemia en 33.3%. No se observaron asociaciones estadísticamente significativas para estos factores.

Conclusiones

La EC en esta cohorte se presenta predominantemente en adultos jóvenes, con asociación significativa en el grupo de 20–29 años y predominio masculino. La alta frecuencia de residencia urbana y la presencia de múltiples factores clínicos sugieren un posible papel de determinantes ambientales y de estilo de vida.

Debido al diseño del estudio y la ausencia de grupo control, estos hallazgos deben interpretarse como asociaciones, por lo que se requieren estudios analíticos prospectivos para confirmar factores de riesgo en esta población.

Anexos

Tabla 1. Relación de los factores de riesgo con el sexo de los pacientes de 20 a 70 años con Enfermedad de Crohn durante el periodo 2015-2023.

Factores de riesgo	Masculino (n=45)	Femenino (n=36)	Valor de P	OR	IC 95%
Grupos de Edades					
20-29 años	36(44.4%)	20(24.7%)	0.018*	3.20	1.20-8.55
30-39 años	6(7.4%)	11(13.6%)	0.059*	0.350	0.115-1.07
40-49 años	1(1.2%)	0	1.000**	2.46	0.0973-62.2
50-59 años	2(2.5%)	3(3.7%)	0.651**	0.512	0.0808-3.24
60-70 años	0	2(2.5%)	0.194**	0.152	0.00705-3.26
Antecedentes familiares					
De EC	4(4.9%)	4(4.9%)	1.000**	0.780	0.181-3.36
Otros antecedentes	2(2.5%)	2(2.5%)	1.000**	0.791	0.106-5.91
Zona de residencia					
Urbana	38(46.9%)	30(37.0%)	0.892*	0.921	0.280-3.03
Rural	4(4.9%)	5(6.2%)	0.501**	0.605	0.150-2.44
Costera	3(3.7%)	1(1.2%)	0.422*	2.50	0.249-25.1
Hábitos tóxicos					
Tabaquismo	3(3.7%)	1(1.2%)	0.625**	2.50	0.249-25.1
Fibra dietética	22(27.2%)	19(23.5%)	0.728*	0.856	0.356-2.06
Historia Medica					
Apendicectomía	5(6.2%)	5(6.2%)	0.706*	0.775	0.206-2.92
Antibióticos y/o AINES	7(8.6%)	6(7.4%)	0.892*	0.921	0.280-3.03
Dislipidemia	3(3.7%)	2(2.5%)	1.000**	1.21	0.192-7.69
Anemia	12(14.8%)	15(18.5%)	0.155*	0.509	0.200-1.30

EC = enfermedad de Crohn, AINES = medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, OR = odds ratio o razón de momios. IC = intervalo de confianza, *chi-cuadrada, **Prueba exacta de Fisher

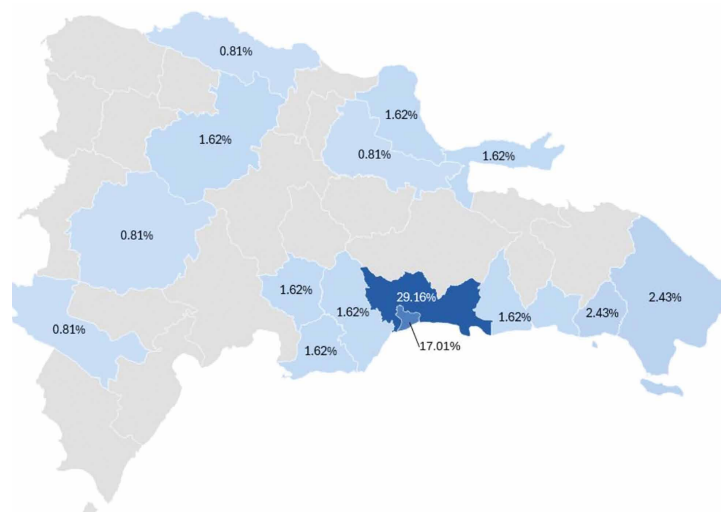


Figura 1. Provincia de procedencia de los pacientes de 20 a 70 años de edad diagnosticados con Enfermedad de Crohn durante el periodo 2015-2023.

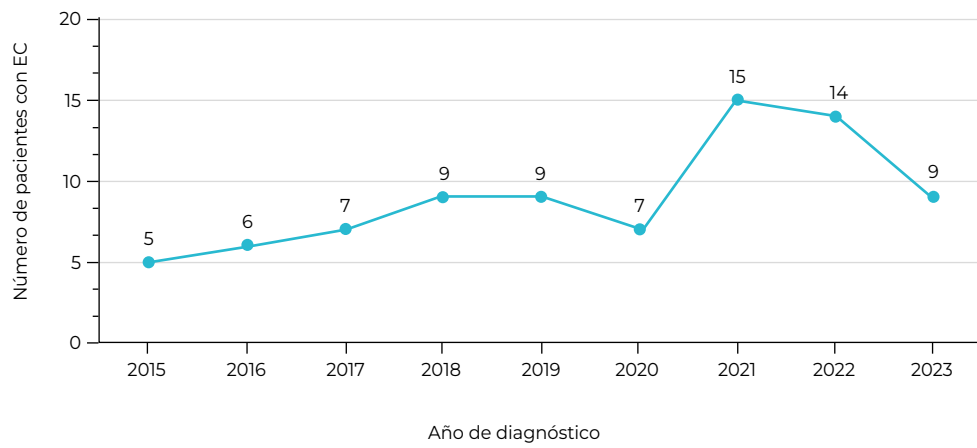


Figura 2. Pacientes de 20 a 70 años de edad en RadioClinic diagnosticados con enfermedad de Crohn por año durante el periodo 2015-2023.

Colitis ulcerosa en menores de 30 años: revisión de 28 casos diagnosticados en el laboratorio de patología Contreras Robledo, Clínica Universitaria Unión Médica de 2020 a 2025

Verónica Lockward Grullón¹, Carolin Peña Marmolejos¹, Salma Sánchez Fernández¹, María Robledo²

¹ Clínica Universitaria Unión Médica del Norte

² Laboratorio de Patología Contreras Robledo

Modalidad: poster

N.º Póster: 98

Antecedentes

La Colitis Ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica con un curso clínico que en ocasiones puede ser impredecible con periodos de recaídas y remisiones. Presenta un inicio frecuente en adultos jóvenes, con un segundo pico en adolescencia. En menores de 30 años, puede tener características clínicas y topográficas diferentes a las de adultos mayores. Existe escasa información local sobre el comportamiento de la CU en población joven en República Dominicana.

