Colitis ileocólica como manifestación del síndrome de Behçet: reporte de caso clínico

DOI:10.5281/zenodo. 21042689
SANUM 2026, 10(3) 186-194

Cómo citar este artículo

Miranda May ZM, Urrea Ospina JD, Sánchez Sánchez E, Vega Loaiza J, Vega Loaiza I.
Colitis ileocólica como manifestación del síndrome de Behçet: reporte de caso clínico.
SANUM 2026, 10(3) 186-194
DOI: 10.5281/zenodo.21042689

© Los autores. Publicado por SANUM: Revista Científico-Sanitaria bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

AUTORES

Zaida Mercedes Miranda May[1]
(0000-0002-3403-1919)

Juan David Urrea Ospina[2]
(0009-0000-7708-3287)

Estefanía Sánchez Sánchez[3]
(0009-0001-7901-4653)

Juliana Vega Loaiza[4]
(0009-0007-5941-811X)

Isabela Vega Loaiza[5]
(0009-0003-8560-8049)

Afiliaciones:

[1] Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

[2] Universidad Libre. Cali, Colombia.

[3] Hospital Universitario San Jorge. Pereira, Risaralda, Colombia.

[4] Cardioprevent SAS. Cali, Colombia.

[5] Universidad Libre Seccional Cali. Cali, Colombia.

Autor de correspondencia:

Juan David Urrea Ospina.

juandavidurreaospina@gmail.com

Resumen

Introducción: el compromiso gastrointestinal del síndrome de Behçet es una manifestación grave, con morbimortalidad significativa y patrón clínico que puede confundirse con enfermedad inflamatoria intestinal.

Caso clínico: mujer de 29 años con dolor abdominal ileocecal, diarrea mucosanguinolenta y pérdida ponderal, con aftas orales recurrentes desde la adolescencia y úlceras genitales previas autolimitadas. La colonoscopia mostró múltiples úlceras profundas, redondeadas y bien delimitadas en íleon terminal y colon derecho, con mucosa interpuesta conservada. La biopsia evidenció infiltrado neutrofílico y vasculitis linfocítica submucosa sin granulomas. La paciente cumplió los Criterios Internacionales para Enfermedad de Behçet (ICBD) de 2014 con 5 puntos y los criterios coreanos para Behçet intestinal en categoría definitiva.

Discusión: el patrón clínico, endoscópico e histopatológico es concordante con las principales series internacionales y permite un diagnóstico diferencial sólido frente a la enfermedad de Crohn. Se inició prednisona a 1 mg/kg/día con respuesta clínica en la primera semana, seguida de azatioprina a 2 a 2,5 mg/kg/día como mantenimiento, conforme a las recomendaciones de la European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) 2025. La evolución fue favorable, sin requerimiento quirúrgico ni recaídas.

Conclusión: el reconocimiento temprano, la aplicación formal de los criterios diagnósticos vigentes y el tratamiento escalonado oportuno con glucocorticoides e inmunomoduladores modifican favorablemente el pronóstico y reducen las complicaciones graves.

Palabras clave:

Vasculitis;
Azatioprina;
Glucocorticoides;
Inmunosupresores;
Úlcera.

Ileocecal colitis as a manifestation of Behçet's syndrome: a case report

DOI:10.5281/zenodo.21042689
SANUM 2026, 10(3) 186-194

How to cite this article

Miranda May ZM, Urrea Ospina JD, Sánchez Sánchez E, Vega Loaiza J, Vega Loaiza I.
Ileocecal colitis as a manifestation of Behçet's syndrome: a case report.
SANUM 2026, 10(3) 186-194
DOI: 10.5281/zenodo.21042689

© The authors. Published by SANUM: Revista Científico-Sanitaria under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License (CC BY-NC-ND 4.0).
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

Abstract

Introduction: *gastrointestinal involvement in Behçet's syndrome is a severe manifestation with significant morbidity and mortality, and a clinical pattern that may overlap with inflammatory bowel disease.*

