Colitis Ulcerativa Crónica Idiopática (CUCI) pediátrico informe de caso

Pediatric Chronic Idiopathic Ulcerative Colitis (UC) Case Report

Juan Martin Toribio Aviña[a], Marisa Sinahi Robles Bernal[b], Ruth Manzo Chávez[c], Wendy Jetzamani Rivera Zepeda[d], Joe Jason Muñoz Jacinto[e] y Martha Leticia de León Rodríguez[f]

Resumen / *Abstract*

La CUCI es una EII, que afecta en un patrón continuo ascendente la mucosa del intestino grueso desde el recto en extensiones variables. La suma de los factores genéticos, ambientales, incluida la falta de lactancia materna, los alimentos, el ejercicio, el contacto temprano con antibióticos, la microbiota y la respuesta inmunológica desregulada, en conjunto, son los mayores detonantes etiológicos para el desarrollo de CUCI. La edad de aparición más frecuente es a los 15 a 30 años, sin embargo, los casos pediátricos suelen diagnosticarse después de los 5 años. Los síntomas iniciales dependerán de la extensión y la gravedad del brote, sin embargo, comienza con deposiciones diarreicas y el sangrado del tubo digestivo bajo. La colitis ulcerosa crónica idiopática suele debutar en niños en forma de pancolitis, sin embargo, en este caso se presentó como proctosigmoiditis. El abordaje diagnóstico se lleva a cabo mediante la sospecha clínica basada en las manifestaciones clínicas, exámenes y datos de laboratorio, el descarte de enfermedades que cursan con

[a] Perfil del autor
[b] Perfil del autor
[c] Perfil del autor
[d] Perfil del autor
[e] Perfil del autor
[f] Perfil del autor

una clínica similar, diferenciación entre la CUCI y Crohn, identificación de la zona anatómica afectada y detectar síntomas extraintestinales. No solo para el diagnóstico, sino también para su clasificación, es imprescindible elaborar, con buena técnica, la endoscopía alta y baja con toma de biopsia. PUCAI evalúa por medio de signos y síntomas a los que se les asigna una ponderación, la severidad del cuadro analizado, dividiéndose en leve, moderado y severo, con lo que se puede guiar el tratamiento farmacológico y el manejo de las complicaciones.

En el seguimiento anual se realizan colonoscopias de control, químicas sanguíneas, valoración de marcadores inflamatorios, metabolismo del hierro

En este caso hablaremos de una femenina de 9 años de edad. Originaria y residente de San Mateo, California, EU. Origen Étnico: Hispanoamericana que acudió a consulta por presencia de heces fétidas sanguinolentas intermitentes de larga evolución, inflamación y dolor intestinales.

El lenguaje, como la base de la comunicación verbal, condicionó una adecuada relación entre el médico tratante, los padres de la paciente y esta misma, pues al buscar ayuda médica en México, se logró mejores resultados al derivar con otros especialistas y descartar diagnósticos diferenciales.

Con este caso clínico, también, intentamos mencionar la importancia de la correcta elaboración de los estudios de imagen, pues si en la paciente se hubiese hecho una completa limpieza del colon, los hallazgos pudieron haber sido más evidentes y consecuentemente, haber obtenido un diagnóstico más temprano.

Palabras claves: Informe de caso, Colitis Ulcerosa Crónica Idiopática, Pediatría, caso atípico.

UC is an IBD that affects the mucosa of the large intestine in a continuous ascending pattern from the rectum to varying extents. The sum of genetic and environmental factors, including lack of breastfeeding, diet, exercise, early antibiotic exposure, microbiota, and a dysregulated immune response, together are the major etiological triggers for the development of UC. The most frequent age of onset is 15 to 30 years; however, pediatric cases are usually

diagnosed after 5 years of age. Initial symptoms depend on the extent and severity of the flare-up; however, it begins with diarrheal stools and lower gastrointestinal bleeding. Chronic idiopathic ulcerative colitis usually presents in children as pancolitis; however, in this case, it presented as proctosigmoiditis. The diagnostic approach is based on clinical suspicion derived from clinical manifestations, examinations, and laboratory data; ruling out diseases with similar clinical presentations; differentiating between ulcerative colitis (UC) and Crohn's disease; identifying the affected anatomical area; and detecting extraintestinal symptoms. Not only for diagnosis but also for classification, it is essential to perform upper and lower endoscopy with biopsy using proper technique. The PUCAI (Uniform Prescription Cardiovascular Assessment) system evaluates the severity of the condition by assigning a weight to each sign and symptom, dividing it into mild, moderate, and severe. This classification guides pharmacological treatment and the management of complications.

Annual follow-up includes colonoscopies, blood chemistry tests, and assessment of inflammatory markers and iron metabolism.

In this case, we will discuss a 9-year-old female, originally from and residing in San Mateo, California, USA. Ethnic Origin: Hispanic American woman who presented with intermittent, foul-smelling, bloody stools of long duration, intestinal inflammation, and pain.

Language, as the basis of verbal communication, fostered a positive relationship between the attending physician, the patient's parents, and the patient herself. Seeking medical help in Mexico led to better outcomes by referring her to other specialists and ruling out differential diagnoses.

With this clinical case, we also aim to highlight the importance of proper imaging studies. Had the patient undergone a complete bowel preparation, the findings might have been more evident, leading to an earlier diagnosis.

Keywords: *Case report, Chronic Idiopathic Ulcerative Colitis, Pediatrics, atypical case.*

INTRODUCCIÓN

La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que afecta en un patrón continuo ascendente la mucosa del intestino grueso desde el recto en extensiones variables (*Miranda-Bautista, et all., 2024*).

La suma de los factores genéticos, ambientales, incluida la falta de lactancia materna, los alimentos, el ejercicio, el contacto temprano con antibióticos, la microbiota y la respuesta inmunológica desregulada, en conjunto, son los mayores detonantes etiológicos para el desarrollo de CUCI (*Thacker N., et all., 2024*).

Dentro de los factores que se relacionan con la presentación de colitis ulcerosa se presentan los defectos genéticos. Identificados en genes de respuesta inmune innata y adaptativa (NOD2, IBD5, ATG16L, IL23R, entre otros) que codifican para proteínas de reconocimiento bacteriano intracelular, canales catiónicos, autofagia y señalética de la citoquina IL-23. Estos están asociados a defectos inmunes en la integridad de la barrera epitelial, la influencia del medio ambiente y la microbiota intestinal terminan produciendo inflamación crónica (*Grez C, et all., 2019*).

Otro de los factores de riesgo, son los ambientales, que aumentan la incidencia de casos en países desarrollados, como lo son Canadá y Escocia. Siendo estos los países con mayor incidencia de CUCI en el mundo, aunque dentro de estudios recientes y revisiones sistemáticas se ha detectado un aumento significativo de la incidencia de manera global, tanto en países en desarrollo, como en desarrollados. Ejemplo de ello es un estudio realizado en Singapur en las últimas dos décadas, el cual demostró un aumento dramático de casi 10 veces en la incidencia media anual de EII pediátrica. Estos cambios en la epidemiología se han asociado entre otros, a cambios ambientales como la occidentalización de la sociedad. (*Higuchi, L. M., & Bousvaros, A., 2024*)

La falta de lactancia materna está bien documentada sobre las repercusiones inmunológicas que conlleva. Su ausencia es de gran importancia para la integridad de la barrera gastrointestinal y la proliferación de bacterias benéficas. Los datos actuales por ende arrojan que no haber sido amamantado, se asoció con un mayor riesgo de desarrollar EII, lo que concuerda con tasas de incidencia bajas de lactancia materna que los países desarrollados tienen durante

el primer año de vida. La ablactación, también juega un rol importante, ya que al igual que la lactancia materna tiene una fuerte relación con la incidencia de EII, el consumo de una mayor cantidad de carne, grasas totales, ácidos grasos poliinsaturados y ácidos grasos omega 6 se asociaron con un mayor riesgo de EC y CU, mientras que altas ingestas de fibra y fruta se asociaron con un menor riesgo de EC y altas ingestas de vegetales con un menor riesgo de CU, lo que es consistente con la occidentalización de la dieta a nivel mundial, que está llevando a un aumento drástico en los casos de EII. En el marco de la exposición temprana a antibióticos, la relación causal es otra de las más fuertes. Los antibióticos influyen en el microbioma gastrointestinal de los pediátricos, debido a que está madura alrededor de los primeros 4 años de vida; después de este tiempo, puede mostrar resistencia a perturbaciones posteriores, es por ello que el uso de antibióticos durante cualquier período de la infancia y/o múltiples ciclos de antibióticos, es decir, prescripción, compra o ciclos se asocian con un mayor riesgo de EII pediátrica (*Gomez-Bris R., et all., 2023*)

La edad de aparición más frecuente es a los 15 a 30 años (Miranda-Bautista, et all), sin embargo, los casos pediátricos suelen diagnosticarse después de los 5 años y estos solo representan del 5-10% de todos los casos. La zona geográfica también modifica su incidencia, siendo Europa y Norteamérica, los sitios donde de 1 a 4 habitantes de cada 100,000 se diagnostican con CUCI por lo mencionado anteriormente, aunque estos datos son variables con el tiempo ya que las tasas de incidencia han ido en aumento a lo largo de todo el mundo (*Higuchi, L. M., & Bousvaros, A., 2024)*

Es más probable que en un caso de CUCI pediátrico exista antecedente familiar de EII, lo que indica una asociación genética más fuerte para el desarrollo. Aspecto muy peculiar y relevante, pues en la paciente de este caso no se ha registrado antecedentes paternos ni maternos de ninguna EII.

