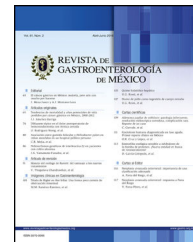




REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



COMUNICACIÓN BREVE

Serie de casos de un nuevo fenotipo (CUCrohn) de la enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes mexicanos

J.K. Yamamoto-Furusho*, F.D. Gutiérrez-Herrera,
I.E. Bravo-Espinoza e I.P. Padilla-Betancourt

Departamento de Gastroenterología, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

PALABRAS CLAVE

Colitis ulcerosa;
Enfermedad de
Crohn;
Colitis indeterminada

KEYWORDS

UC;
Crohn's disease;
Indeterminate colitis

Resumen Recientemente se describió un nuevo fenotipo de la enfermedad inflamatoria intestinal denominada UC2CD (por sus siglas en inglés), caracterizada por la transformación de la colitis ulcerosa crónica idiopática hacia el fenotipo de la enfermedad de Crohn, identificando características clínicas, serológicas y genéticas especiales. Se reporta una serie de 8 pacientes con este nuevo fenotipo atendidos en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, en donde describimos las características clínicas de dichos pacientes.

© 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Case series of a novel inflammatory bowel disease phenotype (UC2CD) in Mexican patients

Abstract A novel inflammatory bowel disease phenotype, named UC2CD, was recently described and is characterized by the transformation from ulcerative colitis to the Crohn's disease phenotype, with distinct clinical, serologic, and genetic features. In our case series, we describe the clinical characteristics of 8 patients presenting with this new phenotype, treated at the Inflammatory Bowel Disease Clinic of the *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán*.

© 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Departamento de Gastroenterología, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Vasco de Quiroga 15, Colonia Belisario Domínguez Sección XVI. Alcaldía Tlalpan, C.P. 14080. Ciudad de México. México. Teléfono: +55 55 73 34 18. Fax: +55 56 55 09 42.

Correo electrónico: kazuofurusho@hotmail.com (J.K. Yamamoto-Furusho).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2025.08.006>

0375-0906/© 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: J.K. Yamamoto-Furusho, F.D. Gutiérrez-Herrera, I.E. Bravo-Espinoza et al., Serie de casos de un nuevo fenotipo (CUCrohn) de la enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes mexicanos, Revista de Gastroenterología de México, <https://doi.org/10.1016/j.rgm.2025.08.006>

Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) representa un reto diagnóstico ya que no existen datos aislados como el clínico, el bioquímico, el imagenológico, el endoscópico ni el histopatológico que confirmen la EII^{1,2}. Existen 2 fenotipos principales de la EII bien descritos: la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI), las cuales tienen características clínicas diferentes³. En caso de no poder clasificar hacia un subtipo de la enfermedad, se denomina EII no clasificable, y en el escenario de que se cuente con la pieza de colectomía y existan datos de sobreposición de CUCI y EC, se conoce como colitis indeterminada¹. En esta serie de casos presentamos un fenotipo novedoso de la EII recientemente propuesto por Li et al., conocido en inglés como Ulcerative colitis to Crohn's Disease –UC2CD– y que en español denominaremos CUCrohn, el cual se caracteriza por darse en pacientes que inicialmente se diagnosticaron como CUCI y posteriormente desarrollaron características propias de la EC⁴.

Materiales y métodos

Se recogieron las características demográficas y clínicas a partir de los expedientes clínicos identificados con este nuevo fenotipo a partir del 2017 a la fecha que son atendidos en la Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Resultados

Se reportan 8 pacientes con este nuevo fenotipo de la EII caracterizado por un diagnóstico inicial de CUCI y posteriormente con un comportamiento de EC, 6 mujeres y 2 hombres, cuyo diagnóstico antes de los 40 años de la CUCI fue realizado en 5 de 8 pacientes, así como residentes de zonas urbanas en 7 de 8 casos. En cuanto a las características de la enfermedad, en todos los casos presentaron pancolitis (E3) con un rango de evolución para la transformación de 5 a 29 años de evolución. Tres de los 8 pacientes presentaron un fenotipo fistulizante y 5 pacientes un fenotipo estenosante. Cuatro de 8 pacientes presentaron manifestaciones extraintestinales (MEI): artralgias, espondiloartritis, osteopenia y osteoporosis, una en cada paciente respectivamente. El tratamiento médico se describe en la [tabla 1](#), destacando que de manera inicial o basal 6 de 8 pacientes estuvieron con tratamiento convencional y solo 2 casos tomaban adalimumab; tras la transformación a EC, 4 de 8 casos fueron tratados con terapia biológica, 2 con adalimumab y 2 con ustekinumab, correspondiendo estos a los casos refractarios antes de la transformación.

En 6 de 8 casos fue necesario tratamiento quirúrgico, el cual consistió en proctocolectomía en 5 casos y colectomía subtotal en uno debido a refractariedad del tratamiento médico en 5 casos y perforación en otro.

Discusión

En el estudio presentado por Li et al. se propuso este nuevo fenotipo UC2CD, que en español denominaremos CUCrohn, destacando la descripción de un nuevo subtipo de la EII con características clínicas y serológicas típicas, así como destacando la refractariedad a la terapia biológica antifactor de necrosis tumoral alfa y un mayor riesgo de presentar MEI; en dicho estudio proponen un modelo predictor basado en globulinas, velocidad de sedimentación globular, OmpC, ASCA-IgA y CBir-1⁴.