Case report: *a 29-year-old woman presented with ileocecal abdominal pain, bloody diarrhea, and weight loss, with recurrent oral aphthous ulcers since adolescence and prior self-limited genital ulcers. Colonoscopy revealed multiple deep, round, well-demarcated ulcers in the terminal ileum and right colon, with preserved intervening mucosa. Biopsy showed neutrophilic infiltrate and submucosal lymphocytic vasculitis without granulomas. The patient met the 2014 International Criteria for Behçet's Disease (ICBD) with a score of 5 points and fulfilled the Korean criteria for definite intestinal Behçet's disease.*

Discussion: *the clinical, endoscopic, and histopathological pattern is consistent with the main international series and supports a robust differential diagnosis against Crohn's disease. Prednisone at 1 mg/kg/day was initiated, with clinical response within the first week, followed by azathioprine at 2 to 2.5 mg/kg/day for maintenance, in line with the 2025 European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) recommendations. The clinical course was favorable, with no surgical requirement or relapse.*

Conclusion: *early recognition, formal application of current diagnostic criteria, and timely stepwise treatment with glucocorticoids and immunomodulators favorably modify prognosis and reduce severe complications.*

Key words:
Vasculitis;
Azathioprine;
Glucocorticoids;
Immunosuppressive Agents;
Ulcer.

Información del artículo

Tipo de artículo:
Caso clínico.

Sección: Gastroenterología

F. recepción: 25-05-2026
F. aceptación: 29-06-2026
F. publicación: 29-07-2026

DOI: 10.5281/zenodo.21042689

Introducción

El síndrome de Behçet es una enfermedad inflamatoria multisistémica caracterizada por aftosis oral y genital recurrente, compromiso ocular, articular, cutáneo y vascular, con una expresión clínica heterogénea según la región geográfica y el contexto inmunogenético (1,2). Aunque su prevalencia es mayor en países del Mediterráneo oriental y Asia (la denominada Ruta de la Seda), se reportan casos en todo el mundo, incluyendo América Latina (3,6).

El compromiso gastrointestinal constituye una de las manifestaciones más graves del síndrome de Behçet y se asocia con morbimortalidad significativa por riesgo de perforación y sangrado masivo (1,4,6). Se caracteriza por úlceras profundas, típicamente localizadas en la región ileocecal, que pueden simular enfermedad inflamatoria intestinal pero obedecen a un mecanismo patogénico de vasculitis inmunomediada con activación neutrofílica y daño endotelial (1,2).

El reconocimiento precoz de esta entidad y la aplicación formal de criterios diagnósticos validados, así como un tratamiento escalonado oportuno acorde a las recomendaciones internacionales vigentes, son determinantes en el pronóstico (4,5). El presente caso ilustra la integración de la clínica, los hallazgos endoscópicos e histopatológicos y los criterios diagnósticos formales en una paciente joven con Behçet intestinal definitivo, así como su respuesta favorable al esquema terapéutico actualmente recomendado.

Presentación de caso

Paciente femenina de 29 años, procedente de zona urbana, sin antecedentes patológicos crónicos conocidos, quien consulta por cuadro de tres meses de evolución caracterizado por dolor abdominal progresivo tipo cólico, localizado en fosa ilíaca derecha, asociado a diarrea mucosanguinolenta intermitente, astenia marcada y pérdida ponderal de peso, aproximadamente de 6 kg. Refiere antecedente de aftas orales recurrentes desde la adolescencia, episodios previos de úlceras genitales autolimitadas y artralgias migratorias no deformantes, sin diagnóstico previo. Niega uso crónico de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), infecciones gastrointestinales recientes o antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal. El curso cronológico completo del caso, desde los antecedentes mucocutáneos en la adolescencia hasta la escalada terapéutica, se resume en la Figura 1.

