

REPORTE DE CASO

Más allá de una colitis ulcerosa: Un enigma inflamatorio

Beyond Ulcerative Colitis: An Inflammatory Enigma.

Abreu, Yudelka ¹ ; Reyes, Onaldy ² ; Estrella, Jessica ² ; Abreu, Yamilka ² ;
González Amaury ³ ; Bonilla A, Dionelys ³ ; Canela Yeisy ³ ; Vásquez, Scarlett ⁴ ;
Marcelino, Roserly ⁴ .

¹ Gastroenteróloga-Internista, Clínica Corominas y Docente Adjunta de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez, Santiago de los Caballeros, República Dominicana.,

² Residente de tercer año de Gastroenterología, Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez,

³ Residente de segundo año de Gastroenterología, Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez.,

⁴ Residente de primer año de Gastroenterología, Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez.

Correspondencia: Dionelys Bonilla | **Email:** 100212597dvba@gmail.com | **Fecha de recepción:** 11 de Mayo 2026
| **Fecha de aceptación:** 8 Junio 2026 | **DOI:** 10.66464/jdzpv534 | **Disponible en internet:** el 25 de Julio 2026

RESUMEN

Introducción La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que incluye principalmente la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn, y Colitis indeterminada, constituye un grupo de trastornos crónicos y recidivantes caracterizados por inflamación del tracto gastrointestinal, inmunomediadas, de origen multifactorial. **Métodos:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 49 años con antecedente de colitis ulcerosa (Pancolitis Mayo III) en tratamiento con infliximab y azatioprina. Tras alcanzar remisión clínica, desarrolla un cuadro de fiebre de origen desconocido, pérdida ponderal y síntomas obstructivos. Se realizaron estudios de laboratorio, reactantes de fase aguda, colonoscopías, tomografía, enterorresonancia y prueba molecular GenXpert. **Resultados:** El GenXpert confirmó la presencia de *Mycobacterium tuberculosis*. A pesar del tratamiento antifímico, el paciente evolucionó hacia un abdomen agudo obstructivo. Se realizó una hemicolectomía derecha, cuya biopsia reveló inflamación granulomatosa con necrosis caseosa y células gigantes multinucleadas en la región ileocecal y ganglios linfáticos, confirmando TB intestinal superpuesta. Tras la cirugía y completar el esquema antifímico, el paciente logró una recuperación nutricional satisfactoria y una recanalización intestinal exitosa, manteniendo el control de su EII con terapia biológica. **Conclusión:** Este caso subraya la necesidad de un cribado estricto y vigilancia continua de infecciones oportunistas en pacientes con EII bajo terapia biológica. La TB intestinal puede mimetizar una progresión estenosante de la EII, requiriendo un abordaje multidisciplinario para evitar desenlaces fatales.

Palabras clave: Colitis ulcerosa; Tuberculosis intestinal; Infliximab; Estenosis intestinal; Enfermedad de Crohn.

ABSTRACT

Introduction: Inflammatory bowel disease (IBD), which primarily includes ulcerative colitis, Crohn's disease, and indeterminate colitis, comprises a group of chronic, relapsing, immune-mediated disorders characterized by gastrointestinal tract inflammation and a multifactorial etiology. **Methods:** We report the case of a 49-year-old male with a history of ulcerative colitis (Mayo III pancolitis) receiving treatment with infliximab and azathioprine. After achieving clinical remission, he developed fever of unknown origin, weight loss, and obstructive gastrointestinal symptoms. Laboratory tests, acute-phase reactants, colonoscopies, computed tomography, magnetic resonance enterography, and a GeneXpert molecular assay were performed. **Results:** GeneXpert confirmed the presence of *Mycobacterium tuberculosis*. Despite initiation of anti-tuberculosis therapy, the patient progressed to acute intestinal obstruction. A right hemicolectomy was performed, and histopathological examination revealed granulomatous inflammation with caseous necrosis and multinucleated giant cells involving the ileocecal region and regional lymph nodes, confirming superimposed intestinal tuberculosis. Following surgery and completion of anti-tuberculosis treatment, the patient achieved satisfactory nutritional recovery and successful intestinal continuity restoration while maintaining control of his IBD with biologic therapy. **Conclusion:** This case highlights the need for strict screening and continuous surveillance for opportunistic infections in patients with IBD receiving biologic therapy. Intestinal tuberculosis may mimic stenosing progression of IBD, requiring a multidisciplinary approach to ensure timely diagnosis and prevent potentially fatal outcomes.