Justificación

Caracterizar esta población para optimizar el diagnóstico oportuno, seguimiento y estrategias de vigilancia.

Objetivo

Objetivo general: Caracterizar los casos de Colitis Ulcerosa en menores de 30 años, diagnosticados en el Laboratorio de Patología Contreras Robledo.

Objetivos específicos:

- Variables epidemiológicas (edad, sexo)
- Variables topográficas (localización de la enfermedad)

Metodología

Diseño: Estudio retrospectivo observacional

Población: Pacientes <30 años con diagnóstico histopatológico de CU

Periodo: 2020–2025

Lugar: Laboratorio de Patología Contreras Robledo, Clínica Universitaria Unión Médica

Criterios de exclusión:

- Pacientes mayores de 30 años
- Casos reclasificados como enfermedad de Crohn o colitis indeterminada

Variables analizadas:

- Edad (estratificada: <18, 18–24, 25–30 años)
- Sexo
- Localización (recto, colon izquierdo, derecho, pancolitis)

Resultados

Total: 28 pacientes

Sexo:

- Masculino: 60.7%
- Femenino: 39.3%

Edad media: 17 años

- <18 años: 42.8%
- 18–24 años: 46.4%
- 25–30 años: 10.7%

Topografía:

- Pancolitis: 26%
- Recto aislado: 10.7%
- Colon izquierdo: 11%
- Sin datos: 50%

Displasia:

- 1 caso (en <18 años)

Comportamiento:

- Inicio temprano y distribución anatómica variable

Conclusiones

Observamos que la CU en menores de 30 años presenta un inicio temprano con una edad media de 17 años, con predominio del sexo masculino y una tendencia a la enfermedad extensa, lo que demuestra que incluso en edades tempranas, puede existir displasia, obligando a una vigilancia individualizada desde fases iniciales. Estos hallazgos son consistentes con la literatura y refuerzan la importancia del diagnóstico precoz.

Anexos

Tabla 1. Distribución por edad

Grupo	Casos	%
< 18	12	42,8 %
18 - 24	13	46,4 %
25 - 30	3	10,7 %

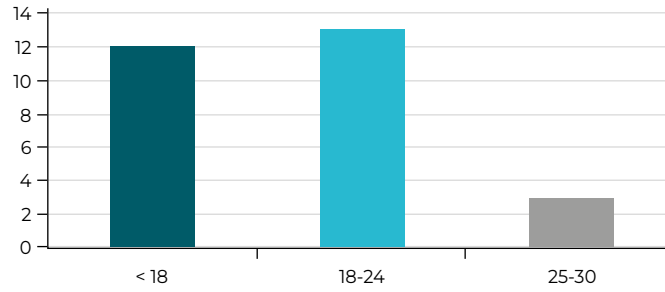
Tabla 2. Distribución por sexo

Sexo	Casos	%
Masculino	17	60,7 %
Femenino	11	39,3 %

Tabla 3. Distribución topográfica

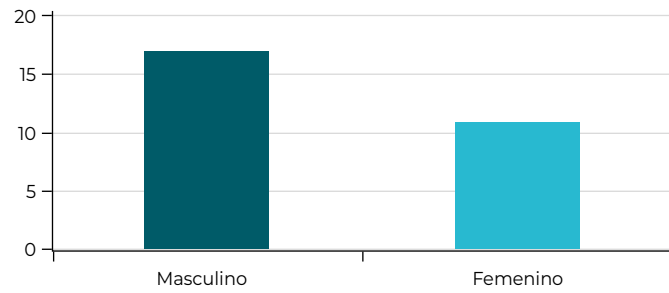
Localización	Casos	%
Pancolitis	8	26 %
Recto	3	10,7 %
Colon izquierdo	3	11 %
Sin datos	14	50 %

fuentes: datos obtenidos del estudio > colitis ulcerosa en menores de 30 años, laboratorio de patología Contrera Robledo, Clínica Universitaria Union Medica 2020-2025



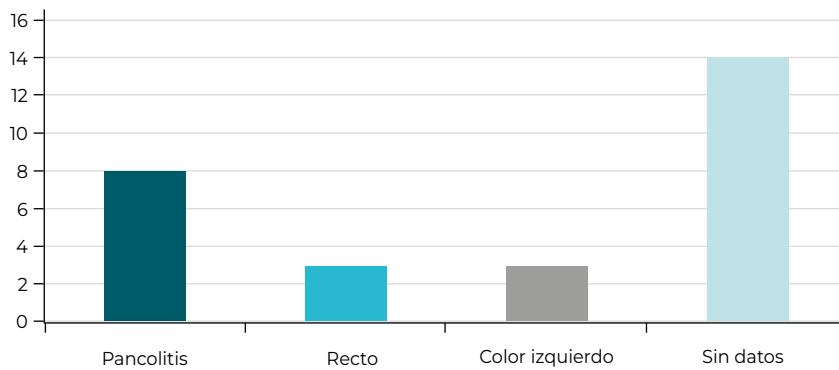
Fuente: datos del estudio

Figura 1. Distribución por edad



Fuente: datos del estudio

Figura 2. Distribución por sexo



Fuente: datos del estudio

Figura 3. Distribución topográfica

Impacto del Envejecimiento, la Inmunosenescencia y el Inflammaging en el Fenotipo Clínico de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal: Datos del Registro Nacional Brasileño de EII (GEDIIB)

Rafael Luis Luporini¹, Rogério Serafim Parra², José Miguel Luz Parente³, Ligia Yukie Sasaki⁴, Renata de Sá Brito Froes⁵, Roberto Luiz Kaiser Jr⁶, Mikael Alexandre Gouvea Faria⁶, Gilmar Pandolfo Zabo⁷, Adriana Ribas Andrade⁸, Eduardo Garcia Vilela⁹

¹ Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Department of Surgery, São Carlos, Brazil

² University of São Paulo, Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, Department of Surgery and Anatomy, Ribeirão Preto, Brazil

³ University Hospital, Federal University of Piauí, Department of General Medicine, Teresina, Brazil

