https://doi.org/10.22516/25007440.1535

Trabajo original

Evolución clínica, complicaciones y requerimiento de terapia avanzada en pacientes con colitis ulcerativa

Clinical course, complications, and requirement for advanced therapy in patients with ulcerative colitis

Gustavo Adolfo Reyes-Medina,[1] María Alejandra Gómez-Gutiérrez,[2*] Adriana Margarita Rey-Rubiano,[1] Rafael García-Duperly,[3] José De la Hoz-Valle,[4] Iván Camilo Triana-Avellaneda,[5] Zamira Fernanda Gómez-Giraldo,[2] Juan Diego Castro-Córdoba,[2] Miguel Felipe Cárdenas-Mesa,[6] María Carolina Barrios-Domínguez,[7] Fernando Sierra-Arango.[8]

ACCESO ABIERTO

Citación:
Reyes-Medina GA, Gómez-Gutiérrez MA, Rey-Rubiano AM, García-Duperly R, De la Hoz-Valle J, Triana-Avellaneda IC, Gómez-Giraldo ZF, Castro-Córdoba JD, Cárdenas-Mesa MF, Barrios-Domínguez MC, Sierra-Arango F. Evolución clínica, complicaciones y requerimiento de terapia avanzada en pacientes con colitis ulcerativa. Revista. colomb. Gastroenterol. 2026;41(3):303-308.
https://doi.org/10.22516/25007440.1535

[1] Gastroenterólogo institucional, Fundación Santa Fe. Bogotá, Colombia.
[2] Médico, asistente de investigación, Fundación Santa Fe. Bogotá, Colombia.
[3] Coloproctólogo, Fundación Santa Fe. Bogotá, Colombia.
[4] Médico, especialista en Epidemiología Clínica, PhD en Ciencias Biomédicas. Jefe de la Subdirección de Estudios Clínicos, Fundación Santa Fe. Bogotá, Colombia.
[5] Médico, Epidemiólogo, asistente de investigación, Fundación Santa Fe. Bogotá, Colombia.
[6] Estudiante de Medicina, Universidad de los Andes. Bogotá, Colombia.
[7] Médico Cirujano, residente de Cirugía General, Fundación Santa Fe. Bogotá, Colombia.
[8] Médico Internista, Gastroenterólogo, magíster en Epidemiología Clínica. Director de la Subdirección de Estudios Clínicos, jefe del Departamento de Gastroenterología, Fundación Santa Fe. Bogotá, Colombia.

***Correspondencia**: María Alejandra Gómez Gutiérrez.
alejandragomezgh@gmail.com

Fecha recibido: 02/02/2026
Fecha aceptado: 02/02/2026

CC BY NC ND

Resumen

Introducción: la colitis ulcerativa es una enfermedad inflamatoria intestinal crónica cuyo curso clínico y requerimientos terapéuticos se han descrito principalmente en cohortes de Norteamérica y Europa. En América Latina, la información proveniente de estudios longitudinales de vida real sigue siendo limitada. **Metodología:** se realizó una serie de casos retrospectiva que incluyó pacientes adultos con diagnóstico confirmado de colitis ulcerativa atendidos en un centro de referencia colombiano entre enero de 2020 y abril de 2025. Se recolectaron variables sociodemográficas, extensión de la enfermedad, tratamientos recibidos, complicaciones intestinales y extraintestinales, requerimiento quirúrgico y uso de terapias avanzadas. El análisis fue descriptivo. **Resultados:** se incluyeron 53 pacientes, con predominio femenino (60,4%). La proctitis fue la forma de presentación más frecuente (41,7%). El 28,3% presentó al menos una complicación intestinal, y la hemorragia con hospitalización fue la más común (18,9%). Las manifestaciones extraintestinales ocurrieron en el 15,1%, mientras que el 9,4% requirió manejo quirúrgico. El 30,2% fue refractario a la terapia convencional y requirió escalamiento a terapias avanzadas, iniciado en promedio 46 meses después del diagnóstico; el vedolizumab fue el agente más utilizado. **Conclusiones:** una proporción significativa de pacientes con colitis ulcerativa en esta serie de casos colombiana presentó complicaciones y requirió terapias avanzadas, generalmente de forma tardía. Estos hallazgos aportan evidencia local de vida real y resaltan la necesidad de optimizar el seguimiento y el escalamiento terapéutico oportuno.