Keywords: Ulcerative colitis; Intestinal tuberculosis; Infliximab; Intestinal stenosis; Crohn's disease.

Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), que comprende principalmente la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn y la colitis indeterminada, constituye un grupo de trastornos inflamatorios crónicos, inmunomediados y de etiología multifactorial que afectan el tracto gastrointestinal. Su incidencia y prevalencia han aumentado de manera sostenida durante las últimas décadas a nivel mundial, generando una carga significativa para los sistemas de salud debido a su curso recurrente, las complicaciones asociadas y la necesidad de tratamientos inmunomoduladores prolongados (1).

El advenimiento de las terapias biológicas ha transformado sustancialmente el manejo de la EII moderada a grave, permitiendo alcanzar mayores tasas de remisión clínica, endoscópica y de cicatrización mucosa. Entre estas terapias, los antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF), como infliximab, han demostrado una eficacia significativa en el control de la actividad inflamatoria y en la reducción de las complicaciones relacionadas con la enfermedad. Sin embargo, el uso de agentes biológicos, particularmente cuando se combinan con inmunosupresores como azatioprina, se asocia a un incremento del riesgo de infecciones oportunistas, incluidas aquellas causadas por micobacterias (1–3).

La tuberculosis (TB) continúa siendo una de las infecciones oportunistas de mayor relevancia clínica en pacientes con EII sometidos a tratamiento inmunosupresor. La inhibición del TNF- α altera mecanismos inmunológicos esenciales para la formación y mantenimiento de los granulomas, favoreciendo la reactivación de infecciones tuberculosas latentes o la progresión de infecciones recientemente adquiridas. Por este motivo, las principales sociedades científicas recomiendan realizar un cribado exhaustivo de tuberculosis latente antes del inicio de terapia biológica y mantener una vigilancia continua durante todo el tratamiento (1,2,4).

La tuberculosis intestinal representa una forma extrapulmonar poco frecuente, pero clínicamente relevante, debido a su capacidad para simular múltiples entidades gastrointestinales, especialmente la enfermedad inflamatoria intestinal. Las manifestaciones clínicas, endoscópicas, radiológicas e incluso histopatológicas pueden superponerse con las observadas en la enfermedad de Crohn y, con menor frecuencia, en pacientes con colitis ulcerosa que desarrollan complicaciones inflamatorias o estenosantes. Esta similitud diagnóstica puede retrasar el reconocimiento oportuno de la infección y condicionar una evolución desfavorable, particularmente en pacientes expuestos a inmunosupresión prolongada (1–3).

La coexistencia de tuberculosis intestinal y EII constituye un importante desafío diagnóstico y terapéutico, especialmente en regiones donde la tuberculosis continúa siendo endémica. La aparición de fiebre persistente, pérdida ponderal, síntomas obstructivos o deterioro clínico en pacientes que previamente habían alcanzado remisión bajo terapia biológica debe motivar una evaluación exhaustiva para descartar infecciones oportunistas antes de atribuir los síntomas a una progresión de la enfermedad inflamatoria subyacente (1,2).

El presente trabajo describe el caso de un paciente con colitis ulcerosa extensa en tratamiento con infliximab y azatioprina que desarrolló tuberculosis intestinal complicada con obstrucción intestinal, destacando los desafíos diagnósticos, las implicaciones terapéuticas y la importancia del cribado y la vigilancia continua de infecciones oportunistas en pacientes con EII bajo tratamiento biológico.

Metodología

Se presenta un reporte de caso clínico correspondiente a un paciente masculino de 49 años con diagnóstico previo de colitis ulcerosa extensa (pancolitis Mayo III), en seguimiento por la Unidad de Gastroenterología y Hepatología.

Se recopilaron y analizaron retrospectivamente los datos clínicos, endoscópicos, radiológicos, microbiológicos, quirúrgicos e histopatológicos con el objetivo de describir la evolución clínica, los hallazgos diagnósticos y la respuesta terapéutica. La presentación del caso se realizó de acuerdo con las recomendaciones CARE (CAsE REport Guidelines) para reportes de casos clínicos.