⁴ São Paulo State University (UNESP), Medical School, Department of Internal Medicine, Botucatu, Brazil

⁵ Gastromed, Gastroenterology and Endoscopy, Rio de Janeiro, Brazil

⁶ Kaiser Clinic, Department of Surgery, São José do Rio Preto, Brazil

⁷ Hospital Moinhos de Vento, Department of Coloproctology, Porto Alegre, Brazil

⁸ Hospital Geral Roberto Santos, Department of Gastroenterology, Salvador, Brazil

⁹ Universidade Federal de Minas Gerais, Department of Gastroenterology, Belo Horizonte, Brazil

Modalidad: poster

N.º Póster: 99

Antecedentes

El envejecimiento modifica las respuestas inmunitarias a través de la inmunosenescencia y el inflammaging, mecanismos que pueden alterar la presentación, las complicaciones y los patrones de tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Este estudio tuvo como objetivo evaluar las diferencias clínicas y terapéuticas entre pacientes ancianos (≥ 65 años) y no ancianos (< 65 años) Nacional de Pacientes com Doença Inflamatória Intestinal – GEDIIB (Registro Nacional Brasileño de EII).

Objetivo

Evaluar las diferencias clínicas y terapéuticas entre pacientes ancianos (≥ 65 años) con enfermedad inflamatoria intestinal incluidos en el Registro Nacional Brasileño de EII (GEDIIB).

Metodología

Se realizó un análisis transversal que incluyó a 4.419 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) del Registro GEDIIB. Los pacientes fueron estratificados por grupo etario (ancianos ≥ 65 años y no ancianos < 65 años). Se analizaron datos demográficos, diagnóstico (colitis ulcerosa vs enfermedad de Crohn), manifestaciones iniciales, características extraintestinales, comportamiento fistulizante (solo en enfermedad de Crohn), comorbilidades, complicaciones y clases de tratamiento. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante la prueba t de Student para variables continuas y la prueba exacta de Fisher para variables categóricas. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados

De los 4.419 pacientes con EII, 196 (4,4 %) tenían ≥ 65 años. En comparación, los individuos ancianos presentaron una menor proporción de enfermedad de Crohn (43,4 % vs 54,6 %, $p = 0,013$); entre los pacientes con enfermedad de Crohn, menos fístulas (9,8 % vs 26,1 %, $p < 0,001$); y menor frecuencia de manifestaciones extraintestinales (reumatólogicas: 10,7 % vs 20,1 %).

Conclusiones

Los pacientes ancianos con EII presentaron un fenotipo más leve de enfermedad de Crohn, con menor comportamiento fistulizante y menor compromiso extraintestinal, aunque con una mayor carga de comorbilidades sistémicas. Estos hallazgos son consistentes con la remodelación inmunológica asociada a la inmunosenescencia y al inflammaging, que atenúan las respuestas inflamatorias adaptativas mientras potencian la inflamación sistémica crónica. El reconocimiento de estos mecanismos es esencial para el desarrollo de estrategias terapéuticas individualizadas y la mejora de los resultados en la población envejecida con EII.

Prevalencia y Características Clínicas de las Manifestaciones Extraintestinales Reumatológicas: Datos del Registro Nacional Brasileño de Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Rogério Serafim Parra¹, Rafael Luis Luporini², José Miguel Luz Parente³, Ligia Yukie Sasaki⁴, Renata de Sá Brito Fróes⁵, Roberto Luiz Kaiser Jr⁶, Mikael Alexandre Gouvea Faria⁶, Gilmar Pandolfo Zabo⁷, Adriana Ribas Andrade⁸, Eduardo Garcia Vilela⁹

¹ University of São Paulo, Ribeirão Preto, Brazil

² Universidade Federal de São Carlos, Brazil

³ Federal University of Piauí, Brazil

⁴ UNESP Medical School, Brazil

⁵ Gastromed, Brazil

⁶ Kaiser Clinic, Brazil

⁷ Hospital Moinhos de Vento, Brazil

⁸ Hospital Geral Roberto Santos, Brazil

⁹ Universidade Federal de Minas Gerais, Brazil

Modalidad: poster

N.º Póster: 100

Antecedentes

Las manifestaciones extraintestinales (MEI) reumatológicas son las manifestaciones extraintestinales más frecuentes de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), sin embargo, los datos provenientes de América Latina siguen siendo escasos. En este estudio, nuestro objetivo fue evaluar la prevalencia, las características clínicas y los factores asociados a las MEI reumatológicas en una gran cohorte multicéntrica brasileña de pacientes con EII.

Objetivo

Evaluar la prevalencia, las características clínicas y los factores asociados a las manifestaciones extraintestinales reumatológicas en una gran cohorte multicéntrica brasileña de pacientes con EII.

Metodología

Se realizó un análisis transversal de la base de datos CNP (Brasil, hasta septiembre de 2025), incluyendo a 4.627 pacientes diagnosticados con enfermedad de Crohn (EC), colitis ulcerosa (CU) o colitis no clasificada (IC). Los pacientes fueron estratificados en dos grupos: aquellos con manifestaciones reumatológicas y aquellos sin ellas. Se compararon las características clínicas, el subtipo de EII, la edad al diagnóstico, los síntomas gastrointestinales y la presencia de otras MEI (dermatológicas, oftalmológicas, hepatobiliares, nefrológicas, trombóticas y otras) entre los grupos. Se calcularon odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC) y se utilizaron pruebas de chi-cuadrado para las comparaciones de variables categóricas.

Resultados

Las MEI reumatológicas se observaron en el 19,8% de los pacientes (n=917), distribuidas en 56,2% en enfermedad de Crohn, 43,3% en colitis ulcerosa y 0,5% en colitis no clasificada. La manifestación más frecuente fue la artritis/artralgia periférica (84,5%), seguida de sacroileítis/espondilitis anquilosante (15,2%) y artritis psoriásica (1,2%). Los pacientes con MEI reumatológicas fueron diagnosticados a una edad media significativamente mayor (36,8 vs 35,2 años, $p < 0,0001$), aunque la diferencia absoluta entre los grupos fue pequeña. Presentaron una mayor frecuencia de diarrea (64,1% vs 60,2%; OR 1,19; IC 95% 1,02–1,38), dolor abdominal (62,5% vs 56,8%;

OR 1,27; IC 95% 1,10–1,48) y sangrado rectal (44,3% vs 38,9%; OR 1,25; IC 95% 1,08–1,45). Las MEI reumatológicas se asociaron fuertemente con manifestaciones dermatológicas (OR 2,21; IC 95% 1,69–2,90), oftalmológicas (OR 4,40; IC 95% 2,92–6,64) y nefrológicas (OR 2,78; IC 95% 1,89–4,11).