Los datos del Rochester Epidemiology Project, fueron la base para que, en un estudio, se pudiera hacer la comparación sobre el sexo con mayor número de casos de CUCI, siendo los hombres quienes tienen más incidencia de esta. Otra de las razones por la cual, los médicos tratantes iniciales de la paciente, descartaron la posible presencia de CUCI pediátrico.

Los síntomas con los cuales suele manifestarse la CUCI dependerán de la extensión y la gravedad del brote, sin embargo, suele comenzar con deposiciones diarreicas y el

sangrado del tubo digestivo bajo, mediante melenas, de manera paulatina se desarrollará, si no es compensada, una anemia ferropénica. Alrededor del 30% de los pacientes pediátricos presentaran síntomas extraintestinales como signo o síntoma inicial de la enfermedad, siendo los más comunes las manifestaciones articulares como artralgias, artritis periférica, espondilitis anquilosante y osteoporosis; en segundo lugar tenemos las manifestaciones oculares que se presentan como uveítis o epiescleritis; finalmente las manifestaciones extraintestinales más raras son las mucocutáneas (que fue las que presentó nuestra paciente), siendo algunas de ellas eritema nodoso, pioderma gangrenoso, síndrome de Sweet y psoriasis. En casos menos documentados también se ha presentado compromiso de otros órganos, siendo el hígado uno de los más reportados el riesgo de esteatosis, colelitiasis, colestasis, hepatitis granulomatosa o asociarse a hepatitis autoinmune y colangitis esclerosante primaria y en menor medida compromiso pancreático o de las vías urinarias (*Higuchi, L. M., & Bousvaros, A., 2024*).

De acuerdo a la clasificación de París, según la extensión de la inflamación, se determinará que es proctitis cuando se afecta el recto en exclusividad (E1), colitis izquierda cuando la inflamación alcanza la flexura cólica izquierda (E2), colitis extensa cuando se afecta el ángulo hepático (E3) y pancolitis cuando se sobrepasa este último sitio anatómico (E4) (Levine A, et all., 2010). Esta última categoría, siendo más frecuente en pediátricos. Cabe destacar, que el presente caso, de manera inesperada, cursó con afección en extensión E2, la categoría menos frecuente en pediátricos de su edad, dando más singularidad al cuadro (*Rodríguez Martínez , et all., 2023*).

El abordaje diagnóstico de la EII, se lleva a cabo mediante la secuencia de 5 pasos elaborados por el pediatra y el gastroenterólogo pediatra, los cuales son:

1. La sospecha clínica basada en las manifestaciones clínicas, exámenes y datos de laboratorio.
2. Descarte de enfermedades que cursan con una clínica similar.
3. Diferenciación entre la Colitis Ulcerosa Crónica Idiopática y la Enfermedad de Crohn.
4. Identificar la zona anatómica afectada.
5. Detectar síntomas extraintestinales.

Durante el descarte de enfermedades, se comenzará excluyendo infecciones gastrointestinales, por lo cual es conveniente solicitar: coprocultivos, determinación parasitaria y cuantificación de la toxina de Clostridiodes. Posteriormente, citología hemática completa, perfiles metabólicos y biomarcadores inflamatorios fecales (calprotectina y lactoferrina) que, de no ser concluyente lleva a la sospecha de algo más inusual y por ende a un abordaje con mayor complejidad.

No solo para el diagnóstico, sino también para su clasificación, es imprescindible elaborar, con buena técnica, la endoscopía alta y baja, puesto que permite visualizar la pared intestinal, así como la toma de biopsia (independientemente de la presencia o ausencia de lesión) que se requiere para el estudio histopatológico.

Para el diagnóstico preciso es necesario el cumplir con cada uno de los criterios de Oporto para CUCI (*Levine, A, et all., 2013*):

- Historia Clínica
- Exploración física
- Datos de laboratorio
- Colonoscopia completa e ileoscopia
- Endoscopia digestiva alta
- Biopsias de todas las zonas (con o sin lesión)
- Estudio de imagen para evaluar intestino delgado (RM o videocapsuloscopia)

Una vez hecho el diagnóstico debe valorarse la actividad de la propia enfermedad al momento del diagnóstico, identificar si se trata de un cuadro leve, moderado o severo, por medio lo cual se tratarán de manera adecuada las complicaciones en caso de existir y será una guía para iniciar el mejor manejo del cuadro.

Una de las escalas que nos ayuda a esto precisamente es el índice de actividad de CUCI de PUCAI (*Tuner D, et all., 2007*). La cual evalúa por medio de signos y síntomas a los que se les asigna una ponderación, la severidad del cuadro analizado, dividiéndose en leve, moderado y severo, con lo que se puede guiar el tratamiento farmacológico y el manejo de las complicaciones, a su vez que ayuda a ir desescalando, en dado caso, el tratamiento farmacológico durante el seguimiento de los pacientes diagnosticados que llevan un régimen de tratamiento farmacológico de acuerdo a la actividad y severidad de su cuadro.

El seguimiento se hace anualmente, durante el cual se realizan colonoscopias de control, químicas sanguíneas, valorar marcadores inflamatorios como la calprotectina y metabolismo del hierro; todo con la finalidad de evitar complicaciones, desescalar medicamento en caso de remisión de la enfermedad, vigilar la transformaciones o anormalidades colónicas por el riesgo aumentado de desarrollo de neoplasias colónicas y evitar los brotes de una enfermedad que no responde a tratamiento. Todo lo anterior siendo lo necesario para brindarles la mejor calidad de vida a pesar de su padecimiento.

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Femenina de 9 años de edad. Originaria y residente de San Mateo, California, EU. Origen Étnico: Hispanoamericana que acudió a consulta por presencia de heces fétidas sanguinolentas intermitentes de larga evolución, inflamación y dolor intestinales. Como antecedentes médicos de relevancia refiere alergia a proteína de leche de vaca, alimentación con fórmula sin lactancia materna, sin antecedentes familiares y genéticos de relevancia, además de una hospitalización al nacimiento de 1 semana por ictericia neonatal tratada con fototerapia.

HALLAZGOS CLÍNICOS

A la consulta la paciente se mostraba lúcida, alerta y orientada en las tres esferas, con un Glasgow de 15 puntos, dentro de los hallazgos refiere los siguientes signos y síntomas:

- Heces fecales sanguinolentas de gran volumen, fétidas, con abundante moco y de larga evolución, con aparición alternada a lo largo del cuadro.
- Periodos de diarrea o estreñimiento que cambiaban la consistencia y color de las heces a negruzcas alquitranadas y de olor más fétido (melenas) o en el caso de los periodos de diarrea a una consistencia de sangre fresca, moco abundante y de mayor volumen, acuosas y poco sólidas y mal formada (hematoquecia).
- A la exploración física se evidenció bajo peso para la edad, facies anémica, a la auscultación se encontró un soplo funcional sistólico en foco pulmonar. En la

exploración por aparatos y sistemas se observó en piel el desarrollo de dermatitis papulosa y de placas rojizas (Pseudovesiculadas), pruriginosas, de tamaño variable, con bordes irregulares, costras en zonas de recuperación esparcidas en hemitórax y axila derechos e ingle y glúteos ipsilaterales con asociación a posible dermatitis herpetiforme por sospecha de enfermedad celíaca (Síndrome de Sweet manifiesto por la posterior confirmación de CUCI). No se evidenciaron anormalidades en el resto de sistemas.