Se garantizó la confidencialidad de la información clínica y la anonimización de los datos del paciente, respetando los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y las normativas institucionales para la publicación de casos clínicos.

Objetivo

Describir el caso clínico de un paciente con colitis ulcerosa extensa en tratamiento con infliximab y azatioprina que desarrolló tuberculosis intestinal complicada con obstrucción intestinal.

Caso clínico

Fase Inicial y Diagnóstico (2020-2021)

Paciente masculino de 49 años, diagnosticado en 2020 con Colitis Ulcerosa (CU) tipo Pancolitis (Mayo III) mediante colonoscopia extrahospitalaria (ver imagen 1). Inició tratamiento con mesalazina 1 g/día. En 2021, ingresó a nuestra unidad por actividad clínica severa (evacuaciones con sangre/moco, dolor abdominal). Analíticas: Calprotectina fecal 1000 µg/g y PCR 98 mg/L. La colonoscopia de control (23/05/2021) confirmó Pancolitis Ulcerosa grado II-III (Montreal E3 S3) con marcado eritema, erosiones y sangrado espontáneo. (ver imágenes 2 y 3). Se escaló a terapia combinada: Infliximab (anti-TNF), Azatioprina y Mesalazina 2 g/día.

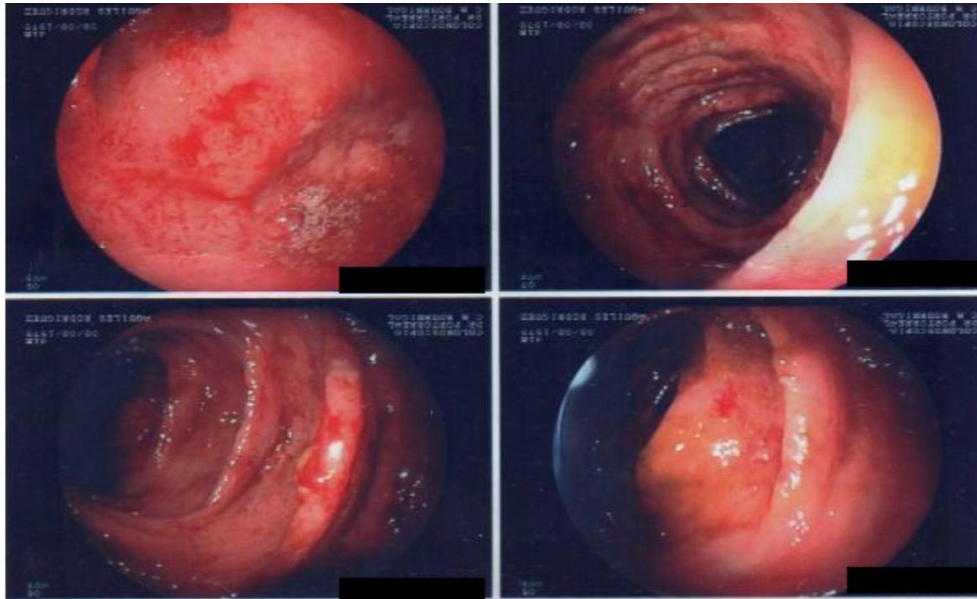


Imagen 1. Videocolonoscopia inicial (2020). Se observa mucosa con pérdida del patrón vascular, eritema marcado, friabilidad y presencia de ulceraciones superficiales con afectación uniforme y difusa. Los hallazgos son compatibles con Pancolitis Ulcerosa, actividad severa (Mayo III).

Se recibe en nuestra unidad de EII en el 2021 con manifestaciones clínicas de evacuaciones múltiples, con sangre y moco, dolor abdominal persistente, evidenciándose en las analíticas de reactantes de fase agudas elevados, con una calprotectina fecal en 1000 µg/g, PCR 98 mg/L. Se le realiza control endoscópico visualizándose, marcado eritema, severamente erosionado, sangrado espontáneo al roce del equipo ausencia del patrón vascular compatible según los índices de actividad clínica con un mayo total de 10-12 puntos y endoscópica con una colitis extendida según la clasificación de Montreal, y un subíndice de Mayo II-III, compatibles ambos con actividad severa, por lo que ante todos los parámetros antes mencionados y previa aplicación de check list se decide iniciar terapia biológica a base de ANTI TNE, tipo infliximab, combinado de con inmunosupresores de tipo azatioprina, aunado a terapia convencional de tipo mesalazina 2 gramos, para evitar inmunogenicidad.