Palabras clave

Colitis ulcerativa, enfermedades inflamatorias del intestino, estudios longitudinales, terapia biológica.

Abstract

Introduction: Ulcerative colitis is a chronic inflammatory bowel disease whose clinical course and therapeutic requirements have been described mainly in North American and European cohorts. In Latin America, information from real-world longitudinal studies remains limited. **Methodology:** Researchers conducted a retrospective case series that included adult patients with a confirmed diagnosis of ulcerative colitis treated at a Colombian referral center between January 2020 and April 2025. They collected sociodemographic variables, disease extent, treatments received, intestinal and extraintestinal complications, surgical requirements, and use of advanced therapies. The analysis was descriptive. **Results:** The study included 53 patients, with a predominance of women (60.4%). Proctitis was the most frequent presentation (41.7%). A total of 28.3% experienced at least one intestinal complication, and bleeding requiring hospitalization was the most common (18.9%). Extraintestinal manifestations occurred in 15.1%, while 9.4% required surgical management. A total of 30.2% were refractory to conventional therapy and required escalation to advanced therapies, initiated on average 46 months after diagnosis; vedolizumab was the most frequently used agent. **Conclusions:** A significant proportion of patients with ulcerative colitis in this Colombian case series developed complications and required advanced therapies, generally at a late stage. These findings provide local real-world evidence and highlight the need to optimize follow-up and timely therapeutic escalation.

Keywords

Ulcerative colitis, inflammatory bowel diseases, longitudinal studies, biological therapy.

INTRODUCCIÓN

La colitis ulcerativa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) crónica que se caracteriza por la inflamación continua de la mucosa del colon, la cual suele iniciar en el recto y se extiende de manera proximal. Este patrón y su naturaleza de curso clínico intermitente, con períodos alternados de actividad y remisión, han sido ampliamente descritos en la literatura internacional[1]. Su etiología es multifactorial e involucra una interacción compleja entre predisposición genética; alteraciones en la barrera epitelial; inmunidad innata y adaptativa, y factores ambientales[2]. El aumento sostenido en la incidencia global de esta afección, en particular en regiones con procesos de urbanización acelerada, respalda o reafirma el papel central que tienen los aspectos ambientales en la patogénesis de la enfermedad[1].

Aunque las tasas más altas de incidencia se observan en Norteamérica, Europa y Australia, en América Latina también se ha documentado un incremento progresivo de la enfermedad [3,4]. Este aumento se ha asociado a procesos de occidentalización, cambios dietarios y desigualdades en el acceso a un diagnóstico oportuno, lo cual genera retos clínicos específicos para la región[3].

A nivel clínico, la CU se manifiesta con diarrea sanguinolenta, urgencia evacuatoria, tenesmo y dolor abdominal. Su diagnóstico requiere la integración de hallazgos clínicos, endoscópicos e histológicos, junto con la exclusión de causas infecciosas[2]. Entre el 30% y el 60% de los pacientes debutan con proctitis, mientras que del 16% al 45% con colitis izquierda, y del 14% al 35% presentan pancolitis, según estudios poblacionales de larga duración[1]. La extensión de la enfermedad tiene implicaciones pronósticas relevantes, como un mayor riesgo de colectomía o complicaciones cuando el compromiso es extenso[2].

El tratamiento actual de la CU se basa en un enfoque de objetivos terapéuticos que se orientan a inducir y mantener la remisión clínica y endoscópica, mediante el uso secuencial de aminosalicilatos, corticosteroides, inmunomoduladores, agentes biológicos e inhibidores de JAK[1,2]. Sin embargo, en América Latina persisten desafíos relacionados con inequidades en la disponibilidad de terapias avanzadas, demoras diagnósticas y dificultades en el seguimiento especializado[5].