LÍNEA DE TIEMPO

Fecha	Edad	Lugar	Evento / Estudio	Hallazgos relevantes / Resultados
05/02/2023 - 01/09/2023	7 años	EUA	Hierro total	• Resultado: 20 µg/dL (bajo) • Valor de referencia: 53 - 119 µg/dL
			Saturación de transferrina	• Resultado: 6% (bajo) • Rango: 22 - 39%
			Calprotectina fecal	• Resultado: 460 mg/kg (alto) • Valor de referencia: <50 mg/kg
			PCR multiplex GI	• Negativo para bacterias, virus y parásitos
28/03/2023			Endoscopia gastrointestinal	• Hallazgos endoscópicos normales en esófago y estómago • Toma de biopsias aleatorias (no precisa sitio)
10/04/2023			Colonoscopia	• Preparación deficiente con visualización limitada. • Entre heces semilíquidas, se encontró mucosa colónica normal

12/03/2024	8 años	EUA	Entero-RM AP c/s contraste	• Estudio dentro de parámetros normales • * Sin evidencia de EII ni hallazgos focales que expliquen la clínica
12/04/2024			Gammagrafía del divertículo de Meckel	• Negativo para divertículo de Meckel

24/06/2024		México	Coprológico	• **Consistencia:**
				  • Resultado: semisólida
				  • Referencia: formada
				• **Moco:**
				  • Resultado: abundante
				  • Referencia: no contiene

Tomada: 25/06/2024 Reportada: 26/06/2024			IgE	• Resultado: 606.0 UI/mL (alto) • Valores de referencia: 0.0 - 100.0 UI/mL (rango de edad: 3 - 9 años)

11/07/2024			Metabolismo de hierro	• **Hierro:**
				  • Resultado: 20 µg/dL (bajo)
				  • Valor de referencia: 33 - 193 µg/dL
				• **Porcentaje de saturación de hierro:**
				  • Resultado: 7% (bajo)
				  • Valor de referencia: 15 - 50%

			PCR-us	• Resultado: 1.42 mg/dL (alto) • Valor de referencia: <0.5 mg/dL

			BH	• **Hb:**
				  • Resultado: 12.1 g/dL (bajo)
				  • Valor de referencia: 12.4 - 16.1 g/dL
				• **HCM:**
				  • Resultado: 25.9 pg (bajo)
				  • Valor de referencia: 27.0 - 31.0 pg
				• **Plt**:
				  • Resultado: 513 miles/µL (alto)
				  • Valor de referencia: 150 - 500 miles/ µL
				• **Eos %:**
				  • Resultados: 0.0% (bajo)
				  • Valor de referencia: 1.0 - 4.0%
				• **Eos abs:**
				  • Resultados: 0.00 miles / µL (bajo)
				  • Valor de referencia: 0.02 - 0.73 miles / µL

			Ac anti-gliadina IgA/IgG	• **Ac IgG gliadina:**
				  • Resultado: 6.2 CU (normal)
				  • Valor de referencia: <20 CU
				• **Ac IgA gliadina:**
				  • Resultado: 34.2 CU (alto)
				  • Valor de referencia: <20 CU

20/07/2024			Consulta	• **Diagnóstico:**
				  • Dermatitis herpetiforme
				  • Enfermedad celiaca leve
				  • Alergia alimentaria mediada por IgE

18/09/2024	9 años	EUA	EDA	• **Síntomas de relevancia:**
				  • Dolor abdominal y sangrado GI
				• **Resultados:**
				  • 3/3 del esófago normal (superior, medio e inferior)
				  • Estómago normal
				• **Biopsias:**
				  • Tercio medio del esófago, antro gástrico y segunda porción del duodeno.

			Colonoscopia	• **Síntomas de relevancia:**
				  • Dolor abdominal y hematoquecia
				• **Resultado: en comparación con examen previo, los hallazgos son nuevos**
				  • Recto: inflamación, ausencia de patrón vascular, congestión (edema), granularidad, erosiones, eritema y friabilidad
				  • Sigmoides: inflamación clasificada como Mayo Score 2 (eritema franco, friabilidad, ausencia de patrón vascular y erosiones)
				• **Biopsias: colon completo, incluyendo válvula ileocecal e íleon terminal.**

Biopsias de colonoscopia diagnóstica	**A. Intestino delgado, íleon, biopsia** • Sin anomalías significativas **B. Colon, ciego, biopsia** • Sin anomalías significativas **C. Colon ascendente, biopsia** • Sin anomalías significativas **D. Colon transverso, biopsia** • Sin anomalías significativas **E. Colon descendente, biopsia** • Criptitis y abscesos crípticos • Fibrosis de la lámina propia. • Distorsión arquitectural superficial y profunda, mix de linfocitos y células plasmáticas con folículos linfoides localizados basalmente. • Metaplasia de células de Paneth y fibrosis de la lámina propia. • Con una actividad acentuada según el índice de actividad histológica de Harpaz-Gupta. ***F. Recto, biopsia*** • Criptitis y abscesos crípticos • Fibrosis de la lámina propia. • Distorsión arquitectural superficial y profunda, mix de linfocitos y células plasmáticas con folículos linfoides localizados basalmente. • Metaplasia de células de Paneth y fibrosis de la lámina propia. • Con una actividad acentuada según el índice de actividad histológica de Harpaz-Gupta.

			Diagnóstico final / definitivo	Colitis ulcerosa moderadamente activa (puntuación Mayo 2) del lado izquierdo hasta 80 cm del ano, hallazgo nuevo
19/09/2024			Calprotectina fecal de seguimiento	**Calprotectina fecal:** • Resultados: 959 mg/kg (Aumentada) • Valor de referencia: <50 mg/kg

16/10/2024			Biometría hemática de seguimiento	• **Concentración media de hemoglobina Corpuscular (MCHC):**
				  • Resultado: 30.1 g/dl (bajo)
				  • Valor de referencia: 31.0 - 37.0 g/dL
				• **Ancho de distribución de glóbulos rojos** (RDW):
				  • Resultados: 15.5% (Alto)
				  • Valor de referencia: 11.5-14.5%

			Metabolismo de hierro de seguimiento	• **Hierro:**
				  • Resultado: 21 µg/dL (bajo)
				  • Valor de referencia: 53 - 119 µg/dL
				• **Porcentaje de saturación de hierro:**
				  • Resultado: 6% (bajo)
				  • Valor de referencia: 15 - 50%

19/08/2025	10 años	EUA	Resultados de Colonoscopia de seguimiento	**El examen perianal fue normal.** **Hallazgos:** • El íleon terminal: se veía normal. Se tomaron biopsias con pinzas frías para estudio histológico. • ·Colon rectosigmoide: Se encontró una zona irregular de mucosa pseudopolipoide, moderadamente congestionada y friable (con sangrado al contacto) en el colon rectosigmoide, a 20 cm del ano. Se tomaron biopsias con pinzas frías para estudio histológico. • No se encontró inflamación según el aspecto endoscópico de la mucosa del colon. Esto se clasificó como Mayo Score 0 (normal o enfermedad inactiva), y en comparación con el examen previo, los hallazgos mejoraron. Se obtuvieron dos biopsias en el colon descendente, en el colon transverso, en el colon ascendente y en el ciego con pinzas frías para estudio histológico.

			Resultados de patología de biopsias de colonoscopia de seguimiento	**A. Intestino delgado, íleon, biopsia** • Sin anomalías significativas **B. Colon, ciego, biopsia** • Sin anomalías significativas **C. Colon ascendente, biopsia** • Sin anomalías significativas **D. Colon transverso, biopsia** • Sin anomalías significativas **E. Colon descendente, biopsia** • Sin anomalías significativas **F. Recto, biopsia** • Sin anomalías significativas
18/02/2026			Calprotectina Fecal de seguimiento	**Calprotectina fecal:** • Resultados: 118 mg/kg (Aumentada, Límite) Valor de referencia: <50 mg/kg

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

Los primeros exámenes de laboratorio fueron biometrías hemáticas para la evaluación del estado general de la paciente por la condición crónica de pérdida de sangre que presentaba, además de marcadores de inflamación intestinal y PCR multiplex para la identificación de un patógena causal, en la que se revelaron los siguientes datos:

- Transferrina Sat. Baja: 6 % Valor normal: 22 - 39 %
- Hierro total bajo: 20 ug/dL Valor normal: 53 - 119 ug/dL
- Calprotectina alta: 460 mg/kg Valor normal: <50 mg/kg
- Sin evidencia de infección bacteriana, viral o parasitaria en la PCR dúplex.