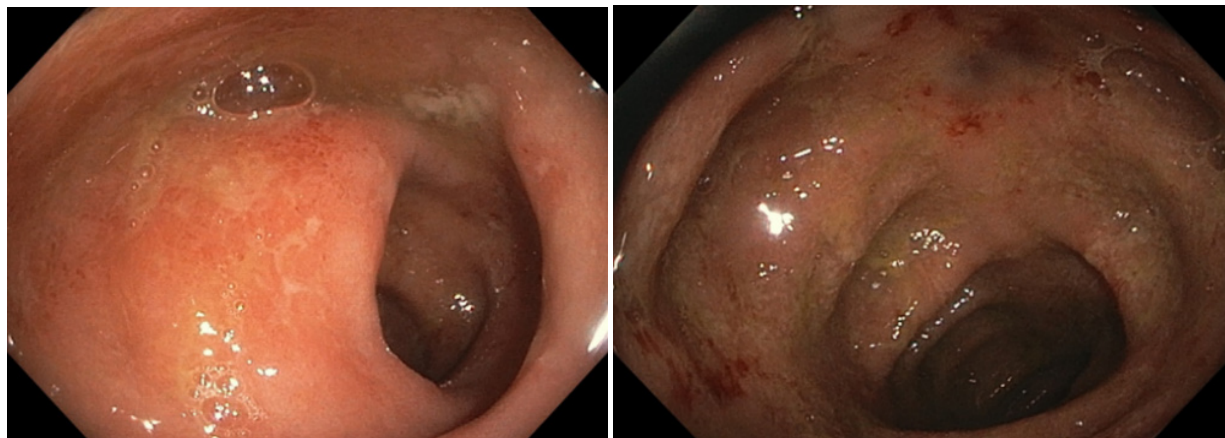
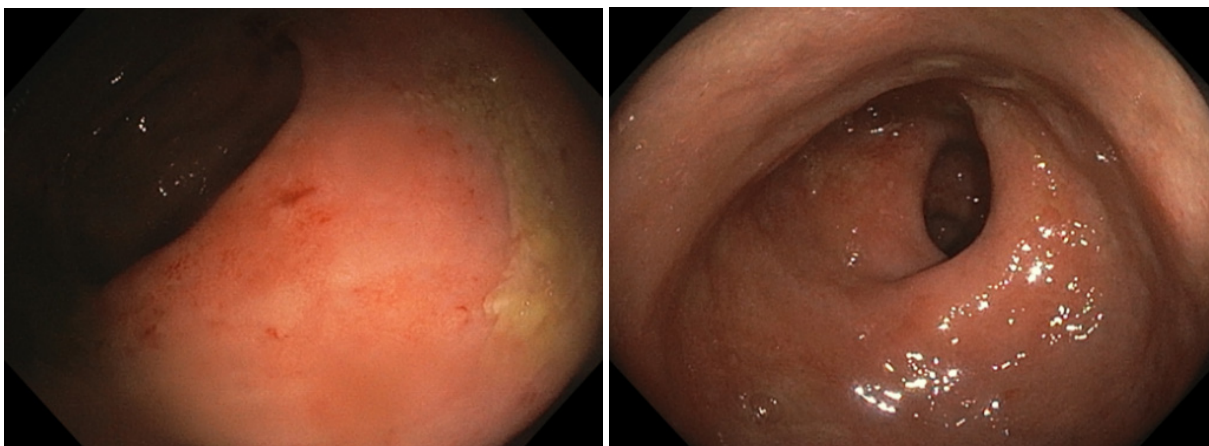


Imagen 2 y 3. Seguimiento endoscópico (mayo 2021): Se observa mucosa con marcado eritema, granularidad, erosiones extensas y sangrado espontáneo al roce del equipo. Existe una pérdida total del patrón vascular habitual y presencia de exudado mucopurulento. Hallazgos compatibles con Pancolitis Ulcerosa en fase de actividad severa, grado II-III de la escala de Mayo.