Conclusiones

En esta gran cohorte brasileña de pacientes con EII, las MEI reumatológicas estuvieron presentes en aproximadamente una quinta parte de los pacientes, manifestándose predominantemente como artritis/artralgia periférica. Su presencia se asoció con una mayor carga de síntomas gastrointestinales y con un riesgo marcadamente elevado de MEI dermatológicas, oftalmológicas y nefrológicas concomitantes.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de un enfoque multidisciplinario e integrado en el manejo de pacientes con EII y respaldan la existencia de un fenotipo de agrupamiento de MEI en poblaciones latinoamericanas.

Asociación entre la limitación de la actividad física y la actividad clínica en pacientes con colitis ulcerosa

Kimberly Zacarías¹, Thania Vásquez¹

¹ IGSS

Modalidad: poster

N.º Póster: 101

Antecedentes

La actividad física se ha relacionado con beneficios clínicos en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, incluyendo mejor control de la inflamación y calidad de vida. No obstante, la propia enfermedad puede limitar la capacidad para realizar ejercicio debido a síntomas como fatiga, dolor abdominal o diarrea. La evidencia sobre la relación entre la limitación de la actividad física y la actividad clínica es aún limitada, especialmente en poblaciones locales, lo que justifica su evaluación.

Objetivo

Evaluar la asociación entre la actividad física, su limitación por la enfermedad y la actividad clínica en pacientes con EI.

Metodología

Estudio observacional, transversal y analítico en 22 pacientes con EI. Se evaluó la actividad clínica (remisión/leve vs moderada), la frecuencia de ejercicio (≥ 3 días/semana), la enfermedad y la limitación del ejercicio por síntomas. Se utilizaron tablas cruzadas y prueba de chi-cuadrado/Fisher, considerando significativo $p < 0.05$.

Resultados

Los pacientes que reportaron reducción de la actividad física presentaron mayor proporción de enfermedad moderada en comparación con aquellos sin reducción (58.3% vs 0%; $p = 0.003$). Asimismo, los pacientes que realizaban actividad física ≥ 3 días por semana se encontraban exclusivamente con enfermedad leve, mientras que el 50% de aquellos con menor frecuencia presentaron enfermedad moderada ($p = 0.015$). Los pacientes con síntomas que limitaban el ejercicio mostraron una mayor proporción de enfermedad moderada (50% vs 16.7%), sin alcanzar significancia estadística ($p = 0.095$).

Conclusiones

La reducción de la actividad física y la baja frecuencia de ejercicio se asocian significativamente con mayor actividad clínica en pacientes con EI. Estos hallazgos resaltan la importancia de promover la actividad física y considerar las limitaciones impuestas por la enfermedad en el manejo integral.

Anexos

Tabla 1. Factores asociados a actividad clínica en pacientes con colitis ulcerosa

Variable	Categoría	Remisión/Leve n (%)	Moderada n (%)	p valor
Reducción de actividad física	No	10 (100 %)	0 (0 %)	0,003
	Sí	5 (41,7 %)	7 (58,3 %)	
Frecuencia de ejercicio	< 3 días/semana	7 (50 %)	7 (50 %)	0,015
	≥ 3 días/semana	8 (100 %)	0 (0 %)	
Síntomas limitan ejercicio	No	10 (83,3 %)	2 (16,7 %)	0,095
	Sí	5 (50 %)	5 (50 %)	

Impacto de los síntomas depresivos en la actividad clínica en pacientes con colitis ulcerativa

Kimberly Zacarias¹, Thania Vásquez¹

¹ Universidad de San Carlos de Guatemala.

Modalidad: poster

N.º Póster: 102

Antecedentes

La colitis ulcerativa es una enfermedad crónica con curso variable, influenciada no solo por factores biológicos sino también psicosociales. Los síntomas depresivos son frecuentes en estos pacientes y se han asociado con mayor actividad de la enfermedad y peor evolución clínica. Sin embargo, la evidencia es limitada en contextos locales, lo que justifica evaluar esta relación en nuestra población.

Objetivo

Objetivo Evaluar el impacto de los síntomas depresivos en la actividad clínica en pacientes con colitis ulcerativa.

Metodología

Materiales y métodos Estudio transversal analítico en pacientes con colitis ulcerativa. La actividad clínica se definió según percepción del paciente (activa vs remisión). Los síntomas depresivos se evaluaron mediante el cuestionario PHQ-9, definiéndose como un puntaje ≥ 5 , y la depresión clínica Se registró el uso de terapia biológica. Se realizó análisis bivariado mediante chi-cuadrado y prueba exacta de Fisher, calculando odds ratio (OR) con intervalos de confianza al 95%.

Resultados

Resultados Se incluyeron 22 pacientes. La actividad clínica estuvo presente en el 72.7% de los casos. Los síntomas depresivos se identificaron en el 81.8% de los pacientes. La actividad clínica fue más frecuente en pacientes con síntomas depresivos en comparación con aquellos sin síntomas (77.8% vs 50.0%). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre síntomas depresivos y actividad clínica (OR 3.5; IC95% 0.36–33.3; $p=0.259$). Tampoco se evidenció asociación significativa entre depresión clínicamente relevante y actividad clínica ($p=0.856$), ni entre el uso de terapia biológica y la actividad clínica ($p=0.254$).

Conclusiones

Conclusiones Los síntomas depresivos mostraron una tendencia a mayor actividad clínica en pacientes con colitis ulcerativa, aunque sin alcanzar significancia estadística. Estos hallazgos sugieren un posible impacto de los factores psicosociales en la actividad de la enfermedad, por lo que se requieren estudios con mayor tamaño de muestra para confirmar esta asociación.