Lo cual evidenció el desarrollo de una ferropenia y disminución de las reservas de hierro por la pérdida constante de sangre, otros de los hallazgos de relevancia demostraron inflamación intestinal específica por medio de la elevación de los valores de calprotectina

fecal. Al no haber una etiología clara del cuadro clínico realizaron pruebas de imagen para rastrear el origen del sangrado en el trayecto del sistema digestivo por medio de una endoscopia y una colonoscopia en las fechas 28/03/2023 y 10/03/2023 respectivamente donde no hubo hallazgos ni resultados concluyentes tanto en la exploración como en las biopsias por lo referido por el equipo que realizó el procedimiento. Entonces se programó otro estudio de gabinete en sospecha de un sangrado oculto por divertículo de Meckel. Se realizó una resonancia magnética multiplanar y multisecuencia del abdomen y la pelvis con y sin contraste de Gadolinio el 12/03/2024 cuyos hallazgos fueron normales en todos los órganos y estructuras analizadas, sin evidencia de pólipos, hipercaptación de contraste, engrosamiento de las paredes intestinales o estenosis. Justo un mes después el 12/04/2024 se lleva a cabo una gammagrafía para descartar la sospecha de Divertículo de Meckel, se administró Tecnecio 99 como contraste para la prueba y posteriormente se realizó una tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) del abdomen y la pelvis para lograr la visualización de tejido ectópico en intestino, los hallazgos reportados fueron "No se observa ninguna captación focal anormal que sugiera mucosa gástrica ectópica. Las imágenes SPECT-CT no muestran captación focal anormal que sugiera mucosa gástrica ectópica." Lo que excluye la presunción de divertículo de Meckel como causa.

Tras meses de incertidumbre donde se mantuvo en observación a la paciente en los servicios de salud de los Estados Unidos, acudió a México para una segunda opinión y nuevo abordaje. Los primeros estudios recabados en esta evaluación, tomados en 26/06/2024, fueron un examen coprológico para encontrar sangre oculta o descartar parásitos y recuento de IgE por sospecha de posible alergia alimentaria; estos mostraron los siguientes resultados:

- Coprológico sin anormalidades
- Valores de IgE en sangre elevados: 606.0 UI/mL Valores de referencia: 0.0 - 100.0 UI/mL por rango de edad (3-9 años)

Con estos resultados se determinó que debía recibir atención de Alergología por lo que se refiere con un médico Pediatra Alergólogo y se le solicitan en 11/07/2024 los siguientes laboratoriales:

- Transferrina en sangre con resultados en rangos de normalidad
- Química sanguínea integral de 45 elementos con los siguientes resultados de relevancia:
    - Proteína C reactiva elevada: 1.42 Valor de referencia: <0.5 mg/dl
    - Hierro sérico disminuido: 20 Valor de referencia: 33-139 ug/dl
    - Porcentaje de sat. Hierro baja: 7% Valor de referencia: 15-50%
    - Biometría hemática con estos resultados de relevancia:
    - Hemoglobina baja: 12.0 Valor de referencia: 12.4-16.1 g/dl
    - HCM baja: 25.9 Valor de referencia: 27-31 pg
    - IgA Gliadina elevada: 34.2 Valor de referencia: <20 CU

En base a los resultados obtenidos se llevó a cabo tratamiento farmacológico para la anemia y se hicieron cambios dietéticos por sospecha de enfermedad celíaca y alergia alimentaria como etiología causal de los sangrados.

Luego de este abordaje, de regreso en su país de origen donde se realizó otros estudios endoscópico y colonoscópico debido a un episodio agudo de dolor abdominal que estuvo acompañado de anemia ferropénica que la llevó a urgencias y a la realización de los estudios imagenológicos ya mencionados en los que se encontró por medio de la colonoscopia lo siguiente:

- Se observó inflamación difusa moderada caracterizada por alteración de la vascularización, congestión (edema), erosiones, eritema, fragilidad, granularidad y moco en el recto. Se obtuvieron biopsias aleatorias con pinzas frías para estudio histológico en el recto, el colon sigmoide, el colon descendente, el colon descendente proximal, del colon transverso, el colon ascendente, el ciego y el íleon terminal.
- Se detectó inflamación en el colon. Esta se clasificó como Mayo Score 2 (*Traub A., et all., 1987*) (moderada, con eritema marcado, ausencia de patrón vascular, fragilidad y erosiones). En comparación con el examen previo, los hallazgos son nuevos.
- El colon descendente proximal, la flexura esplénica, el colon transverso, la flexura hepática, el colon ascendente, el ciego, la válvula ileocecal y el íleon presentaban un aspecto normal.

- Se encontró una zona difusa de pliegues de la mucosa moderadamente congestionados, eritematosos, erosionados, granulares, inflamados, cubiertos de placas y engrosados en el recto, en el colon rectosigmoideo, en el colon sigmoide, en el colon descendente medio y en el colon descendente distal.

Se tomaron biopsias de cada una de estas partes afectadas en el colón, donde se visualizaba lo siguiente según lo descrito por patología:

- Distorsión arquitectural superficial y profunda, mix de linfocitos y células plasmáticas con folículos linfoides localizados basalmente.
- Metaplasia de células de Paneth y fibrosis de la lámina propia.
- Con una actividad acentuada según el índice de actividad histológica de Harpaz-Gupta (*Damjanov I., 2000*).

Por los signos y síntomas recopilados, donde la paciente refirió presentar dolor abdominal severo, la mayoría de las deposiciones eran líquidas, sanguinolentas, hubo presente restricción significativa de las actividades cotidianas y un número elevado de deposiciones durante el día se estableció que estaba cursando con un cuadro de brote grave de Colitis Ulcerosa por medio del índice de actividad PUCAI donde obtuvo una puntuación >65 puntos con lo que se pasó a la realización del abordaje del cuadro clínico (T*uner D, et all., 2007*).

Con todo lo recabado por la colonoscopia y lo analizado por patología se dio con el diagnóstico de "Brote grave de Colitis Ulcerosa Crónica Idiopática". Se manejo a la paciente durante una semana de hospitalización donde se resolvió el cuadro agudo de la enfermedad, se dio tratamiento de mantenimiento para remisión y se indicó volver a los hábitos alimenticios normales por descarte de enfermedad celíaca.

Justo un mes luego de la intervención hospitalaria se tomaron nuevos laboratoriales de control para ver la evolución de la anemia, mostrando mejoras considerables en sus resultados de biometría hemática pero aun con deficiencias en su perfil de hierro con los siguientes resultados:

- Hierro total bajo: 21 ug/dl Valor de referencia: 53-119 ug/dl
- Saturación de transferrina bajo: 6% Valor de referencia: 20-60%

Mostrando una notable mejoría en la anemia, pero manteniendo deficiencia de hierro.

Diagnósticos diferenciales					
	Alergia a proteína de la leche de vaca	**Divertículo de Meckel**	**Enfermedad Celiaca**	**Crohn**	**CUCI**
Edad de presentación común en pediátrico	Lactante	<10 años	6-24 meses de vida.	Escolar	Preescolar
Sexo con mayor prevalencia	Femenino con 55.6%	Mayor presentación Masculina en relación 2:1 M:F	Mayor presentación Femenina en relación 2:1 F:M	Mayor presentación n masculina en relación 1.8:1 M:F	Mayor presentación n masculina en relación 1.8:1 M:F
Melenas o Hematoquecia	Si	Si	Si	Si	Si
Dolor abdominal	Si	No	Si	Si	Si
Eccema	Si	No	Si	Si	Si
Incidencia en niños	3.6/1,000	2/100	1 a 3/100	2.5 a 11.4/100,000	3.9 a 7.3/100,000
Fuente	*(Mehaudy R., et all., 2022)*	*(Ruíz-Celorio, et all., 2014)*	*(Stahl, M. & Liu, E., 2025)*	*(Grez C, et all., 2019)*	*(Rodríguez Martínez , et all., 2023)*

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Las intervenciones terapéuticas fueron múltiples a lo largo de la evolución clínica del paciente.

Recibiendo la primera intervención farmacológica en 2021: Acetaminofén 1 tableta de 325 mg al día por 3 días para aliviar el dolor de cada uno de los episodios de diarreas sanguinolentas intermitentes manteniéndose estable por el momento.

A consecuencia de la incertidumbre la paciente acude a consulta externa habiendo pasado 3 años de seguimiento sin resolución del cuadro, cambiando de tratamiento a uno correctivo de la anemia, causada por los sangrados crónicos, con: Biofenor 15 mg dos veces al día e intervenciones preventivas: higiénico dietéticas "Restricción de productos lácteos y fuentes de gliadina en la dieta" por sospecha de celiaquía y alergia a proteína de leche de vaca. siendo derivada con un alergólogo para seguimiento de sospechas clínicas.