Durante 2023 y hasta octubre de 2024, el paciente permaneció en remisión clínica y endoscópica (imágenes 4 y 5), con marcadores inflamatorios dentro de parámetros aceptables (PCR 28 mg/L y calprotectina fecal 189 $\mu\text{g/g}$). En octubre de 2024 inició un cuadro de fiebre persistente de hasta 39 °C, acompañado de escalofríos y diaforesis profusa. Fue evaluado por Infectología, realizándose estudios microbiológicos y analíticos exhaustivos, sin identificarse una etiología infecciosa. La sintomatología persistió, asociándose posteriormente a hiporexia y pérdida ponderal aproximada de 40 libras en seis semanas.



Imágenes 4 y 5. Control endoscópico en fase de remisión (marzo 2023): Se observa una notable mejoría de la mucosa con recuperación del patrón vascular y ausencia de erosiones o sangrado. Se identifican únicamente áreas de eritema leve y cicatrices lineales blanquecinas residuales en recto. Hallazgos compatibles con Colitis Ulcerosa en actividad leve (Mayo I).

Ante la persistencia del síndrome febril y la ausencia de un diagnóstico definitivo, en diciembre de 2024 el paciente fue ingresado por Gastroenterología para estudio de fiebre de origen desconocido. Durante su hospitalización se realizaron estudios microbiológicos, reactantes de fase aguda, frotis de sangre periférica, GeneXpert e imágenes contrastadas, con evaluación multidisciplinaria por Neumología, Infectología, Hematología, Medicina Interna, Nutrición Clínica y Cirugía General. Tras obtenerse un GeneXpert positivo para tuberculosis, se suspendió la terapia biológica e inició tratamiento antifímico, con resolución del cuadro febril y egreso para seguimiento ambulatorio.

Sin embargo, en las semanas posteriores presentó cuatro episodios de obstrucción intestinal parcial, caracterizados por dolor abdominal, distensión, náuseas y vómitos postprandiales. Los estudios de imagen evidenciaron engrosamiento inflamatorio del íleon terminal, válvula ileocecal, ciego y colon ascendente proximal, asociado a adenopatías reactivas y una estenosis significativa con edema submucoso.

Aunque inicialmente se optó por manejo conservador, los hallazgos clínicos e imagenológicos motivaron la consideración de tratamiento quirúrgico por el servicio de Gastroenterología. En enero de 2025, una colonoscopia de control confirmó actividad de enfermedad de Crohn con patrón estenosante a nivel de la válvula ileocecal (imágenes 6 y 7).

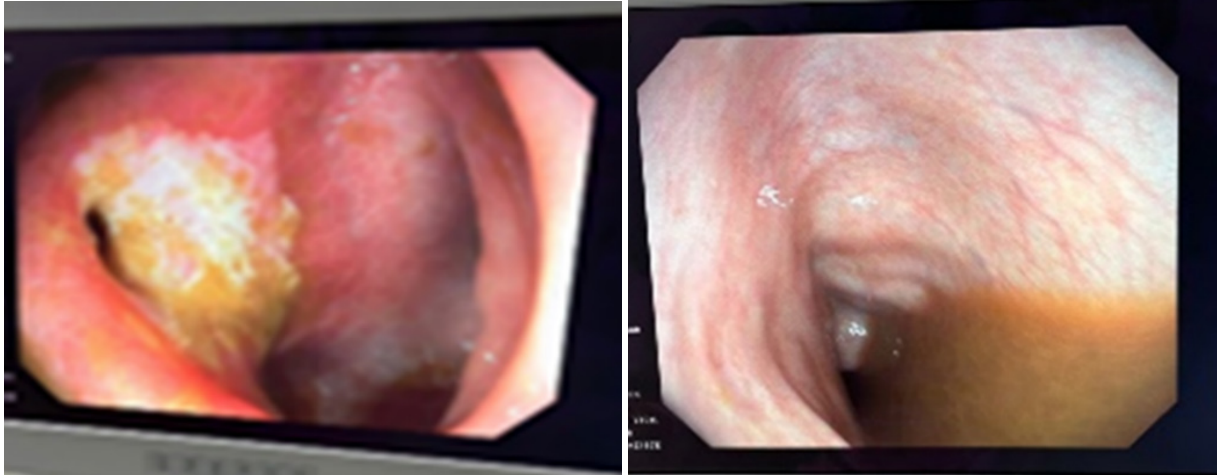


Imagen 6 y 7. Hallazgos endoscópicos durante la fase de complicación obstructiva (enero 2025). Se visualiza la válvula ileocecal con una distorsión anatómica severa, caracterizada por una mucosa ulcerada y deformada que condiciona una estenosis infranqueable para el paso del videocolonoscopio. Estos hallazgos plantearon el diagnóstico diferencial entre una progresión hacia Enfermedad de Crohn estenosante o una patología infecciosa superpuesta.