Cabe destacar que en nuestra práctica clínica en México existe un limitante en la medición de marcadores serológicos enfocados a anticuerpos microbianos y solo se determinan de manera rutinaria globulinas y velocidad de sedimentación globular. Es importante mencionar que 7 de 8 tenían globulinas mayores de 2.5 g/dl de acuerdo con el punto de corte propuesto por Li et al., y en relación con la velocidad de sedimentación globular, solo uno de los pacientes presentó niveles por arriba de 30 mm/h antes de su transformación.

De acuerdo con el estudio de Li et al., si observamos que los pacientes tratados con antifactor de necrosis tumoral alfa fueron refractarios y requirieron de tratamiento quirúrgico, así como niveles de globulinas elevados por arriba de 2.5 mg/dl. En lo que respecta a las MEI, observamos que el 50% las presentaron, encontrándose esto en el límite superior de la prevalencia de MEI reportada en la literatura^{5,6}.

En conclusión, esta serie de casos proporciona características relevantes para este nuevo fenotipo de la EII llamado CUCrohn, tales como la edad temprana al diagnóstico menor a los 40 años de edad, la presencia de pancolitis, MEI, niveles elevados de globulina, refractariedad al tratamiento médico y terapia antifactor de necrosis tumoral alfa, así como la necesidad de tratamiento quirúrgico. Se requieren más estudios con un mayor número de pacientes que nos permitan caracterizar de manera apropiada este nuevo fenotipo.

Responsabilidades éticas

No se usan datos de pacientes, por lo que no fue necesario obtener consentimiento informado. De la misma manera, debido a que no existe intervención, maniobra o manejo de información, el estudio se considera de bajo riesgo y no requirió revisión o aprobación por el comité de ética local. Aun así, cumple con la normativa vigente de investigación y la confidencialidad de los datos de identificación personales y el anonimato de los participantes (todos trabajadores de la salud que participaron voluntariamente) están garantizados.

Tabla 1 Características demográficas, clínicas, bioquímicas y radiológicas de los pacientes mexicanos con CUCrohn

Caso	Sexo	Edad al Dx (años)	Edad transf (años)	Duración de la enfermedad	Tx antes de transf	Globulinas antes de transf, g/dl	VSG antes de transf, mm/h	Tx después de transf	Globulinas después de transf, g/dl	VSG después de transf, mm/h	Hallazgos radiológicos
1	F	22	43	21	MSZ + AZA	3.1	7	MSZ + AZA	2.4	3	Estenosis en íleon distal y terminal
2	M	23	28	5	MSZ + enemas + prednisona	3.1	3	MTX + supositorios	2.76	3	Estenosis en íleon terminal
3	F	39	49	10	MSZ + supositorios	3.68	37	MTX + enemas	3.65	33	Fístulas enteroentéricas + estenosis íleon distal
4	M	28	57	26	Ciprofloxacino	3.1	8	ADA + sulfasalazina + MTX	4.65	27	Fístulas perianales + estenosis en íleon distal
5	F	45	62	17	ADA	3.43	3	USTE + sulfasalazina	2.84	36	Estenosis en íleon terminal
6	F	14	40	29	ADA	3.81	3	USTE	3.39	3	Fístulas perianales + estenosis en íleon terminal
7	F	40	57	18	MSZ + AZA + enemas + supositorios	3.05	3	ADA + AZA + MSZ	3.61	19	Fístulas, rectovaginal y transesfintérica
8	F	42	53	11	Sulfasalazina	2.24	10	MTX	4.25	12	No realizada

ADA: adalimumab; AZA: azatioprina; Dx: diagnóstico; F: femenino; M: masculino; MSZ: mesalazina; MTX: metotrexato; transf: transformación; Tx: tratamiento; USTE: ustekinumab; VSG: velocidad de sedimentación globular.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Magro F, Gionchetti P, Eliakim R, et al. Third European evidence-based consensus on diagnosis and management of ulcerative colitis. Part 1: Definitions, diagnosis, extra-intestinal manifestations, pregnancy, cancer surveillance, surgery, and ileo-anal pouch disorders. *J Crohns Colitis*. 2017;11:649–70, <http://dx.doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjx008>.
2. Gomollón F, Dignass A, Annese V, et al., ECCO. 3rd European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease 2016: Part 1: Diagnosis and medical management. *J Crohns Colitis*. 2017;11:3–25, <http://dx.doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjw168>.
3. Khor B, Gardet A, Xavier RJ. Genetics and pathogenesis of inflammatory bowel disease. *Nature*. 2011;474:307–17, <http://dx.doi.org/10.1038/nature10209>.
4. Li D, Landers C, Yang S, et al. A clinical score for uUC2CD, a novel subgroup in inflammatory bowel diseases (IBD) with distinct serological, genetic and clinical features. *Gastroenterology*. 2024;166:S11–2, [http://dx.doi.org/10.1016/S0016-5085\(24\)00520-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0016-5085(24)00520-1). Abstract 31.
5. Gordon H, Burisch J, Ellul P, et al. ECCO guidelines on extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2024;18:1–37, <http://dx.doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjad108>.
6. Kilic Y, Kamal S, Jaffar F, et al. Prevalence of extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease: A systematic review and meta-analysis. *Inflamm Bowel Dis*. 2024;30:230–9, <http://dx.doi.org/10.1093/ibd/izad061>.