En Julio del 2024 (un mes después de la última consulta) acude a seguimiento con alergólogo, el cual tras la valoración física y de laboratoriales, sospecha de (Dermatitis herpetiforme, enfermedad celíaca leve + alergia a alimentos mediada por igE) para lo cual inicia la intervención Farmacológica con:

1. Sinudox Solución antiséptica nasal. Spray nasal con 60 ml. Aplicar una atomización en cada fosa nasal cada 12 horas, en la mañana y noche por 14 días.
2. Bactroban (Mupirocina) Tubo con ungüento al 2%. Untar una capa delgada en lesiones, cada 24 horas en la mañana, por 14 días.
3. Zedesen (Ceftibuteno) Frasco con polvo para suspensión oral 36 mg/ml. Frasco con 60 ml. Tomar 3 mililitros cada 12 horas, por 10 días.
4. Omeprazol Cápsulas de 20 mgs. Caja con 10 cápsulas. Tomar una cápsula o los gránulos de una cápsula, cada 24 horas en la noche por 10 días.
5. Pasta amarilla modificada (Sin aceite de almendras dulces) Fórmula magistral Cada tarro debe contener:

    Cold cream.--------250 grs
    Óxido de zinc.------20 grs.
    Vioformo.----------2 grs.

Untar una capa delgada en lesiones de tórax, cada 24 horas en la noche por cuatro semanas o hasta indicación por dermatólogo.

Como medida preventiva: No comer fuentes de gliadina (Trigo, cebada, centeno, avena)

En septiembre del 2024 Acude al servicio de urgencias por una exacerbación de los síntomas de la anemia acompañados de dolor abdominal y hematoquecia, se le realiza una endoscopia que no presenta hallazgos, y una colonoscopia en donde se presenciaba una Proctosigmoiditis con puntuación 2 en la escala endoscópica de Mayo, concluyendo un brote de CUCI grave. Requiriendo hospitalización por 7 días, se manejó con:

Intervención terapéutica:

1. Metilprednisolona 25 mg IV c/24 h durante los 7 días.
2. Hierro sacarosa 200 mg IV en infusión lenta, dosis única.
3. Mesalazina 1 g VO c/12 h.

Al alta: Como tratamiento de mantenimiento para CUCI: Mesalazina 1 g VO c/12 h.

En septiembre del 2025 tras colonoscopia de seguimiento con resultado Mayo 0 (en remisión) se decide desescalar dosis a 500 mg Vo cada 2 horas.

Seguimiento y resultados

Evolución clínica:

- Persistencia de la hematoquecia, diarrea intermitente, anemia y síntomas gastrointestinales crónicos.
- Últimos hallazgos endoscópicos: la endoscopia fue realizada el 19 de agosto de 2025. En cuanto al examen perianal que le precede, no se encontraron anormalidades.
    - El íleo terminal parecía normal. Se tomaron biopsias con pinzas frías para histología.
    - Se encontró un área irregular de mucosa, moderadamente, congestionada, friable (con sangrado por contacto) y pseudopolipoide en el colón específicamente en el rectosigmoides a 20 cm del ano. Se tomaron biopsias con pinzas frías para histología.
    - No se encontró inflamación, según el aspecto endoscópico de la mucosa en el colon. Esto se clasificó como mayo Score cero (enfermedad normal o inactiva), y en comparación con el examen anterior, los hallazgos mejoraron. Se obtuvieron dos biopsias en el colon descendente, en el colon transverso, en el colon ascendente y el ciego, con pinzas frías para histología.

- Últimos resultados de patología:
    - Se obtuvieron las muestras de intestino delgado, incluyendo específicamente parte del íleo y del intestino grueso, específicamente de estas muestras de ciego, colon ascendente, colon transverso, colon descendente y recto en formalina, etiquetadas con el nombre de la paciente y el número de historia clínica y el reporte del resultado diagnóstico para todas las muestras recopiladas fue "sin anormalidad significativa".
- Respuesta al tratamiento: Se manifestó una mejoría clínica tras la implementación del tratamiento con metilprednisolona y mesalazina.

Laboratoriales:

- Marcadores inflamatorios: La calprotectina aumentó considerablemente desde un inicio, para el 5 de febrero de 2023, se encontraba con cifras de 456 mg por kilo, pasando posteriormente aumentar ligeramente llegando a 460 mg/kg el 1 de septiembre de 2023 y ascendiendo a cifras extremas de 959 mg/kg para el 19 de septiembre de 2024 con una mejoría y descenso a 118 mg/kg registrado el 18 de febrero de 2026, a resaltar que para este entonces el diagnóstico ya está establecido y la paciente ha establecido un nuevo estilo de vida y el tratamiento adecuado para la afección.

Evolución referida por la paciente:

- Preocupación debido a la hematoquecia.
- Sensación de debilidad crónica.
- Frustración a causa de no haber tenido un diagnóstico adecuado de manera inicial.
- Dificultad para adherirse a las dietas estrictas y restrictivas.
- En cuanto al impacto emocional, manifiesta tristeza, vergüenza atribuida a las lesiones cutáneas, ansiedad y llantos durante estudios médicos.

Diagnóstico de seguimiento importante y otros resultados de prueba.

- Diagnóstico principal de seguimiento: colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI).
- Diagnósticos asociados:

- Anemia ferropénica: se desarrolló debido a la pérdida de sangre en heces de manera crónica gracias a las lesiones características del CUCI.
- Dermatitis: en la CUCI suele haber manifestaciones extraintestinales que ocurren debido a las alteraciones inmunológicas sistémicas de esta, liberando citocinas pro inflamatorias y teniendo una activación anormal del sistema inmune que pueden formar complejos inmunes y depositarse en la piel, ya que puede haber un mimetismo o una reactividad cruzada del sistema inmune, provocando el ataque a células que se parecen a las del colon. (*Hedin CRH, et all., 2019*) Sin embargo, también se han descrito otros mecanismos que podrían explicar las afecciones dérmicas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, entre ellas se encuentran afecciones mucocutáneas secundarias al tratamiento y manifestaciones debidas a la mal absorción nutricional. (*Yamamoto Furusho, 2023*)

La piel se encuentra afectada aproximadamente en un 10% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, siendo el eritema nodoso la principal manifestación, con un predominio de 2-10% de los pacientes con CUCI y el pioderma gangrenoso con 0.4 a 2.6% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. (*Luchetti MM, et all., 2019*)

En este caso, las afecciones cutáneas de la paciente simplemente se clasificaron como un eccema inguinal y axilar.

- Diagnósticos diferenciales:
  - Alergia persistente a la proteína de la leche de vaca: Esto debido a que la paciente ya había tenido un diagnóstico de esta afección durante la etapa de lactante, requiriendo de fórmula especial, sumado a la persistencia de datos digestivos sugestivos recurrentes, tales como diarrea, distensión abdominal y regurgitación frecuente. De hecho, la CUCI y la Alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV) comparten varias características, entre ellas las manifestaciones dérmicas (dermatitis atópica y alérgica por contacto en este caso), además de coincidir en colitis, proctitis y diarrea sanguinolenta, posibilidad de causar retraso en el crecimiento, dolor abdominal y la influencia del sistema inmune en la respuesta inflamatoria (Ortiz Fonseca, et all., 2025).

También cabe resaltar que la paciente empeoraba su sintomatología gastrointestinal al consumir alimentos lácteos. Pero, por otro lado, la gran diferencia entre CUCI y APLV radica en la edad de presentación, adolescentes y lactantes respectivamente, además de la infrecuencia de la regulación y vómitos en cuci, la reproductividad de la sintomatología en la APLV, entre varios otros.

- Alergia alimentaria mediada por IgE: propuesta como diagnóstico, debido a la elevación de la inmunoglobulina E (IgE) con valores de 606.0 UI/mL en junio del 2024, cuando lo normal para su rango de edad era de 0.0 a 100.0 UI/mL.

Otro dato a destacar es que de igual manera la APLV puede ser mediada por IgE.

- Enfermedad celiaca leve: se tomó por mera sospecha, debido a que el malestar gastrointestinal y la diarrea empeoraba al comer pan o alimentos con gluten. Y a destacar se ha llegado a plantear una relación potencial entre la enfermedad celiaca (EC) y la EII, ya que se ha observado una mayor prevalencia de EII en los celíacos, hasta 10 veces más a la de los controles, llegando a encontrar en algunos estudios, mayor relación con enfermedad de Crohn, hay varias teorías sobre la similitud entre dichas afecciones, entre las cuales destacan defectos de la barrera mucosa que un aumento de la permeabilidad, hiperactivación anómala de la respuesta inmunitaria de tipo T helper 1 (Th1) o 2 (Th2), y pues la similitud de algunos síntomas hace que sea necesario tomar este diagnóstico diferencial e incluso pensar en una posible coexistencia. (*Martin de Carpi, et all., 2009*)

Por lo cual, el 11 de julio de 2024, a la paciente se le realizo la prueba de anticuerpos IgG para gliadina obteniendo como resultado 6.2 CU, estando en rangos normales (<20 CU) y descartando la EC.