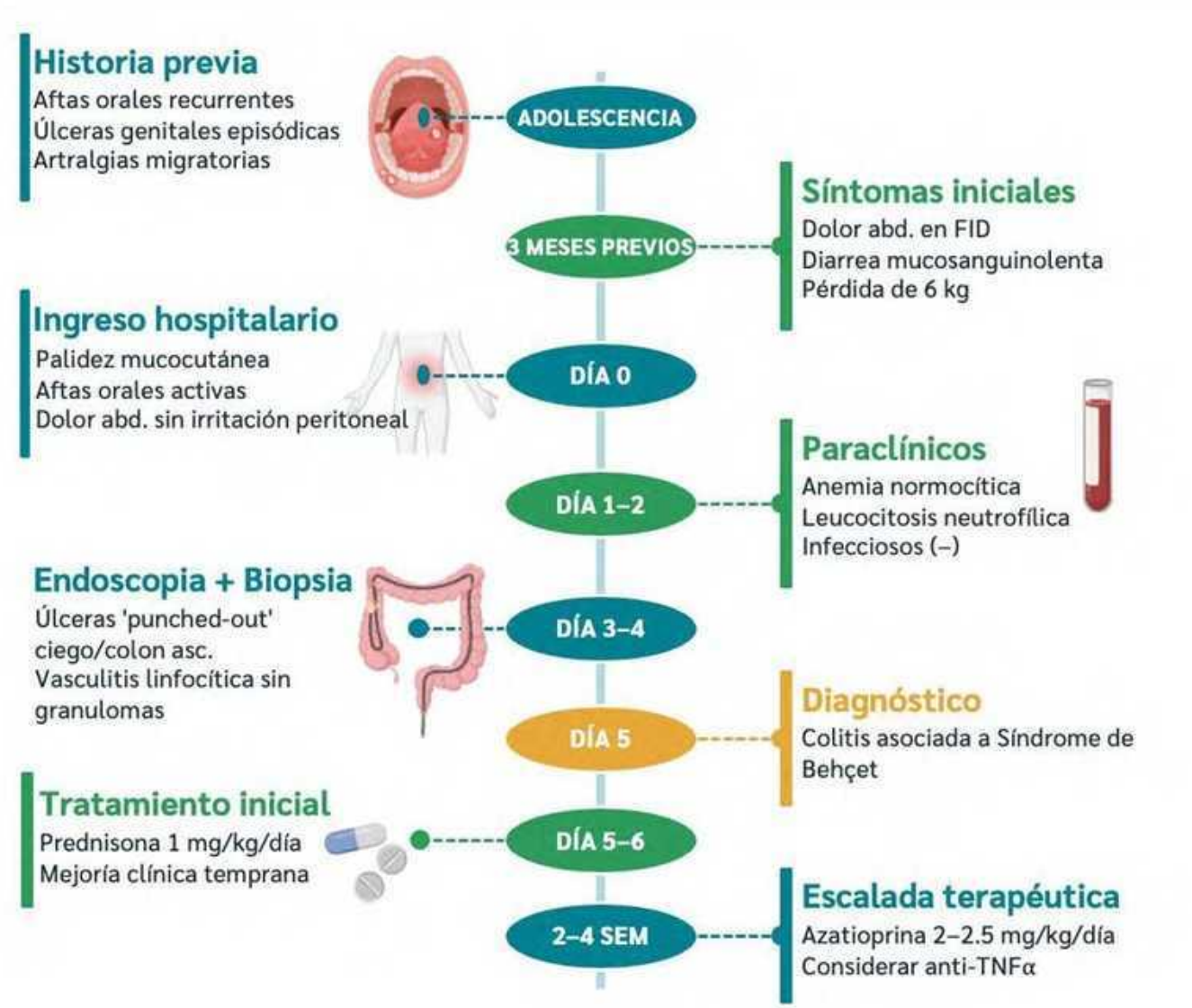
Al ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, con palidez mucocutánea leve y dolor a la palpación profunda en cuadrante inferior derecho, sin signos de irritación peritoneal. Se evidenciaron aftas orales activas. Los estudios de laboratorio mostraron anemia normocítica normocrómica, elevación de proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular, con leucocitosis leve de predominio neutrofílico. Coprocultivos y estudios parasitológicos fueron negativos.

Se realizó colonoscopia que evidenció múltiples úlceras profundas, redondeadas y bien delimitadas ("punched-out"), localizadas predominantemente en ciego y colon ascendente, con mucosa interpuesta relativamente conservada. Las biopsias revelaron pérdida focal de la arquitectura mucosa, infiltrado inflamatorio agudo con predominio neutrofílico y vasculitis linfocítica de pequeños vasos submucosos, sin granulomas ni hallazgos compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal clásica.