A pesar de estos avances, todavía hay escasez de datos provenientes de cohortes latinoamericanas que permitan comprender el comportamiento clínico de la enfermedad en la región y contribuyan a la construcción y consolidación del conocimiento epidemiológico local. La mayoría de las descripciones del curso natural de la CU provienen de Norteamérica y Europa, lo cual limita la aplicabilidad directa de estos hallazgos a poblaciones con características sociodemográficas y sistemas de salud diferentes.

En este contexto, el presente estudio describe las características clínicas, la evolución, la aparición de complicaciones intestinales y extraintestinales y el uso de terapias avanzadas en una cohorte de pacientes con CU atendidos en un centro de referencia colombiano. Este trabajo aporta evidencia local necesaria para contextualizar la atención de la CU en América Latina y apoyar el desarrollo de estrategias adaptadas a la región.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de serie de casos retrospectiva que incluyó pacientes adultos con diagnóstico confirmado de CU, atendidos en un centro de referencia en Bogotá (Colombia) entre enero de 2020 y abril de 2025. La identificación de los casos se desarrolló mediante la revisión de las historias clínicas electrónicas institucionales.

Así, se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico confirmado de CU, según criterios clínicos, endoscópicos e histológicos. Además, se excluyeron aquellos cuya información clínica estaba incompleta, lo cual impedía determinar la evolución temporal de las complicaciones o el uso de terapias avanzadas.

Durante el análisis de cada paciente se recolectaron variables sociodemográficas y clínicas, que incluyeron aspectos como la extensión de la enfermedad (proctitis, colitis izquierda o pancolitis); la presencia de antecedentes familiares de EII; manifestaciones extraintestinales; tratamientos recibidos, y refractariedad terapéutica. También se documentó el uso de inmunomoduladores, biológicos y pequeñas moléculas, así como el motivo de escalamiento terapéutico y la ocurrencia de eventos adversos asociados.

Las complicaciones intestinales se definieron como la presencia de hemorragia con requerimiento de hospitalización, obstrucción intestinal, pólipos posinflamatorios, abscesos o la necesidad de intervención quirúrgica. De manera separada, se registraron las manifestaciones extraintestinales, incluidas colangitis esclerosante primaria, uveítis, espondiloartritis, sacroilitis, poliartropatía, osteoporosis y enfermedad tromboembólica.

En cada caso se determinó el tiempo transcurrido entre el diagnóstico inicial y la aparición de la primera complicación intestinal. Además, se realizó un análisis descriptivo de la cohorte, expresando las variables continuas como promedios y las categóricas como frecuencias y porcentajes válidos. El análisis estadístico se realizó de manera descriptiva, utilizando el *software* R, versión 4.5.2.

RESULTADOS

El estudio tuvo la participación de 53 pacientes con CU atendidos en un centro de referencia, entre enero de 2020

y abril de 2025. Del total de los participantes, 21 eran hombres (39,6%) y 32 eran mujeres (60,4%). La mediana de edad al diagnóstico fue de 40 años (rango intercuartílico [RIC]: 30-52,5). La distribución por extensión mostró que, entre los pacientes con información disponible (n = 48), el 41,7% (n = 20) presentaba proctitis, mientras que el 25,0% (n = 12) sufría colitis izquierda y el 33,3% (n = 16) padecía pancolitis. En el 9,4% de los casos (n = 5) no se contó con información sobre la extensión de la enfermedad (**Figura 1**). Por su parte, el 3% de los pacientes (n = 2) reportó antecedentes familiares de CU en un familiar de primer grado.

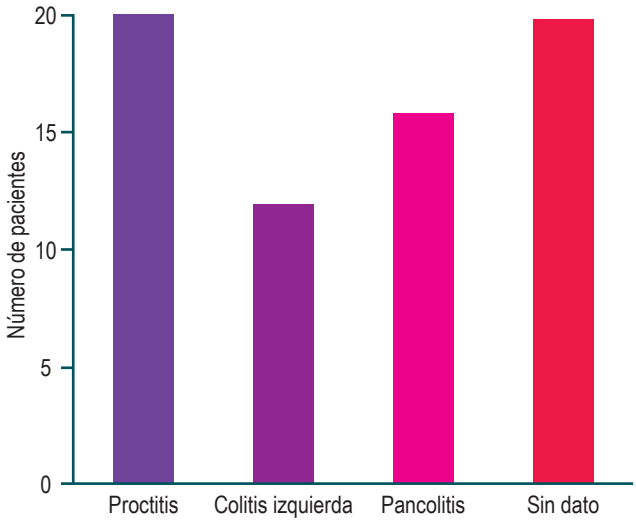


Figura 1. Localización de la enfermedad al momento del diagnóstico (n = 53). Imagen propiedad de los autores.