- Dermatitis herpetiforme: se realizó este supuesto, diagnóstico debido al desarrollo de eccema, en región axilar e inguinal, el cual se concluye que es impétigo con características de dermatitis herpetiforme en la región axilar e ingle, los cuales fueron tratados con pasta secante y antibiótico. Tras el diagnóstico de CUCI se puede intuir que se trata de una manifestación extraintestinal asociada a la EII como lo es el síndrome de Sweet por las características que presentó y el cuadro clínico que encaja con la enfermedad de base.

- Apéndice de Meckel: Se tomo en cuenta desde un inicio ya que es una causa común de dolor abdominal y hemorragia rectal en pediátricos, esto debido a que el divertículo puede llegar a secretar ácido que también genera úlceras, pudiéndose presentar así hematoquecia, melenas o heces con moco además de la sangre. (*Baum J. A., & Ching Companioni, R. A., 2024*)
- Para su descarte se realizó una resonancia magnética multiplanar multisecular de abdomen y pelvis con y sin contraste en marzo del 2024, reportando un estudio normal, sin evidencia de enfermedad inflamatoria intestinal y sin hallazgos focales que sugiriera la etiología de la sintomatología de la paciente, por lo que se decide continuar con una gamo grafía con Tc 99 para intentar detectar el divertículo de Meckel, obtener de nuevo un resultado negativo.

Adherencia y tolerabilidad de la intervención:

La herencia no se mide de forma objetiva, ya que no hay escalas específicas para esta, sin embargo, podemos comparar los estudios intentando encontrar alguna mejoría o en su defecto, una recaída. En este caso se podría decir que la adherencia fue buena, ya que los niveles de calprotectina descendieron de manera drástica (de 959 mg/kg en 2024 a 118 mg/kg para 2026), y la escala de mayo se modificó de estar en un score de 2 (lesión moderada con eritema marcado, ausencia de patrón vascular, fragilidad y erosiones) en 2024 a pasar a un mayo score 0 (lesión inactiva). Además, es posible hacer estas comparaciones, debido a que la paciente se mantuvo bajo vigilancia y con sus estudios de seguimiento.

Por otro lado, se podría decir que hubo una buena tolerancia farmacológica, ya que no se reportaron efectos secundarios relevantes y en su lugar hubo una disminución de los mercados de laboratorios.

Eventos adversos e imprevistos:

No se reportan efectos adversos farmacológicos, más, sin embargo, si hubo eventos imprevistos, como lo fueron los diagnósticos no certeros o equívocos, que sólo fueron retrasando el diagnóstico real con su subsecuente tratamiento y permitiendo progresar, las lesiones y complicaciones de la enfermedad de base. También hay que agregar que la primera colonoscopia no estuvo bien realizada y debió haberse repetido y reagendado inmediatamente, en vez de haber reportado un resultado negativo y una mala técnica que

sólo dio pauta a la confusión y retraso diagnóstico. Además, hubo una fragmentación del seguimiento médico, ya que no fue un trabajo multidisciplinario e incluso se llevó a cabo en más de un país.

Finalmente hay que destacar el negativo impacto emocional que trajo todo este tiempo de incertidumbre para los padres y las malas e incluso traumáticas experiencias para la pediátrica, la cual aún tiene una vida de estrés y ansiedad, así como frustración debido a su diagnóstico y a las limitaciones alimentarias que este conlleva.

DISCUSIÓN

El caso que nos ocupa y concierne, describe a una paciente pediátrica con un diagnóstico final de colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), cuyo caso, fue destacado e interesante por presentar un curso clínico atípico, donde se tuvo un seguimiento profesional médico inadecuado, el cual, propició el retraso diagnóstico significativo que destaca en este caso, hecho que sin lugar a dudas tuvo un impacto directo en la calidad de vida de la paciente.

El pico de incidencia de CUCI pediátrica se encuentra entre los 10 y 14 años de edad, enfrentándonos entonces, ante un caso en el cual la paciente tenía tan solo 7 años, hallazgo que contribuyó sin lugar a dudas a tales resultados.

Por otra parte, esta patología, por lo general, suele manifestarse con diarrea con sangre, dolor abdominal y síntomas proctálgicos (pujo, tenesmo, urgencia evacuatoria), siendo así que, en este caso, la presentación clínica fue un tanto inusual e insidiosa, presentándose de manera inicial con sangrado intermitente y sin dolor abdominal, hallazgos que sin lugar a dudas dificultaron que se llegará a un diagnóstico oportuno y/o se tuviera al menos una sospecha clínica temprana.

Una de las fortalezas que resaltamos del caso, es la documentación longitudinal de los sucesos y/o hallazgos acontecidos, los cuales caracterizan a este mismo, permitiéndonos observar y evidenciar no solo la progresión clínica, sino también la progresión paraclínica y endoscópica de la enfermedad a lo largo del tiempo, posibilitando constatar el comportamiento y evolución de la misma. De igual manera, parece fundamental destacar que se tuvo un abordaje bastante completo y amplio, donde se incluyeron estudios de

laboratorio, microbiológicos, endoscópicos, de imagen e histológicos, facilitando descartar múltiples diagnósticos diferenciales, entre los que se encontraban, el divertículo de Meckel, enfermedad celíaca, enfermedad de Crohn, alergia a la proteína de la leche de la vaca, e incluso el síndrome de hiper IgE, esto, debido a ciertas similitudes que estas comparten, desde factores de riesgo, etiologías e incluso clínica, hallazgos que dificultaron aún más llegar a un diagnóstico temprano; aunado a ello, la correlación final obtenida y observada entre los hallazgos clínicos, de laboratorio, endoscópicos (proctosigmoiditis con puntuación 2 en la escala de Mayo) y la buena respuesta obtenida al tratamiento, fortalecen el diagnóstico (CUCI).

No obstante, el caso presentó varias limitaciones. En un primer instante, la inadecuada preparación que se tuvo en la colonoscopia inicial, fue uno de los factores y creemos más importantes que determinaron y/o contribuyeron a la ausencia de hallazgos tempranos, retrasando de manera significativa llegar al diagnóstico definitivo final. Asimismo, creemos y la fragmentación que observamos en cuanto al seguimiento médico entre los distintos sistemas de salud y países, así como las barreras en cuanto a la comunicación, jugaron un papel importante en la continuidad y el enfoque del abordaje diagnóstico, contribuyendo sin lugar a dudas a tales resultados. Sin embargo, al tratarse de un solo caso, no nos es posible generalizar los hallazgos observados.

De acuerdo con la literatura médica, la CUCI pediátrica representa tan solo un pequeño porcentaje de los casos de EII, la cual se caracteriza por provocar una inflamación crónica y difusa de la mucosa del colon, comprometiendo al recto y una extensión variable del colon, extendiéndose de manera continua hacia proximal, pudiendo llegar al ciego. Sin embargo, aunque por lo general existe compromiso del recto, en los pacientes muy pequeños pueden tener una presentación atípica con recto respetado, sin olvidar, además, que este grupo etario suele debutar por lo común, con una pancolitis (70%), por lo que la enfermedad que se presenta en la infancia tiene un fenotipo más extenso y severo. El diagnóstico se basa en historia clínica, examen físico, estudios de laboratorio, endoscópicos e histológicos, así como en la exclusión de diagnósticos diferenciales. En este caso, la persistencia que notamos de los síntomas gastrointestinales desde una edad muy temprana, junto con demás antecedentes de relevancia (elevación de IgE, manifestaciones cutáneas y la posible

disbiosis asociada con el uso frecuente y en edades muy tempranas de antibiótico), podrían haber contribuido a propiciar un entorno y/o ambiente proinflamatorio que favoreció el desarrollo de la enfermedad, esto en relación con los supuestos actuales sobre su posible etiopatogenia multifactorial, que aún sigue en investigación.

Las conclusiones de este caso se justifican con la integración de los hallazgos clínicos, paraclínicos y la evolución endoscópica observada, registrada y documentada, sin olvidar la buena respuesta obtenida al tratamiento. Resaltando no solo la importancia de mantener una alta sospecha diagnóstica en pacientes pediátricos con síntomas clínicos muy sugestivos de enfermedad incluso ante estudios iniciales no concluyentes, sino también, el fomentar una mejor comunicación y sistematización entre los mismos médicos, así como entre estos y los pacientes.