Dado el contexto clínico de aftosis oral recurrente, lesiones genitales previas, compromiso intestinal y hallazgos histológicos compatibles, se estableció el diagnóstico de colitis asociada a síndrome de Behçet. Se inició tratamiento con corticoides sistémicos (prednisona 1 mg/kg/día), con respuesta clínica favorable en la primera semana, evidenciada por disminución del dolor abdominal y resolución de la diarrea. Posteriormente, como terapia inmunomoduladora de mantenimiento y con el objetivo de reducir recaídas, se inició azatioprina a dosis de 2 a 2,5 mg/kg/día, tras evaluación de actividad de tiopurina metiltransferasa. Debido al compromiso intestinal moderado a severo, se consideró además la posibilidad de escalamiento a terapia biológica con anticuerpos monoclonales contra el factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNFα), como infliximab, en caso de recaída o respuesta subóptima (Figura 1).

La paciente evolucionó favorablemente, sin complicaciones quirúrgicas, con normalización progresiva de los marcadores inflamatorios y mejoría clínica sostenida, quedando en seguimiento conjunto por gastroenterología y reumatología. La paciente otorgó consentimiento informado por escrito para el acceso a la información clínica y la publicación del caso, garantizando confidencialidad y anonimato conforme a las normas éticas internacionales.

Figura 1. Línea de tiempo clínica del caso. Evolución cronológica desde los antecedentes mucocutáneos hasta el tratamiento de mantenimiento en una paciente con colitis asociada al síndrome de Behçet. Se resumen los principales hallazgos clínicos, analíticos, endoscópicos e histopatológicos, el proceso diagnóstico y la estrategia terapéutica escalonada.

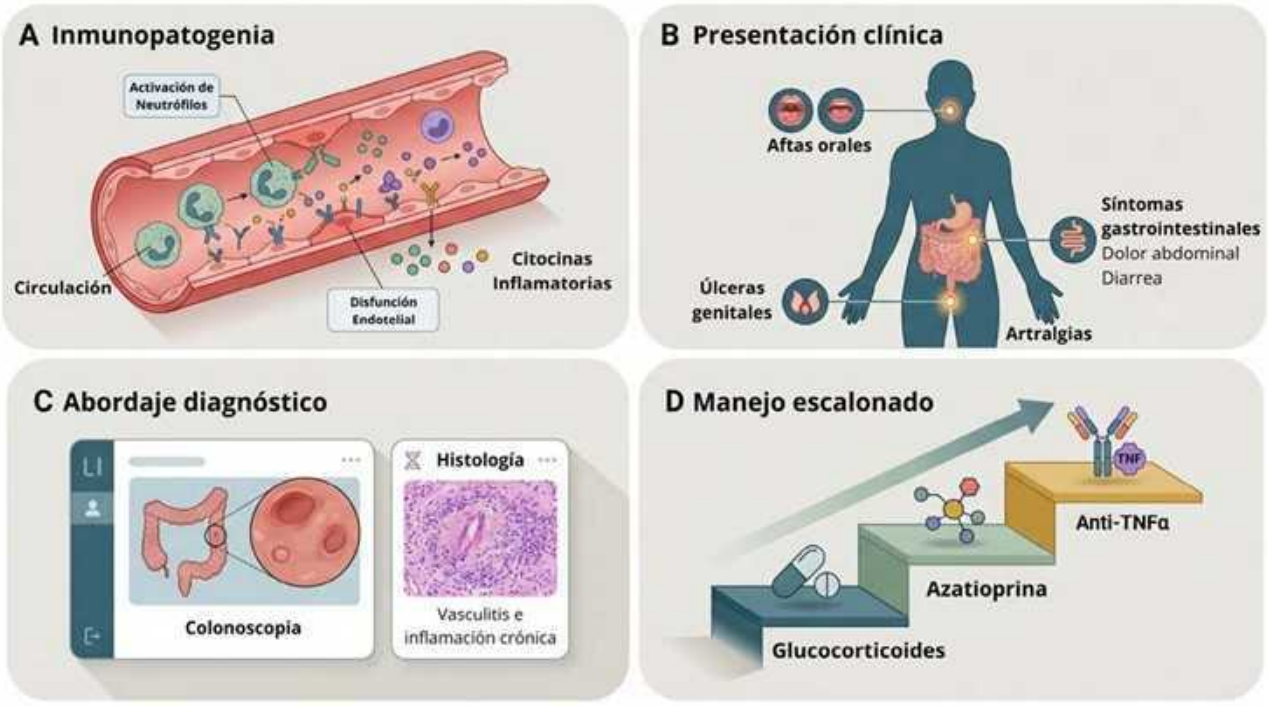


Elaboración propia. Iconografía obtenida de BioRender.