Anexos

Tabla 1. Características clínicas y resultados principales

Variable	n (%)
Total de pacientes	22 (100 %)
Actividad clínica	
Activa	16 (72,7 %)
Remisión	6 (27,3 %)
Síntomas depresivos (PHQ - 9 ≥ 5)	18 (81,8 %)
Depresión clínicamente relevante (PHQ - 9 ≥ 10)	8 (36,4 %)
Uso de terapia biológica	19 (86,4 %)

Disfunción sexual en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: evaluación mediante la escala de experiencia sexual de Arizona

Ariadnee Irma Reyna Arechiga¹, Alejandro Javier Torre de Leon¹, Angel Rodriguez Limon¹, Gloria Mayela Aguirre Garcia¹, Manuel Alejandro Martinez Vazquez¹

¹ ITESM

Modalidad: poster
Nº Póster: 103

Antecedentes

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) impacta significativamente la calidad de vida de los pacientes, incluyendo su función sexual.¹

A pesar de ello, la disfunción sexual sigue siendo un tema poco evaluado en esta población, especialmente en el contexto latinoamericano.^{2,3}

Objetivo

Determinar la prevalencia de disfunción sexual (DS) en pacientes mexicanos con EII mediante ASEX (Figura 1) y explorar su asociación con características clínicas como tipo de enfermedad, actividad inflamatoria y tiempo de evolución.

Metodología

Estudio observacional y transversal realizado entre mayo y diciembre de 2025 en el Centro Médico Zambrano Hellion. Se incluyeron pacientes >e 18 años con EII confirmada. Se para evaluar disfunción sexual. Se recolectaron variables demográficas, clínicas y de tratamiento, realizando análisis comparativos según tipo de EII, actividad y duración del diagnóstico.

Resultados

Se invitaron 61 pacientes, de los cuales 54 completaron la encuesta. La mediana de edad fue 32 años, con predominio femenino (64.8%). El 70% tenía colitis ulcerosa y 30% enfermedad de Crohn. La prevalencia de disfunción sexual (DS) fue del 27.7% (15 pacientes), ligeramente menor a lo reportado internacionalmente (29-77%). Se encontró asociación significativa entre sexo femenino y DS (OR 10.8; p=0.019). No se observaron diferencias según tipo de EII (p=0.74) ni según actividad inflamatoria, incluso con una tendencia inversa (mayor DS en remisión). La DS persiste en remisión, probablemente por factores psicológicos, imagen corporal y relacionales. El tamaño muestral reducido limita la potencia del estudio.

Conclusiones

La DS fue frecuente en pacientes con EII, con mayor prevalencia en mujeres, sin asociación con el tipo de enfermedad, actividad inflamatoria ni duración del diagnóstico. Estos resultados resaltan la necesidad de evaluar la esfera sexual en el manejo multidisciplinario de la EII. El uso de instrumentos breves como la escala ASEX permite un tamizaje temprano y referencia oportuna a especialistas, mejorando la calidad de vida.

Anexos

Tabla 1. Comparación entre actividad de la enfermedad de CU respecto a la DS.

Estado de la enfermedad	DS Si	DS No	Total	p
Activo	4 (19 %)	17	21	0,46
Remisión	6 (35,3 %)	11	17	
Total	10	28	38	

Comparación entre actividad de la enfermedad de CU respecto a la DS

Tabla 2. Comparación entre actividad de la EC respecto a la DS.

Estado de la enfermedad	DS Si	DS No	Total	p
Activo	1 (14,3 %)	6	7	0,3
Remisión	4 (44,4 %)	5	9	
Total	5	11	16	

Comparación entre actividad de la EC respecto a la DS

Para cada ítem, por favor, indique su nivel *global* durante la *última semana*, incluyendo *el día de hoy*.

1. ¿Cómo de fuerte es su deseo/impulso sexual?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Extremadamente fuerte	Muy fuerte	Algo fuerte	Algo débil	Muy débil	No deseo

2. ¿Con qué facilidad se excita fácilmente?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Extremadamente fácil	Muy fácil	Algo fácil	Algo difícil	Muy difícil	Nunca excitado/a

3a. Varones: ¿Puede alcanzar y mantener fácilmente una erección?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Extremadamente fácil	Muy fácil	Algo fácil	Algo difícil	Muy difícil	Nunca

3b. Mujeres: ¿Con qué facilidad su vagina se vuelve húmeda durante la actividad sexual?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Extremadamente fácil	Muy fácil	Algo fácil	Algo difícil	Muy difícil	Nunca

4. ¿Con qué facilidad alcanza el orgasmo?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Extremadamente fácil	Muy fácil	Algo fácil	Algo difícil	Muy difícil	Nunca alcanza el orgasmo

5. Sus orgasmos ¿son satisfactorios?

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
Extremadamente satisfactorios	Muy satisfactorios	Algo satisfactorios	Algo insatisfactorios	Muy insatisfactorios	No puede alcanzar el orgasmo

Figura 1. Escala de Experiencia Sexual Arizona (ASEX)

MicroARN como biomarcadores para el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal: una revisión sistemática de la literatura con metaanálisis

Laura Andrea Chacón Zambrano¹, Jhon Sebastián Patiño Rueda², Edwin Mauricio Ospina Burbano¹, Paola Andrea Niño Muñoz¹, Natalia Paola Triana Acosta¹, Diego Fernando Rincón García¹, Adriana Margarita Rey Rubiano², Rafael García Duperly², Belén Mendoza de Molano², Rocío del Pilar López Panqueva²

¹ Semillero de Investigación en Enfermedad Inflamatoria Intestinal y Otras Enfermedades Gastrointestinales de la Universidad de los Andes
² Grupo Multidisciplinario de Enfermedad Inflamatoria Intestinal de la Fundación Santa Fé de Bogotá

Modalidad: poster
N.º Póster: 104

Antecedentes

Los biomarcadores en EII como la proteína C reactiva y la calprotectina fecal tienen limitaciones en cuanto a sensibilidad y especificidad. Los microARN (miARNs) han surgido como posibles biomarcadores debido a sus características.

Objetivo

Sintetizar la evidencia publicada entre 2010 y 2024 sobre el potencial de los miARN como biomarcadores en la EII.