Entretanto, el 28,3% de los pacientes (n = 15) presentó al menos una complicación intestinal durante el seguimiento. La hemorragia digestiva con requerimiento de hospitalización fue la más frecuente, pues se observó en el 18,9% de los casos (n = 10) y ocurrió, en promedio, 51 meses después del diagnóstico. El desarrollo de abscesos sucedió en el 5,6% de los participantes (n = 3), mientras que la obstrucción intestinal fue un evento poco recurrente, documentado en un único paciente (1,9%). No se identificaron casos de perforación ni de megacolon tóxico (**Figura 2**). El 9,4% de los pacientes (n = 5) requirió manejo quirúrgico, y en todos ellos la enfermedad se extendió más allá del recto.

Por otra parte, las manifestaciones extraintestinales se identificaron en el 15,1% de los pacientes (n = 8). Algunos de ellos presentaron más de uno de estos signos, por lo que las frecuencias por tipo no resultaron mutuamente excluyentes. Así, las manifestaciones más frecuentes fueron la osteoporosis (7,5%; n = 4) y las espondiloartropatías (7,5%; n = 4), entre las que se incluyeron espondilitis anquilosante (n = 2), sacroilitis (n = 1) y poliartropatía periférica (n = 1). En menor proporción se observaron colangitis esclerosante primaria (5,7%; n = 3), uveítis (1,9%; n = 1) y un evento de enfermedad tromboembólica (1,9%; n = 1) (**Figura 3**). No se documentaron neoplasias asociadas a la EII.

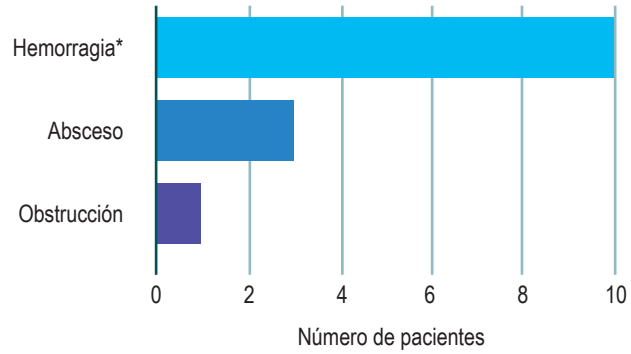


Figura 2. Complicaciones intestinales en pacientes con colitis ulcerativa. *Hemorragia que requirió hospitalización. Imagen propiedad de los autores.

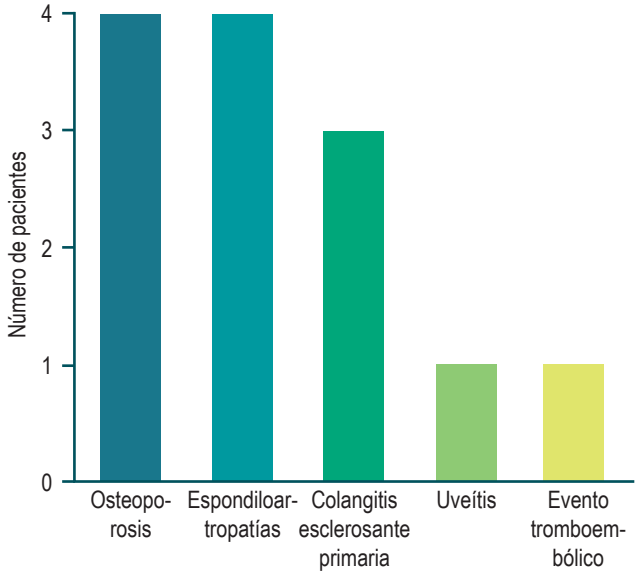


Figura 3. Manifestaciones extraintestinales en pacientes con colitis ulcerativa. Imagen propiedad de los autores.