Durante un nuevo ingreso, el paciente evolucionó a un cuadro de abdomen agudo con signos de irritación peritoneal, por lo que fue sometido a laparotomía exploratoria de emergencia. Se identificaron aproximadamente 100 cc de líquido peritoneal libre y una estenosis severa de la válvula ileocecal. Se realizó hemicolectomía derecha con resección en bloque de íleon terminal, ciego y tejido nodular adyacente, completándose el procedimiento con ileostomía terminal y fístula mucosa de colon transverso (imágenes 8-11).





Imágenes 8-11. Espécimen de resección quirúrgica (Hemicolectomía derecha). Se observa segmento de íleon terminal y ciego con importante engrosamiento de la pared y distorsión de la arquitectura valvular. En la evaluación macroscópica se identificaron múltiples estructuras nodulares y áreas de aspecto granujiento y ulcerado en la mucosa ileocecal.

Estudio Histopatológico: El análisis de la pieza quirúrgica (hemicolectomía derecha) reveló hallazgos determinantes para el diagnóstico definitivo. Se documentó una inflamación crónica granulomatosa, caracterizada por áreas extensamente ulceradas, edema submucoso marcado y congestión vascular en la región ileocecal. De los once (11) ganglios linfáticos aislados, ocho (8) presentaron una arquitectura distorsionada por inflamación granulomatosa asociada a células gigantes multinucleadas y necrosis caseosa. Estos hallazgos histológicos son patognomónicos y confirmaron el diagnóstico de Tuberculosis Intestinal superpuesta. Los márgenes quirúrgicos se reportaron viables y libres de enfermedad granulomatosa activa.

Paciente postquirúrgico, con seguimiento exhaustivo por los departamentos de nutrición, clínica del dolor, cirugía general y medicina interna quienes les brindaron manejo nutricional, dolor y curas recurrentes. Nueve días posteriores al ingreso se reporta estudio histopatológico de pieza quirúrgica con hallazgos de: tuberculosis intestinal con afectación válvula ileocecal.

Marzo 2025, con un postquirúrgico tardío de laparotomía exploratoria más Hemicolectomía más ileostomía, durante nuestro exhaustivo seguimiento, paciente en mejoría de los síntomas gastrointestinales, si refiriendo dolor a nivel de herida quirúrgica, con ganancia ponderal correspondiente a 132 libras (60 KG), con analíticas dentro de la normalidad, reactantes de fase agudas dentro de la normalidad, incluyendo una calprotectina fecal con un valor de 233 μ g/g y con adecuada tolerancia a la terapia biológica con Anti TNF tipo Infliximab.

Entre marzo y septiembre de 2025, el paciente evolucionó favorablemente, con resolución progresiva de la tuberculosis pulmonar, ausencia de síntomas gastrointestinales y disminución de los marcadores inflamatorios, incluida una calprotectina fecal de 98 μ g/g. Con miras a la recanalización intestinal, en septiembre de 2025 se realizó una colonoscopia de control a través de la ileostomía, colostomía y vía anal (imagen 12).