Metodología

Realizamos una revisión sistemática conforme a las directrices PRISMA. Las búsquedas se llevaron a cabo en PubMed, Embase, Scopus, Web of Science y la Biblioteca Cochrane. Se incluyeron estudios en humanos que evaluaron miARN en sangre, mucosa o heces y que reportaron datos cuantitativos o métricas de precisión diagnóstica. Cuatro revisores realizaron de forma independiente la revisión. Para el miR-21, se llevó a cabo un metaanálisis de pruebas diagnósticas mediante un modelo de efectos aleatorios, evaluando la heterogeneidad (I^2) y el sesgo de publicación (prueba de Egger).

Resultados

De los 1.986 registros identificados, 139 estudios fueron incluidos en la síntesis cualitativa y 3 en el metaanálisis. Se identificaron 167 microARN con expresión diferencial en la EII. Aunque la mayoría de los microARN fueron reportados en un único estudio (79/167), un subconjunto de informes independientes, lo que respalda su priorización como candidatos a biomarcadores. (Tabla 1).

Conclusiones

Los microARN emergen como biomarcadores prometedores para el diagnóstico, la monitorización de la actividad de la enfermedad y la estratificación del riesgo neoplásico en la EII, destacando el miR-21 como el principal candidato. Otros microARN frecuentemente reportados, que convergen en vías inflamatorias y epiteliales clave, pueden aportar información diagnóstica y pronóstica complementaria. Se debe evaluar su posible valor como dianas terapéuticas.

Anexos

Tabla 1. MicroARN clave con ≥ 8 informes independientes en la enfermedad infexpresión predominantes y principales señales clínicas/funcionales de nuestra revisión sistemática de la literatura.

microRNA	Número de reporte S	Expresión predominante en EII*	Señal clínica / funcional clave
miR-21	42	Mayoritariamente sobreexpresado	Candidato diagnóstico sólido; asociado con daño epitelial, inflamación crónica y riesgo de cáncer colorrectal asociado a colitis
miR-146	25	Mayoritariamente sobreexpresado	Regulador de retroalimentación negativa de la vía NF-κB; vinculado a inflamación mucosa y posible predicción de progresión a enfermedad de Crohn
miR-155	24	Mayoritariamente sobreexpresado	Regulador inmune clave (linfocitos Th1 y macrófagos M1); marcador de actividad inflamatoria y activación inmune crónica
miR-223	20	Consistentemente sobreexpresado	Asociado con colitis activa y resistencia a esteroides; biomarcador diagnóstico y predictivo prometedor
miR-31	19	Consistentemente sobreexpresado	Contribuye a diferenciar CU y EC; relacionado con gravedad de la enfermedad y regulación de linfocitos T (FOXP3, IL-2)
miR-192	19	Mayoritariamente subexpresado	Regulador de la homeostasis epitelial; su pérdida se asocia con aumento de la señalización inflamatoria (p.ej., NOD2, quimiocinas)
miR-29	17	Mayoritariamente sobreexpresado	Asociado con enfermedad de Crohn grave y estenosante y con fibrosis intestinal; regula colágeno y vías de IFNG
miR-16	16	Mayoritariamente sobreexpresado	Marcador sérico de actividad inflamatoria; parte de paneles diagnósticos de alto rendimiento, aunque con valor limitado en solitario
miR-200	14	Mayoritariamente sobreexpresado	Sobreexpresado en CU activa y en cáncer colorrectal asociado a colitis; parte de firmas epiteliales de miRNA
miR-375	12	Mayoritariamente subexpresado (mucosa)	miRNA epitelial; buen biomarcador tisular de CU activa y útil en paneles que distinguen CU de controles
miR-19	11	Mayoritariamente sobreexpresado	Dirige TNF-α y favorece la activación de NF-κB; sobreexpresado tanto en CU como en EC (suero y tejido)
miR-124	10	Mayoritariamente subexpresado / hipermetilado	Hipermetilado en CU de larga evolución y en neoplasia asociada a colitis; relacionado con la regulación de STAT3 y la estratificación de riesgo de cáncer
miR-150	10	Mayoritariamente subexpresado	miRNA relacionado con la respuesta inmune; disminuido en enfermedad de Crohn no complicada (B1) e implicado en la diferenciación de células B y T
miR-196	10	Mayoritariamente subexpresado (mucosa)	Marcador mucoso de CU activa; su subexpresión se asocia con mayor expresión de genes inflamatorios y variantes genéticas ligadas al fenotipo de la enfermedad
miR-199	9	Mayoritariamente sobreexpresado	Sobreexpresado en suero y tejido de colon; participa en vías inflamatorias y puede ayudar a distinguir EII de controles
miR-30	9	Desregulado (sobre 0 subexpresado según isoforma y muestra)	miR-30d está subexpresado en recurrencia ileal de Crohn; miR-30e se encuentra sobreexpresado en suero de Crohn con buen rendimiento diagnóstico
miR-126	9	Mayoritariamente sobreexpresado en tejido de CU; niveles bajos en suero en EC predicen respuesta	Aumentado en tejido colónico de CU; niveles séricos más bajos se asocian con mejor respuesta a largo plazo a anti-TNF en enfermedad de Crohn
miR-195	8	Mayoritariamente subexpresado (tejido)	Reducido en tejido inflamado y en enfermedad resistente a esteroides; asociado con fenotipos más graves y posible valor pronóstico

*"Predominant expression in IBD" refers to the overall trend across studies (upregulated, downregulated or mixed), acknowledging that some reports show discordant results depending on sample type and disease phase.

Tabla 2. MicroARN clave con ≥ 14 informes independientes en la enfermedad infexión predominantes y principales señales clínicas/funcionales de nuestra revisión sistemática de la literatura.

microRNA	Number of reports	Predominant expression in IBD*	Key clinical/functional signal
miR-21	42	Predominantly upregulated	Strong diagnostic candidate; associated with epithelial damage, chronic inflammation, and risk of colitis-associated colorectal cancer
miR-146	25	Predominantly upregulated	Negative feedback regulator of the NF- κ B pathway; linked to mucosal inflammation and potential prediction of progression to Crohn's disease
miR-155	24	Predominantly upregulated	Key immune regulator (Th1 lymphocytes and M1 macrophages); marker of inflammatory activity and chronic immune activation
miR-223	20	Consistently upregulated	Associated with active colitis and steroid resistance; promising diagnostic and predictive biomarker
miR-31	19	Consistently upregulated	Helps differentiate UC and CD; related to disease severity and T- cell regulation (FOXP3, IL-2)
miR-192	19	Predominantly downregulated	Regulator of epithelial homeostasis; its loss is associated with increased inflammatory signalling (e.g., NOD2, chemokines)
miR-29	17	Predominantly upregulated	Associated with severe and stricturing Crohn's disease and intestinal fibrosis; regulates collagen and IFNG pathways
miR-16	16	Predominantly upregulated	Serum marker of inflammatory activity; part of high-performing diagnostic panels, though limited value alone
miR-200	14	Predominantly upregulated	Upregulated in active UC and colitis-associated colorectal cancer; part of epithelial miRNA signatures

*Predominant expression in IBD"refers to the overall trend across studies (upregulated, downregulated or mixed), acknowledging that some reports show discordant results depending on sample type and disease phase.