Diagnóstico:

Colitis asociada a síndrome de Behçet con compromiso ileocólico, vasculitis inmunomediada y úlceras profundas. El diagnóstico se sustentó en el cumplimiento de los Criterios Internacionales para Enfermedad de Behçet (ICBD) de 2014 (12), con un puntaje total de 5 puntos: aftas orales recurrentes (2 puntos), úlceras genitales recurrentes (2 puntos) y compromiso gastrointestinal documentado (1 punto), superando el umbral diagnóstico de 4 puntos. Adicionalmente, la paciente cumplió los criterios coreanos para Behçet intestinal en categoría definitiva (2,10), dada la presencia de úlceras ileocecales típicas (redondeadas, profundas, número igual o menor a cinco y distribución focal) en el contexto de enfermedad de Behçet sistémica documentada. Ver Figura 2.

Figura 2. Síndrome de Behçet intestinal: inmunopatogenia, presentación clínica, abordaje diagnóstico y tratamiento escalonado. Representación esquemática de los principales mecanismos fisiopatológicos, manifestaciones clínicas, criterios diagnósticos y estrategia terapéutica recomendada según las guías EULAR 2025.



Elaboración propia. Iconografía construida con matplotlib.

Discusión

La presentación clínica de esta paciente, con dolor abdominal de localización ileocecal asociado a diarrea sanguinolenta, pérdida ponderal y antecedente de aftosis oral y genital recurrente, coincide con el patrón descrito en las principales series internacionales de Behçet intestinal. Una serie mediterránea de 60 pacientes con compromiso gastrointestinal, seguida en un centro multidisciplinario, reportó una edad media al diagnóstico de 34 años, una distribución por sexos prácticamente equilibrada y una localización ileocecal en el 61% de los casos (4). En una cohorte turca de mayor tamaño con 2.313 pacientes, la afectación gastrointestinal se observó en ambos sexos, aunque las manifestaciones extramucocutáneas tendieron a ser más graves en hombres (9). En el contexto regional, una serie colombiana documentó compromiso gastrointestinal en hasta el 40% de los pacientes con síndrome de Behçet, con predominio femenino, lo que es consistente con el perfil clínico de nuestra paciente (3).

Los hallazgos colonoscópicos observados (úlceras profundas, redondeadas, bien delimitadas y focales en íleon terminal y colon derecho) reproducen el patrón descrito en un estudio coreano comparativo entre 115 pacientes con Behçet intestinal y 135 con enfermedad de Crohn (8). En dicho análisis, las características que orientaron hacia Behçet con mayor peso estadístico fueron la forma redonda u oval, el número igual o menor a cinco lesiones, la distribución focal y la ausencia de patrón empedrado y lesiones aftosas; el algoritmo discriminativo basado en estos rasgos alcanzó una sensibilidad del 94,3% y una especificidad del 90% para el diagnóstico diferencial. De manera concordante, la serie mediterránea ya mencionada también describió grandes úlceras ovaladas como el patrón endoscópico predominante, lo que refuerza el valor del fenotipo observado en este caso como herramienta diagnóstica diferencial (4).

La histología mostró infiltrado neutrofílico y vasculitis linfocítica submucosa sin granulomas, hallazgo concordante con la descripción clásica del Behçet intestinal y diferente del patrón transmural granulomatoso característico de la enfermedad de Crohn (2). Esta distinción tiene implicaciones terapéuticas, dado que ambas entidades comparten manifestaciones clínicas y respuesta parcial a inmunomoduladores, pero difieren en el mecanismo patogénico predominante: vasculitis inmunomediada en Behçet frente a respuesta granulomatosa mediada por inmunidad adaptativa en Crohn (2). El refinamiento de los criterios diagnósticos por el Korean IBD Study Group, incluyendo el índice de actividad para Behçet intestinal, permitió formalizar la categorización diagnóstica aplicada en este caso, correspondiente a la categoría definitiva (10).