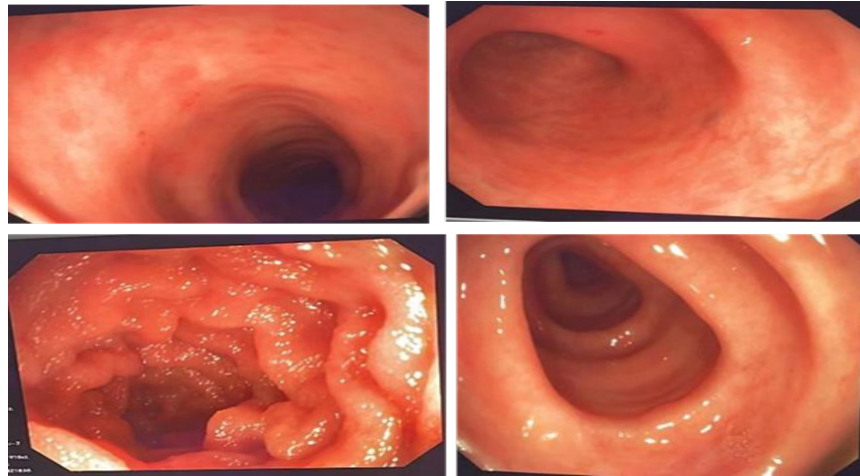


Imagen 12. Para octubre 2025, tras hallazgos colonoscópicos, biopsia y autorizaciones de los departamentos correspondientes, se autoriza recanalización intestinal, con liberación de bridas y adherencias, además de anastomosis latero-lateral íleo-ileal (ver imagen 13).



Imagen 13. A los seis meses de la recanalización intestinal, el paciente mantiene una evolución clínica favorable, con recuperación del estado nutricional (140 libras), adecuada función gastrointestinal y ausencia de síntomas digestivos relevantes. Los estudios de seguimiento mostraron parámetros hematológicos normales, proteína C reactiva de 8 mg/L y calprotectina fecal de 52 $\mu\text{g/g}$, compatibles con baja actividad inflamatoria. Actualmente continúa en tratamiento biológico con infliximab 300 mg cada 8 semanas, iniciado en noviembre de 2025, manteniéndose en remisión clínica.

Discusión:

El presente caso ilustra la complejidad diagnóstica en un paciente con antecedente de colitis ulcerosa en tratamiento con terapia biológica (anti-TNF, infliximab) que desarrolla un cuadro clínico caracterizado por fiebre persistente, dolor abdominal difuso, pérdida ponderal significativa y complicaciones intestinales progresivas. Estos hallazgos plantearon inicialmente el diagnóstico diferencial entre exacerbación de enfermedad inflamatoria intestinal (EII), tuberculosis intestinal (EII), tuberculosis intestinal y complicaciones infecciosas oportunistas (1-4).

La asociación entre el uso de terapias biológicas y el riesgo de tuberculosis (TB) activa ha sido ampliamente documentada (1-3). Los anti-TNF, al suprimir una vía central de la inmunidad celular, favorecen la reactivación de infecciones latentes, siendo la tuberculosis una de las más relevantes en regiones endémicas como República Dominicana. En este paciente, el hallazgo de un GenXpert positivo, unido a la histología de la pieza quirúrgica con granulomas necrotizantes y necrosis caseosa, confirmaron el diagnóstico de tuberculosis intestinal, patología que clínicamente puede simular una EII tipo Crohn (2).

Desde el punto de vista clínico y endoscópico, la distinción entre ambas entidades constituye un reto (2). Tanto Crohn como TB intestinal pueden cursar con úlceras, estenosis, afectación ileocecal y compromiso transmural, lo cual puede conducir a errores diagnósticos y retraso en la instauración del tratamiento adecuado (1,2). En este caso, la coexistencia de hallazgos endoscópicos con una estenosis infranqueable de la válvula ileocecal sugestivos de Crohn estenosante y estudios radiológicos con engrosamiento mural segmentario reforzaron la sospecha inicial de enfermedad inflamatoria, pero la evolución tórpida y la falta de respuesta a esteroides y antibióticos obligaron a un abordaje quirúrgico, que resultó determinante para aclarar la etiología.

Otro aspecto relevante es la superposición de diagnósticos. El paciente tenía antecedente confirmado de colitis ulcerosa, pero su evolución sugiere dos escenarios posibles:

Diagnóstico inicial de EII con sobreinfección por TB intestinal secundaria al tratamiento inmunosupresor, debido a que los anti-TNF condicionaron una inmunosupresión significativa, favoreciendo la reactivación de *Mycobacterium tuberculosis* y su expresión intestinal, ya que, producen una disminución de la capacidad microbiciada de los macrófagos, con menor producción de radicales reactivos y citoquinas, favoreciendo así la tuberculosis extra pulmonar. Además de una probable Enfermedad de Crohn con patrón estenosante.