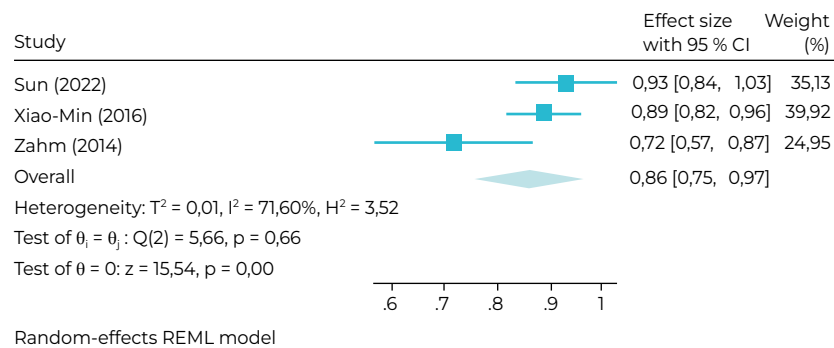


Figura 1. Área bajo la curva (AUC) agrupada para el miR-21 como biomarcador diagnóstico en la enfermedad inflamatoria intestinal (modelo de efectos aleatorios).

Caracterización clínica, nutricional y psicológica de pacientes con colitis ulcerosa en tratamiento con Golimumab

Elizabeth Arriagada Hernández¹, Verónica Silva¹, Catalina Farías¹, Andrés de la Vega¹, Tamara Pérez¹

¹ Hospital Clínico San Borja Arriarán

Modalidad: poster

Antecedentes

Las terapias biológicas han transformado el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), particularmente los anti-TNF. Golimumab ha demostrado eficacia en la inducción y mantención de la remisión en pacientes con colitis ulcerosa (CU) moderada a severa. Sin embargo, la evidencia en vida real sigue siendo limitada, especialmente respecto a las características clínicas y demográficas de los pacientes.

Objetivo

Describir las características demográficas y clínicas de pacientes con colitis ulcerosa (CU) tratados con golimumab en la práctica clínica habitual de un Hospital público en Santiago de Chile.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo basado en una cohorte de doce pacientes tratados con golimumab entre marzo 2020 y marzo 2026. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años con diagnóstico activo en el Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA). Se analizaron variables demográficas, clínicas y terapéuticas.

Resultados

La mediana de edad de debut de la enfermedad fue de 34 años. El 50% de los pacientes presentó compromiso extenso de la mucosa (pancolitis). Un tercio tenía dermatitis atópica y sobrepeso como comorbilidad. Cinco de 12 pacientes presentaron reacciones adversas a azatioprina antes de los 6 meses de tratamiento. El 66,7% obtuvo un puntaje PHQ-2 < 3 , sugiriendo bajo riesgo de depresión. Un tercio de los pacientes se encontraba en esquema de mantenimiento con 100 mg mensuales.

Conclusiones

Los jóvenes representan una proporción relevante de los nuevos casos en tratamiento con golimumab. El estado nutricional podría influir en la respuesta terapéutica, especialmente en presencia de exceso de tejido adiposo. Asimismo, el riesgo de depresión se observó con mayor frecuencia en pacientes con enfermedad extensa y en aquellos que requieren intensificación de dosis, lo que podría reflejar una mayor carga de enfermedad. Estos hallazgos refuerzan la importancia de un enfoque integral en el manejo de la CU en la práctica clínica real.

Anexos

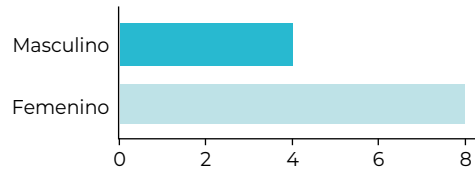


Figura 1. Distribución por sexo

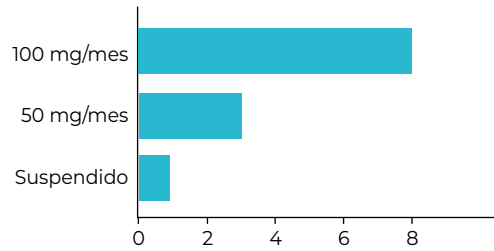


Figura 2. Dosis del fármaco

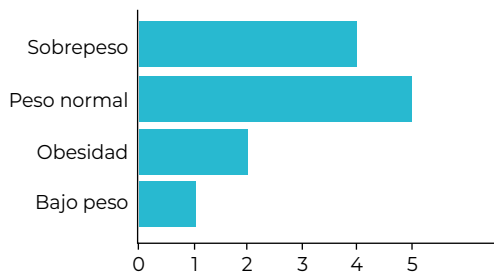


Figura 3. Diagnóstico Nutricional

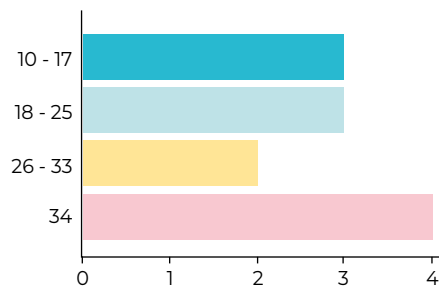


Figura 4. Edad en años al diagnóstico

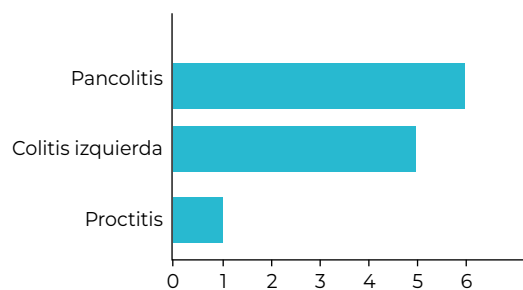


Figura 5. Extensión de la enfermedad

Evaluación del perfil de los asociados de la Organización Brasileña de Enfermedad de Crohn y Colitis (GEDIIB)