En cuanto al tratamiento, la mayoría de los pacientes recibieron aminosalicilatos (88,7%; n = 47). El uso de corticosteroides se documentó en el 34% de los pacientes (n = 18), mientras que, dentro del componente inmunomodulador, se empleó azatioprina en el 37,7% (n = 20) de ellos. En un 54,7% (n = 29) de los participantes se realizó terapia estándar combinada.

En total, el 30,2% de los pacientes (n = 16) fue refractario a la terapia estándar y requirió escalamiento a terapias avanzadas (**Figura 4**). En este grupo, el inicio de la terapia avanzada ocurrió, en promedio, a los 46 meses desde el diagnóstico. Con respecto a los agentes utilizados como

primera línea de terapia avanzada, vedolizumab fue el más frecuente (43,8%), seguido de infliximab (31,3%), adalimumab (12,5%), golimumab (6,3%) y upadacitinib (6,3%) (**Figura 5**). Entre los pacientes refractarios a la primera línea de terapia farmacológica avanzada (n = 5), las estrategias posteriores incluyeron vedolizumab (n = 3) y tofacitinib (n = 2). La suspensión de la terapia avanzada por eventos adversos fue poco frecuente, ya que se registró solo en un paciente. En aquellas personas tratadas con terapia biológica se observó una menor frecuencia de complicaciones intestinales (18,8%), en comparación con quienes fueron manejados con terapia convencional (30,6%).

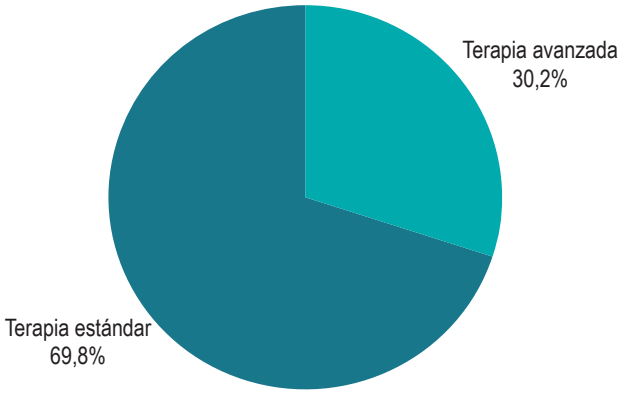


Figura 4. Terapia avanzada frente a terapia estándar (n = 53). Imagen propiedad de los autores.

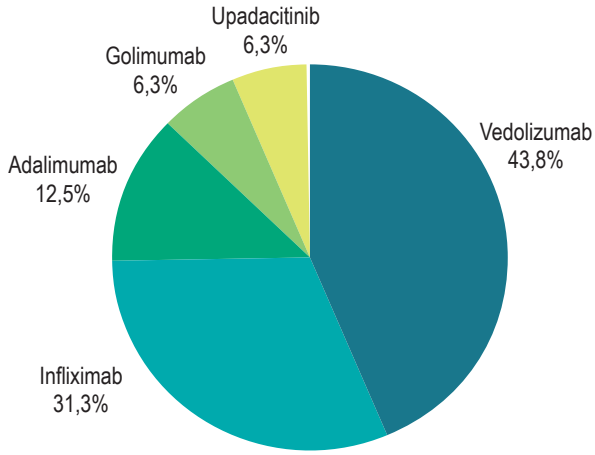


Figura 5. Distribución de la primera línea de terapia avanzada en pacientes refractarios a la terapia estándar (n = 16). Imagen propiedad de los autores.

DISCUSIÓN

Nuestros hallazgos describen la evolución clínica de una serie de casos de CU atendida en un centro de referencia en Bogotá. Dentro de ese escenario, la hemorragia digestiva con requerimiento de hospitalización fue la principal complicación intestinal (18,9%) y apareció de manera tardía (promedio, 51 meses), mientras que la necesidad de cirugía se observó en una proporción baja pero clínicamente relevante (9,4%). En paralelo, las manifestaciones extraintestinales ocurrieron en el 15,1% de los casos.