Ambos escenarios reflejan la dificultad diagnóstica en contextos de recursos limitados y con alta prevalencia de infecciones endémicas. La literatura señala que en áreas donde la TB es frecuente, el cribado riguroso antes de iniciar anti-TNF debe ser obligatorio, incluyendo pruebas de tuberculina, interferón-gamma y estudios de imagen torácica (3). La ausencia de una pesquisa completa incrementa el riesgo de desenlaces adversos.

Este caso ilustra la complejidad diagnóstica de la tuberculosis intestinal en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal tratados con anti-TNF. La región ileocecal es el sitio más frecuente de compromiso por tuberculosis digestiva debido a la abundancia de tejido linfoide y al tránsito intestinal lento. Clínicamente puede manifestarse con dolor abdominal, fiebre, pérdida de peso y estenosis, hallazgos que también son característicos de la enfermedad de Crohn.

La decisión de suspender infliximab estuvo sustentada por la evidencia de que el bloqueo del TNF alfa favorece la desestructuración del granuloma y aumenta el riesgo de reactivación de tuberculosis latente (1,3). Las recomendaciones internacionales indican interrumpir anti-TNF ante tuberculosis activa y comenzar tratamiento específico antes de reconsiderar inmunosupresión (1).

Finalmente, este caso subraya la importancia del abordaje multidisciplinario, que permitió estabilizar al paciente pese a la complejidad del cuadro. Asimismo, plantea la necesidad de fortalecer protocolos de vigilancia de tuberculosis en pacientes con terapia biológica, así como de mantener un alto índice de sospecha frente a síntomas atípicos o refractarios en EII.

Cabe destacar que la complicación de este paciente no se asoció a su patología de base, sino a una enfermedad superpuesta que simuló un cuadro de EII por las manifestaciones clínicas y las complicaciones, como la estenosis, ya que rara vez la colitis ulcerosa se presenta con una estenosis localizada en la válvula ileocecal como único hallazgo.

Conclusiones

La tuberculosis intestinal debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal que reciben terapia biológica y presentan síntomas sistémicos o digestivos persistentes, especialmente en regiones con elevada carga de tuberculosis. La superposición clínica, endoscópica y radiológica entre la tuberculosis intestinal y la enfermedad de Crohn puede dificultar el diagnóstico oportuno y retrasar el tratamiento adecuado.

Este caso resalta la importancia de realizar un cribado exhaustivo de tuberculosis antes del inicio de terapias anti-TNF y de mantener una vigilancia continua durante el tratamiento inmunosupresor. Asimismo, pone de manifiesto el valor de un abordaje multidisciplinario y de la evaluación histopatológica en aquellos pacientes con evolución atípica o refractaria.

Finalmente, la presencia de una estenosis ileocecal progresiva en un paciente con colitis ulcerosa debe motivar la búsqueda activa de diagnósticos alternativos o enfermedades superpuestas, ya que este hallazgo es infrecuente como manifestación aislada de la colitis ulcerosa y puede constituir la clave para identificar patologías concomitantes potencialmente graves, como la tuberculosis intestinal.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para la realización de este estudio.

Conflicto de interés

Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

Citas bibliográficas:

1. Kucharzik T, Ellul P, Greuter T, Rahier JF, Verstockt B, Abreu C, et al. Guías ECCO sobre prevención, diagnóstico y manejo de infecciones en enfermedad inflamatoria intestinal. *J Crohns Colitis*. 2021;15(6):879-913.
2. Rahier JF, Magro F, Abreu C, Armuzzi A, Ben-Horin S, Chowers Y, et al. Segundo consenso europeo basado en evidencia sobre prevención, diagnóstico y manejo de infecciones oportunistas en enfermedad inflamatoria intestinal. *J Crohns Colitis*. 2014;8(6):443-468.
3. Rahier JF, Ben-Horin S, Chowers Y, Conlon C, De Munter P, D'Haens G, et al. Consenso europeo basado en evidencia sobre prevención, diagnóstico y manejo de infecciones oportunistas en enfermedad inflamatoria intestinal. *J Crohns Colitis*. 2009;3(2):47-91.
4. Ferreiro-Iglesias R, Piqueras M, Ricart E, Sempere L, Roca M, Martín-de-Carpi J, et al. Recomendaciones del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa sobre la importancia, el cribado y la vacunación en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterol Hepatol*. 2022;45(10):744-760.