La respuesta clínica favorable a prednisona en la primera semana y el sostenimiento posterior con azatioprina concuerdan con los resultados de la serie mediterránea ya citada, en la cual la azatioprina fue el tratamiento inicial elegido en pacientes con enfermedad moderada a severa, con una tasa global de remisión cercana al 80% y una tasa de cirugía urgente del 37% por perforación o sangrado masivo, lo que subraya la ventana terapéutica estrecha y la necesidad de inmunosupresión precoz (4). Las recomendaciones de la European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) de 2025 formalizan este abordaje escalonado: glucocorticoides para inducción, azatioprina como mantenimiento y escalamiento temprano a anticuerpos monoclonales anti-TNFα en enfermedad refractaria o con riesgo de daño orgánico (5). En un metaanálisis sobre Behçet intestinal refractario se reportaron tasas de mejoría sintomática del 60% a las 10 a 14 semanas y del 74% a las 48 a 54 semanas con anti-TNFα, así como cicatrización mucosa sostenida en el 61% de los pacientes a largo plazo, lo que respalda la consideración de escalamiento biológico en caso de recaída en esta paciente (11).

En América Latina, el síndrome de Behçet intestinal continúa siendo una entidad subdiagnosticada, debido en parte a su baja frecuencia relativa fuera de los países del Mediterráneo oriental y Asia (la denominada Ruta de la Seda) y a la superposición clínica con enfermedad de Crohn, tuberculosis intestinal e infecciones por Yersinia y citomegalovirus (6). La serie colombiana antes mencionada sigue siendo una de las pocas publicaciones nacionales con caracterización clínica del fenotipo gastrointestinal regional, lo que justifica el reporte sistemático de casos como el presente para fortalecer la evidencia local (3).

Desde una perspectiva mecanística, los hallazgos del caso, vasculitis linfocítica submucosa con infiltrado neutrofílico y úlceras profundas en sacabocado, son el correlato histopatológico de la disfunción inmunovascular sistémica que caracteriza al síndrome de Behçet, con activación neutrofílica, daño endotelial y compromiso microvascular que conducen a isquemia mucosa y ulceración (1,2). Este modelo fisiopatológico explica tanto el fenotipo endoscópico como la respuesta favorable a la inmunosupresión sistémica.

Discussion

The clinical presentation of this patient, with ileocecal abdominal pain, bloody diarrhea, weight loss, and a history of recurrent oral and genital aphthous ulcers, matches the pattern described in the main international series of intestinal Behçet's disease. A Mediterranean series of 60 patients with gastrointestinal involvement followed at a multidisciplinary center reported a mean age at diagnosis of 34 years, a nearly balanced sex distribution, and ileocecal localization in 61% of cases (4). In a larger Turkish cohort of 2,313 patients, gastrointestinal involvement was observed in both sexes, although extramucocutaneous manifestations tended to be more severe in men (9). In the regional context, a Colombian series documented gastrointestinal involvement in up to 40% of patients with Behçet's syndrome, with female predominance, which is consistent with the clinical profile of our patient (3).

The colonoscopic findings observed —deep, round, well-demarcated, and focal ulcers in the terminal ileum and right colon— reproduce the pattern described in a Korean comparative study of 115 patients with intestinal Behçet's disease versus 135 with Crohn's disease (8). In that analysis, the features that most strongly favored Behçet's were round or oval shape, five or fewer lesions, focal distribution, and absence of cobblestone and aphthous patterns; the discriminative algorithm based on these features reached a sensitivity of 94.3% and a specificity of 90% for the differential diagnosis. Consistently, the Mediterranean series already cited also described large oval ulcers as the predominant endoscopic pattern, reinforcing the value of the phenotype observed in this case as a differential diagnostic tool (4).