Estos resultados aportan evidencia local de vida real y permiten contextualizar patrones de complicaciones y escalamiento terapéutico en el entorno colombiano. Se debe considerar que la naturaleza unicéntrica del estudio y su carácter de centro de referencia pueden influir en la composición de la cohorte, al concentrar pacientes con mayor complejidad clínica o refractariedad terapéutica. Dichos elementos señalan oportunidades para optimizar la atención mediante factores como la estratificación temprana del riesgo, la monitorización proactiva y un escalamiento terapéutico más oportuno en pacientes con actividad persistente.

En Latinoamérica, la evidencia disponible sugiere que existe una carga creciente de EII, con predominio de CU sobre la enfermedad de Crohn (EC). Además, se ha documentado que las incidencias de CU en la región se sitúan en el rango de 4-5 por 100.000, y que las prevalencias, aunque inferiores a Norteamérica y Europa, han aumentado de forma sostenida. Asimismo, algunas series chilenas han descrito que la aparición de pancolitis no solo es un patrón frecuente, sino que tiene una clara asociación con el hecho de vivir en zonas urbanas.

Por su parte, en Colombia las estimaciones basadas en SISPRO y modelamiento ubican la prevalencia de CU alrededor de 27-70 por 100.000, mientras que la incidencia se halla en 0,55-2,33 por 100.000/año. La razón CU:EC se sitúa cercana a 4,5:1, lo cual refleja el predominio de CU.

Estos datos provienen del estudio desarrollado en dos países (México y Colombia)[6] y son coherentes con una serie histórica local realizada en Cartagena, que ya sugería una prevalencia de 22 por 100.000 para CU[7]. Dichos hallazgos, además, son consistentes con el estudio de Juliao-Baños y colaboradores, que a partir de una base nacional representativa (SISPRO) la cual cubre cerca del 98% de la población adulta colombiana, documentó un incremento sostenido en la incidencia y prevalencia de CU entre 2010 y 2017, con un claro predominio de CU sobre EC y una mayor carga de enfermedad en zonas urbanas, particularmente en la región Andina[4].

Frente a ese marco, nuestros resultados se alinean en varios puntos: cirugía, en el 9,4% de los pacientes durante el seguimiento (en línea con las tasas regionales de CU cercanas al 10%); y una frecuencia de manifestaciones extraintestinales (15,1%) similar a lo descrito en series nacionales[7-11]. A la vez, observamos una transición tardía a terapia avanzada (~46 meses). A nivel regional, este retraso suele atribuirse a brechas de acceso y tiempos de atención[6,12].

Sin embargo, dadas las características del acceso a servicios de salud en esta cohorte, es más probable que obedezca a hábitos de práctica, como un uso prolongado de esquemas convencionales e implementación gradual de enfoques orientados a metas, más que a restricciones de acceso.

En nuestra cohorte, la proctitis fue la forma de presentación más frecuente al momento del diagnóstico. Este patrón se ha descrito con anterioridad en algunas series colombianas, aunque con cierta variabilidad entre centros[7-11]. Estudios previos han mostrado diferencias importantes en la distribución de proctitis, colitis izquierda y pancolitis según el contexto institucional y el período analizado, lo que sugiere una influencia tanto de factores clínicos como de oportunidad diagnóstica[8]. En nuestro caso, el perfil de centro de referencia puede favorecer la coexistencia de pacientes con enfermedad distal estable y subgrupos más complejos derivados por refractariedad, lo que podría atenuar asociaciones esperadas entre extensión y desenlaces.

Desde el punto de vista terapéutico, el alto uso de aminosalicilatos (88,7%) y azatioprina (37,7%) es consistente con lo reportado en otras cohortes nacionales, en las que estas estrategias constituyen la base del manejo convencional. La proporción de pacientes refractarios a terapia estándar (30,2%) y el inicio tardío de terapias avanzadas (promedio de 46 meses desde el diagnóstico) son hallazgos de particular relevancia.