Gilmara Pandolfo Zobot¹, Renata Filardi Simiqueli¹, Marcelo Vicente Toledo de Araújo¹, Carolina de Paula Guimarães Baía¹, Ana Paula Hamer Sousa Clara¹, Rogerio Saad Hossne², Eduardo García Vilela³

¹ Miembro titular del GEDIIB

² Vicepresidente del GEDIIB

³ Presidente del GEDIIB

Modalidad: poster

Antecedentes

La Organización Brasileña de Enfermedad de Crohn y Colitis (GEDIIB) es una entidad médica brasileña cuyo objetivo es el desarrollo y la difusión del conocimiento científico, la estandarización de prácticas clínicas basadas en la evidencia y el fomento de la investigación en las enfermedades inflamatorias intestinales.

Objetivo

Este estudio tuvo como objetivo evaluar el perfil de los asociados con base en la formación académica, variables profesionales, especialidad y datos demográficos de sus miembros.

Metodología

Se elaboró un cuestionario mediante Google Forms y se envió a los miembros activos a través de un enlace de acceso. Se obtuvieron 310 respuestas de socios del GEDIIB.

Resultados

Hubo predominio femenino (58%). El grupo etario más prevalente en las regiones Sudeste, Sur y Nordeste fue de 41 a 50 años. En la región Norte, fue de 51 a 60 años y, en el Centro-Oeste, la mayoría tenía entre 31 y 40 años.

La gran mayoría residía en las regiones Sudeste y Sur. En el Norte, la mayoría se encontraba en el estado de Pará; en el Nordeste, en Bahía y Río Grande del Norte; en el Centro-Oeste, en el Distrito Federal; en el Sudeste, en el estado de São Paulo; y en el Sur, el estado de Río Grande del Sur concentró la mitad de los asociados que respondieron al cuestionario.

El GEDIIB está compuesto predominantemente por médicos, seguido de nutricionistas. La especialidad médica predominante fue la gastroenterología, seguida por la coloproctología. Más de la mitad de los médicos asociados tenían posgrado stricto sensu, además de la formación en la especialidad.

La mayoría de los individuos trabajaba 40 horas semanales, simultáneamente en los sectores público y privado, en más de un lugar de trabajo, con ingresos mensuales entre 25 mil y 35 mil reales, y menos del 20% trabajaba en régimen de guardias.

La categoría de socio predominante fue la de miembro titular, con más de 10 años de pertenencia al GEDIIB.

Conclusiones

Este estudio demostró que el perfil del asociado del GEDIIB está compuesto predominantemente por médicos gastroenterólogos, mayoritariamente mujeres, concentrados en la región Sudeste de Brasil y con alta cualificación académica. También se observó que la mayoría de estos profesionales actuaba

Vedolizumab en enfermedad inflamatoria intestinal: resultados en vida real de un centro de referencia en Bogotá, Colombia

Background

Inflammatory bowel disease (IBD) is increasing globally, particularly in newly industrialized regions such as Latin America. In Colombia, ulcerative colitis (UC) accounts for most IBD cases. Previously, the main therapies for IBD included 5-aminosalicylates, glucocorticoids, and immunosuppressive drugs; nevertheless, in recent years, Vedolizumab (VDZ), a selective anti-integrin monoclonal antibody, has emerged as a key therapeutic option for moderate-to-severe IBD. We aimed to evaluate clinical, endoscopic, and histological remission in patients treated with VDZ at a Colombian reference center.

Methods

We conducted a retrospective observational study including adult patients who received VDZ between December 2021 and October 2025 in Bogotá, Colombia. Demographic, clinical, biochemical, endoscopic, histological, adherence, and persistence variables were extracted from institutional registry. Clinical response: Defined as a $\geq 50\%$ reduction in the Mayo score for UC or in the Crohn's Disease Activity Index (CDAI) for CD, assessed 6–14 weeks after initiating VDZ. Clinical remission: Defined for UC as a 100% reduction in the Mayo score or a partial Mayo score of 0–1; and for CD as a CDAI < 150 , evaluated 14–52 weeks after VDZ. Endoscopic remission: Defined for UC as an endoscopic Mayo score of 0, and for CD as a Crohn's Disease Endoscopic Index of Severity (CDEIS) < 3 or a Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease (SES-CD) < 3 , assessed 14–52 weeks after starting VDZ. Histological remission: Defined for UC as a Geboes score $< 2b.0$ or a Nancy score of 0; and for CD as evidence of transmural healing, operationalized as a Magnetic Resonance Index of Activity (MaRIA) < 7 or a simplified MaRIA (sMaRIA) of 0, evaluated 14–52 weeks after initiation of Vedolizumab. Descriptive statistics and bivariate analysis were performed using RStudio (R version 4.3.1)

Results

Twenty-eight patients were included (71.4% UC; 28.6% CD). The mean age was 45.6 years (SD 16.6). Prior biologic exposure was present in 39.3% of patients, and previous surgery in 10.7%. Baseline inflammatory markers showed median calprotectin levels of 983 $\mu\text{g/g}$ [87–2783] and PCR of 7.4 mg/L [2.8–23.1]. Clinical response was achieved in 57.1% of the cohort, with a marked difference between UC (75%) and CD (12.5%). Clinical remission occurred in 32.1%, more frequently in UC (40%) than in CD (14%). Endoscopic and Histologic remission was observed in 14.3% and 17.9% respectively, exclusively in UC. Adherence to VDZ remained high at 90 days (75%) but declined progressively to 25% at 360 days.

Conclusions

In this Colombian real-world cohort, vedolizumab showed favorable clinical effectiveness in UC, with moderate remission rates and lower endoscopic and histologic responses. Outcomes in CD were limited, reflecting disease complexity and the smaller sample. Our findings contribute to strengthening regional evidence on vedolizumab, paving the way for further research in the region.



**SOCIEDAD DE
GASTROENTEROLOGÍA
DEL PERÚ**



PANCCO