Este caso nos recuerda que la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) pediátrica puede presentar manifestaciones iniciales atípicas que dificultan su diagnóstico temprano y oportuno. Donde la persistencia de síntomas gastrointestinales, o incluso, una fuerte sospecha clínica, con sintomatología muy sugestiva, aún con estudios iniciales negativos, debe motivar a realizar una reevaluación continua y a dar un seguimiento más estrecho, aún más, si el proceso diagnóstico, por algún motivo se realizó de manera inadecuada. Asimismo, nos resalta la importancia de realizar un abordaje más integral, de manera multidisciplinaria y de forma conjunta con todos los médicos tratantes, que permita una comunicación entre médicos y pacientes más consolidada, con el fin de lograr tener un seguimiento de mayor calidad y así evitar la progresión de la enfermedad y mejorar con ello, la calidad de vida del paciente y su familia.

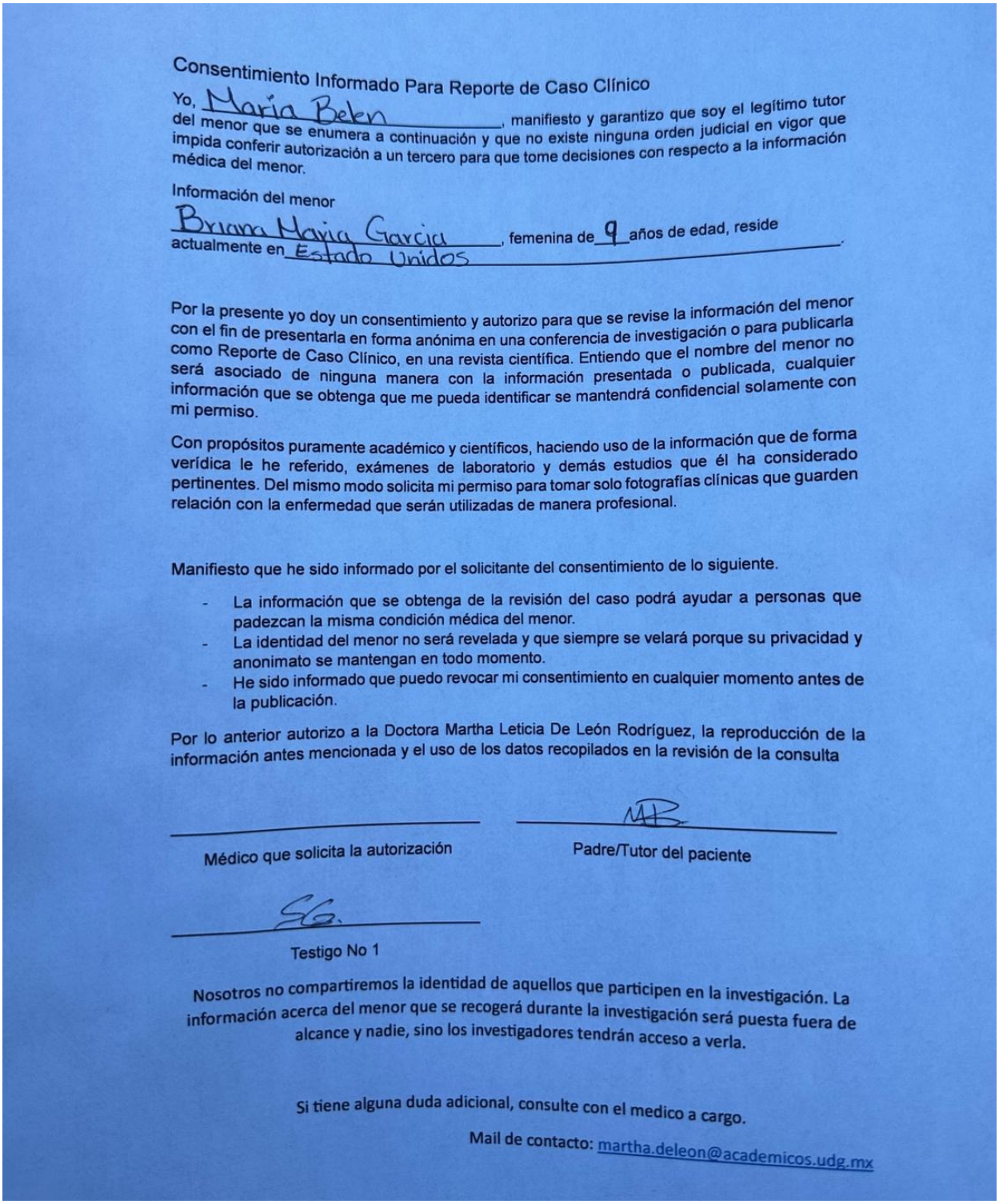
PERSPECTIVA DEL PACIENTE

La paciente manifestó preocupación por la condición que estaba padeciendo con la diarrea, las heces sanguinolentas y los dolores abdominales que en muchas de las ocasiones le impedían llevar con normalidad el día a día en su vida cotidiana, además de incomodidad y vergüenza por las manifestaciones cutáneas presentadas que le causaba prurito intenso con nulo alivio del mismo y que le generaban baja autoestima por las lesiones cicatrízales que

estas lesiones le generaron, manifestó sentir debilidad de larga evolución que le frenaba al tratar de llevar a cabo actividades recreativas o pasatiempos en los que se solía desarrollar, tenía una gran preocupación, debido a la nula respuesta de los médicos a la causa de su padecimiento y el tratamiento sintomático no fue de mucha ayuda para poder sobrellevar lo que sentía a causa de la enfermedad. La visita con múltiples profesionales, servicios de salud y los diferentes tipos de tratamientos recibidos, incluyendo las restricciones alimentarias fueron muy significativos porque hubo un cambio en hábitos dietéticos que le eran muy restrictivos y le generaban frustración o en muchos de los casos era todo un reto para los padres, en Estados Unidos, y tutores, en México, el que llevará a cabo esta dieta restrictiva en fuentes de gliadina, porque había casos que por poca claridad en las indicaciones médicas o por el propio desconocimiento de los padres no era posible seguirla, incluyendo los casos en que la propia paciente desobedecía las indicaciones a escondidas tratando de comer las cosas que a ella le gustaban.

Además de la preocupación constante por la falta de resultados en las múltiples pruebas diagnósticas que le dejaron malas experiencias a la paciente porque remite que las visitas al laboratorio, estudios de gabinete y consultas con especialistas fueron muy tensas para ella, llegando a llorar en algunas visitas por el dolor que estos procedimientos le causaban o por la invasión a su persona que estas pruebas significaban. En el caso de los padres y tutores la situación como parte del cuidado de la paciente fue de gran carga económica, todo lo que se requirió monetariamente hablando las consultas, las pruebas de laboratorio en repetidas ocasiones, los procedimientos diagnósticos que muchas veces requerían de hospitalización y traslados largos tanto en su propio país como en México hicieran que los gastos en el solo diagnóstico fueran de gran impacto en su situación.

Consentimiento informado



Consentimiento Informado Para Reporte de Caso Clínico

Yo, María Belen, manifiesto y garantizo que soy el legítimo tutor del menor que se enumera a continuación y que no existe ninguna orden judicial en vigor que impida conferir autorización a un tercero para que tome decisiones con respecto a la información médica del menor.

Información del menor

Briana María García, femenina de 9 años de edad, reside actualmente en Estado Unidos.

Por la presente yo doy un consentimiento y autorizo para que se revise la información del menor con el fin de presentarla en forma anónima en una conferencia de investigación o para publicarla como Reporte de Caso Clínico, en una revista científica. Entiendo que el nombre del menor no será asociado de ninguna manera con la información presentada o publicada, cualquier información que se obtenga que me pueda identificar se mantendrá confidencial solamente con mi permiso.

Con propósitos puramente académico y científicos, haciendo uso de la información que de forma verídica le he referido, exámenes de laboratorio y demás estudios que él ha considerado pertinentes. Del mismo modo solicita mi permiso para tomar solo fotografías clínicas que guarden relación con la enfermedad que serán utilizadas de manera profesional.

Manifiesto que he sido informado por el solicitante del consentimiento de lo siguiente.

- La información que se obtenga de la revisión del caso podrá ayudar a personas que padezcan la misma condición médica del menor.
- La identidad del menor no será revelada y que siempre se velará porque su privacidad y anonimato se mantengan en todo momento.
- He sido informado que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de la publicación.

Por lo anterior autorizo a la Doctora Martha Leticia De León Rodríguez, la reproducción de la información antes mencionada y el uso de los datos recopilados en la revisión de la consulta

Médico que solicita la autorización

Padre/Tutor del paciente

Testigo No 1

Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información acerca del menor que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie, sino los investigadores tendrán acceso a verla.