De manera comparable, Juliao-Baños y colaboradores describen en su cohorte clínica un uso relativamente bajo de terapias biológicas en CU, en comparación con EC, así como un tiempo promedio cercano a cinco años desde el diagnóstico hasta el inicio del primer biológico en CU, lo que sugiere patrones similares de secuenciación terapéutica en diferentes centros del país[4]. Este retraso, más que reflejar barreras estructurales de acceso en este contexto, podría relacionarse con hábitos de práctica clínica, uso prolongado de esquemas convencionales y una implementación gradual de estrategias orientadas a metas terapéuticas, como ha sido reportado en la región[6,12].

En concordancia con lo que documentó una revisión sistemática regional, la población latinoamericana con EII podría presentar rasgos fenotípicos particulares, en comparación con otras regiones. En nuestra cohorte observamos un predominio de proctitis al momento del diagnóstico. Este patrón puede obedecer a diferencias genéticas o ambientales[12]. En otras cohortes colombianas se ha descrito cómo la EII se tiende a diagnosticar a edades más avanzadas que en otros países occidentales, con un pico en la cuarta y quinta décadas de la vida, lo cual coincide con la impresión clínica de un curso distinto del registrado en Norteamérica y Europa[4,10]. Es fundamental considerar que el carácter de centro de referencia de nuestra institución puede influir en el perfil de los casos incluidos y, por tanto, modificar la distribución observada respecto a la población general.

Este estudio presenta limitaciones inherentes a su diseño metodológico, principalmente relacionadas con su naturaleza descriptiva, el tamaño muestral reducido y el carácter retrospectivo, lo cual disminuye la inferencia causal y conlleva riesgos de subregistro, información incompleta y heterogeneidad en el seguimiento y en las decisiones terapéuticas. Asimismo, al tratarse de una serie de casos de un solo centro, existen limitaciones en la generalización de los hallazgos. No obstante, esta investigación aporta evidencia de vida real en el contexto colombiano y contribuye a la comprensión del curso clínico y del uso de terapias en pacientes con CU, por lo que se constituye en una base para futuros estudios prospectivos multicéntricos con mayor tamaño muestral.

CONCLUSIONES

En conjunto, estos hallazgos refuerzan la importancia de disponer de datos longitudinales de vida real provenientes de centros de referencia y de integrarlos con registros nacionales y regionales. Todo ello, con el propósito de avanzar hacia una comprensión más precisa de la variabilidad del curso clínico de la CU en América Latina y de apoyar el desarrollo de estrategias de atención más contextualizadas. Será fundamental realizar más estudios multicéntricos y prospectivos para profundizar en los determinantes clínicos y terapéuticos de los desenlaces, y fortalecer la toma de decisiones basada en evidencia en la región.

Consideraciones éticas

El estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética institucional, en cumplimiento de la normativa ética nacional vigente. La investigación se condujo conforme a los principios de la Declaración de Helsinki (revisión de 2005).

Consentimiento informado

Debido a su diseño retrospectivo y al uso exclusivo de información secundaria obtenida de historias clínicas, el Comité de Ética eximió el requerimiento de consentimiento informado individual.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de intereses relacionados con el contenido de este manuscrito.

Uso de inteligencia artificial

Para la elaboración de este trabajo no se utilizó ninguna tecnología asistida por inteligencia artificial, en ninguna de las etapas del diseño, análisis o redacción del manuscrito.

Fuentes de financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Contribución de los autores

- Diseño y concepción del estudio: Gustavo Adolfo Reyes-Medina, María Alejandra Gómez-Gutiérrez, Adriana Margarita Rey-Rubiano, Fernando Sierra-Arango.
- Adquisición de datos: María Alejandra Gómez-Gutiérrez, Zamira Fernanda Gómez-Giraldo, Juan Diego Castro-Córdoba, Miguel Felipe Cárdenas-Mesa, María Carolina Barrios-Domínguez.
- Análisis e interpretación de datos: Iván Camilo Triana-Avellaneda, Zamira Fernanda Gómez-Giraldo, María Alejandra Gómez-Gutiérrez, Juan Diego Castro-Córdoba, Miguel Felipe Cárdenas-Mesa.
- Redacción del manuscrito: Gustavo Adolfo Reyes-Medina, María Alejandra Gómez-Gutiérrez, Zamira Fernanda Gómez-Giraldo, Juan Diego Castro-Córdoba, Miguel Felipe Cárdenas-Mesa.
- Revisión crítica del manuscrito: Gustavo Adolfo Reyes-Medina, Adriana Margarita Rey-Rubiano, Rafael García-Duperly, José De la Hoz-Valle, Iván Camilo Triana-Avellaneda, María Carolina Barrios-Domínguez, Fernando Sierra-Arango.

REFERENCIAS

1. Ungaro R, Mehandru S, Allen PB, Peyrin-Biroulet L, Colombel JF. Ulcerative colitis. Lancet. 2017;389(10080):1756-1770. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32126-2
2. Kucharzik T, Koletzko S, Kannengiesser K, Dignass A. Ulcerative Colitis-Diagnostic and Therapeutic Algorithms. Dtsch Arztebl Int. 2020;117(33-34):564-574. https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0564
3. Balderramo D, Quaresma AB, Olivera PA, Savio MC, Villamil MPG, Panaccione R, et al. Challenges in the diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease in Latin America. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2024;9(3):263-272. https://doi.org/10.1016/S2468-1253(23)00284-4
4. Juliao-Baños F, Kock J, Arrubla M, Calixto O, Camargo J, Cruz L, et al. Trends in the epidemiology of inflammatory bowel disease in Colombia by demographics and region using a nationally representative claims database and characterization of inflammatory bowel disease phenotype in a case series of Colombian patients. Medicine (Baltimore). 2021;100(7):e24729. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000024729
5. Kotze PG, Underwood FE, Damião AOMC, Ferraz JGP, Saad-Hossne R, Toro M, et al. Progression of Inflammatory Bowel Diseases Throughout Latin America and the Caribbean: A Systematic Review. Clin Gastroenterol Hepatol. 2020;18(2):304-312. https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.06.030
6. Ciapponi A, Virgilio SA, Berrueta M, Soto NC, Ciganda Á, Rojas Illanes MF, et al. Epidemiology of inflammatory bowel disease in Mexico and Colombia: Analysis of health databases, mathematical modelling and a case-series study. PLoS One. 2020;15(1):e0228256. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228256
7. Yepes Barreto I, Carmona R, Díaz F, Marín-Jiménez I. Prevalencia y características demográficas de la enfermedad inflamatoria intestinal en Cartagena, Colombia. Rev Colomb Gastroenterol. 2010;25(2):107-111.
8. Rojas CA, Sánchez-Londoño S, Rojas NE, Sepúlveda M, García J, Jiménez D, et al. Descripción clínico-epidemiológica de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en una clínica de cuarto nivel en Cali. Rev Colomb Gastroenterol. 2020;35(2):166-173. https://doi.org/10.22516/25007440.409
9. García-Duperly R, López-Panqueva R, Londoño-Schimmer EE, Rey-Rubiano M, Padrón-Mercado J, Medellín-Abueta A, et al. Características de la enfermedad inflamatoria intestinal con respecto a otros centros nacionales de Colombia. Rev Colomb Gastroenterol. 2022;37(1):48-57. https://doi.org/10.22516/25007440.752
10. Juliao-Baños F, Puentes F, López R, Saffon MA, Reyes G, Parra V, et al. Characterization of inflammatory bowel disease in Colombia: Results of a national register. Rev Gastroenterol Mex. 2021;86(2):153-162. https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2020.05.005.009
11. Reyes GA, Gil FL, Carvajal GD, Sánchez CB, Aponte DM, Gonzáles CA, et al. Enfermedad inflamatoria intestinal: características de fenotipo y tratamiento en un hospital universitario de Bogotá, Colombia. Rev Colomb Gastroenterol. 2018;33(2):117-126. https://doi.org/10.22516/25007440.196
12. Selvaratnam S, Gullino S, Shim L, Lee E, Lee A, Paramsothy S, et al. Epidemiology of inflammatory bowel disease in South America: A systematic review. World J Gastroenterol. 2019;25(47):6866-6875. https://doi.org/10.3748/wjg.v25.i47.6866