Si tiene alguna duda adicional, consulte con el medico a cargo.

Mail de contacto: martha.deleon@academicos.udg.mx

BIBLIOGRAFÍA:

1. Miranda-Bautista, J., Garvín, L. P., & Marín-Jiménez, I. (2024). Enfermedad inflamatoria intestinal. Colitis ulcerosa. Medicine - Programa de Formación *Médica Continuada Acreditado, 14*(8), 415-425. https://doi.org/10.1016/j.med.2024.04.013v
2. Thacker, N., Duncanson, K., Eslick, G. D., Dutt, S., O'Loughlin, E. V., Hoedt, E. C., & Collins, C. E. (2024). Antibiotics, passive smoking, high socioeconomic status and sweetened foods contribute to the risk of paediatric inflammatory bowel disease: A systematic review with meta-analysis. Journal Of Pediatric Gastroenterology And Nutrition, 79(3), 610-621. https://doi.org/10.1002/jpn3.12303
3. Higuchi, L. M., & Bousvaros, A. (2024). Presentación clínica y diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal en niños. En A. G. Hoppin & M. B. Heyman (Eds.), UpToDate. Recuperado el 27 de noviembre de 2025, de www.uptodate.com
4. Turner, D., Otley, A. R., Mack, D., Hyams, J., De Bruijne, J., Uusoue, K., Walters, T. D., Zachos, M., Mamula, P., Beaton, D. E., Steinhart, A. H., & Griffiths, A. M. (2007). Development, Validation, and Evaluation of a Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index: A Prospective Multicenter Study. Gastroenterology, 133(2), 423-432. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2007.05.029
5. Grez, C., & Ossa, J. C. (2019). ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PEDIATRÍA, UNA REVISIÓN. Revista Médica Clínica las Condes, 30(5), 372-382. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.06.009
6. Rodríguez Martínez, A., Velasco Rodríguez-Belvís, M., & Navas López, V. M. (2023). *Enfermedad inflamatoria intestinal: colitis ulcerosa y enfermedad inflamatoria intestinal no clasificada.* En Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría (pp. 207-221). Asociación Española de Pediatría. https://www.aeped.es/protocolos/
7. Higuchi, L. M., & Bousvaros, A. (2024). Presentación clínica y diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal en niños. En A. G. Hoppin & M. B. Heyman (Eds.), UpToDate. Recuperado el 27 de noviembre de 2025, de www.uptodate.com
8. Gomez-Bris, R., Saez, A., Herrero-Fernandez, B., Rius, C., Sanchez-Martinez, H., & Gonzalez-Granado, J. M. (2023). CD4 T-Cell Subsets and the Pathophysiology of

Inflammatory Bowel Disease. International Journal Of Molecular Sciences, 24(3), 2696. https://doi.org/10.3390/ijms24032696

9. Levine, A., Griffiths, A., Markowitz, J., Wilson, D. C., Turner, D., Russell, R. K., Fell, J., Ruemmele, F. M., Walters, T., Sherlock, M., Dubinsky, M., & Hyams, J. S. (2010). Pediatric modification of the Montreal classification for inflammatory bowel disease. Inflammatory Bowel Diseases, 17(6), 1314-1321. https://doi.org/10.1002/ibd.21493
10. Levine, A., Koletzko, S., Turner, D., Escher, J. C., Cucchiara, S., De Ridder, L., Kolho, K., Veres, G., Russell, R. K., Paerregaard, A., Buderus, S., Greer, M. C., Dias, J. A., Veereman-Wauters, G., Lionetti, P., Sladek, M., De Carpi, J. M., Staiano, A., Ruemmele, F. M., & Wilson, D. C. (2013). ESPGHAN Revised Porto Criteria for the Diagnosis of Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents. Journal Of Pediatric Gastroenterology And Nutrition, 58(6), 795-806. https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000000239
11. Turner, D., Otley, A. R., Mack, D., Hyams, J., De Bruijne, J., Uusoue, K., Walters, T. D., Zachos, M., Mamula, P., Beaton, D. E., Steinhart, A. H., & Griffiths, A. M. (2007). Development, Validation, and Evaluation of a Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index: A Prospective Multicenter Study. Gastroenterology, 133(2), 423-432. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2007.05.029
12. Traub, A., Giebink, S., Smith, C., Kuni, C. C., Brekke, M. L., Edlund, D., & Perry, J. F. (1987). Splenic Reticuloendothelial Function after Splenectomy, Spleen Repair, and Spleen Autotransplantation. New England Journal Of Medicine, 317(25), 1559-1564. https://doi.org/10.1056/nejm198712173172503
13. Damjanov, I. (2000). Book review. Modern Pathology, 13(2), 118. https://doi.org/10.1038/modpathol.3880020
14. Mehaudy, R., Já uregui, M. B., Vinderola, G., Guzmán, L., Martínez, J., Orsi, M., & Parisi, C. (2022). Cow's milk protein allergy; new knowledge from a multidisciplinary perspective. Alergia a la proteína de la leche de vaca; nuevos conocimientos desde una visión multidisciplinaria. Archivos argentinos de pediatria, 120(3), 200–206. https://doi.org/10.5546/aap.2022.eng.200
15. Ruíz-Celorio, M., La Tijera F, H., & Pérez-Torres, E. (2014, 1 abril). El divertículo

de Meckel. Revista Médica del Hospital General de México. https://www.elsevier.es/en-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-el-diverticulo-meckel-X0185106314366094

16. Stahl, M., & Liu, E. (2025). Epidemiología, patogénesis y manifestaciones clínicas de la enfermedad celíaca en niños. En B. U. Li & A. G. Hoppin (Eds.), UpToDate. Recuperado el 27 de noviembre de 2025, de www.uptodate.com
17. Yamamoto Furusho, J. K. (2023). *Enfermedad inflamatoria intestinal.* Editorial Alfil. https://www.gastro.org.mx/pdf/clinicas/2023/2023-01-enfermedad-inflamatoria-intestinal.pdf
18. Hedin CRH, Vavricka SR, Stagg AJ, et al. La patogénesis de las manifestaciones extraintestinales: implicaciones para la investigación, el diagnóstico y el tratamiento de la EII. J Crohns Colitis 2019;13:541–554. https://academic.oup.com/ecco-jcc/article-abstract/13/5/541/5183379?redirectedFrom=fulltext&login=false
19. Luchetti MM, Benfaremo D, Bendia E, et al. Clinical and patient reported outcomes of the multidisciplinary management in patients with inflammatory bowel disease-associated spondyloarthritis. Eur J Intern Med 2019;64:76–84. https://www.ejinme.com/article/S0953-6205(19)30121-9/abstract
20. Ortiz-Fonseca, E., & Hernández-Soto, A. (2025). Alergia a la proteína de la leche de vaca. *Revista Alergia México, 72*(4), 318–330. https://doi.org/10.29262/ram.v72i4.1473
21. Martín de Carpi, J., Vilar Escrigas, P., & Varea Calderón, V. (2009). Coexistencia de enfermedad celíaca y enfermedad inflamatoria intestinal. *Anales de Pediatría, 70*(1), 94–95. https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2008.08.022
22. Baum, J. A., & Ching Companioni, R. A. (2024, julio). Divertículo de Meckel. Manual MSD, versión para profesionales. https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/enfermedad-diverticular/divert%C3%ADculo-de-meckel
23. Martínez Gómez, M. J. (2015). *Enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica*. Pediatría Integral, 19(2), 119-126. https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-02/enfermedad-inflamatoria-intestinal-pediatrica/
24. Busoni, V. B., Orsi, M., y Grupo de Trabajo de la Sociedad Latinoamericana de

Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SLAGHNP). (2018). *Enfermedad inflamatoria intestinal en pediatría (EII): revisión.* Acta Gastroenterológica Latinoamericana, 48(3), 226-241. https://actagastro.org/enfermedad-inflamatoria-intestinal-en-pediatria-eii-revision-grupo-de-trabajo-de-la-sociedad-latinoamericana-de-gastroenterologia-hepatologia-y-nutricion-pediatrica-slaghnp/

25. Levine, J. S., & Burakoff, R. (2011). *Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease.* Gastroenterology & Hepatology, 7(4), 235-241. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3127025/
26. Yamamoto-Furusho, J. K., Gutiérrez-Grobe, Y., López-Gómez, J. G., Bosques-Padilla, F., Rocha-Ramírez, J. L., & Grupo del Consenso Mexicano de Colitis Ulcerosa Crónica Idiopática. (2018). *Consenso mexicano para el diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerosa crónica idiopática.* Revista de Gastroenterología de México, 83 (2), 144-167. https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2017.08.006