Histology showed a neutrophilic infiltrate and submucosal lymphocytic vasculitis without granulomas, a finding consistent with the classical description of intestinal Behçet's and distinct from the granulomatous transmural pattern characteristic of Crohn's disease (2). This distinction has therapeutic implications, since both entities share clinical manifestations and partial response to immunomodulators but differ in their predominant pathogenic mechanism: immune-mediated vasculitis in Behçet's versus adaptive immunity-driven granulomatous response in Crohn's disease (2). The refinement of diagnostic criteria by the Korean IBD Study Group, including the disease activity index for intestinal Behçet's, allowed the formal diagnostic categorization applied in this case, corresponding to the definite category (10).

The favorable clinical response to prednisone within the first week and the subsequent maintenance with azathioprine are consistent with the findings of the Mediterranean series already cited, in which azathioprine was the initial treatment of choice in patients with moderate to severe

disease, with an overall remission rate of approximately 80% and an emergency surgery rate of 37% due to perforation or massive bleeding, underscoring the narrow therapeutic window and the need for early immunosuppression (4). The 2025 EULAR recommendations formalize this stepwise approach: glucocorticoids for induction, azathioprine for maintenance, and early escalation to monoclonal anti-TNFα antibodies in refractory or organ-threatening disease (5). A meta-analysis on refractory intestinal Behçet's disease reported symptomatic improvement rates of 60% at 10 to 14 weeks and 74% at 48 to 54 weeks with anti-TNFα, as well as sustained mucosal healing in 61% of patients in long-term follow-up, supporting the consideration of biologic escalation in case of relapse in this patient (11).

In Latin America, intestinal Behçet's syndrome remains an underdiagnosed entity, in part due to its relatively low frequency outside the eastern Mediterranean and Asian countries (the so-called Silk Road) and to clinical overlap with Crohn's disease, intestinal tuberculosis, and Yersinia or cytomegalovirus infections (6). The Colombian series already mentioned remains one of the few national publications with clinical characterization of the regional gastrointestinal phenotype, justifying the systematic reporting of cases such as the present one to strengthen local evidence (3).

From a mechanistic perspective, the findings in this case, submucosal lymphocytic vasculitis with neutrophilic infiltrate and deep punched-out ulcers, are the histopathological correlate of the systemic immunovascular dysfunction that characterizes Behçet's syndrome, with neutrophil activation, endothelial damage, and microvascular involvement leading to mucosal ischemia and ulceration (1,2). This pathophysiological model explains both the endoscopic phenotype and the favorable response to systemic immunosuppression.

Conclusión

El compromiso gastrointestinal del síndrome de Behçet debe sospecharse activamente ante la triada clínica de aftosis oral y genital recurrente, dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha y diarrea sanguinolenta, particularmente en pacientes jóvenes sin diagnóstico previo de enfermedad inflamatoria intestinal.

El patrón endoscópico de úlceras redondeadas, profundas, focales y en número igual o menor a cinco, junto con vasculitis linfocítica submucosa sin granulomas en la biopsia, constituye un eje diagnóstico diferencial sólido frente a la enfermedad de Crohn y otras causas de colitis ulcerativa focal. La aplicación formal de los criterios ICBD 2014 y de los criterios coreanos para Behçet intestinal aporta rigor al diagnóstico y debería incorporarse de rutina en la práctica clínica.

El tratamiento escalonado con glucocorticoides para inducción y azatioprina como inmunomodulador de mantenimiento, con consideración temprana de terapia biológica anti-TNFα en casos refractarios, ofrece tasas elevadas de remisión clínica y cicatrización mucosa, reduce el requerimiento quirúrgico y modifica favorablemente el pronóstico cuando se inicia de manera oportuna.

En América Latina, el reporte sistemático de casos clínicos bien caracterizados resulta esencial para consolidar el reconocimiento de esta entidad, fortalecer la sospecha diagnóstica temprana y reducir el riesgo de complicaciones potencialmente fatales.

Limitaciones:

Entre las limitaciones del caso se reconoce que no se realizó test de patergia ni tipificación HLA-B*51, lo cual habría aportado puntaje adicional al sistema ICBD 2014 y contexto inmunogenético complementario; no obstante, el diagnóstico se sustenta sólidamente con 5 puntos basados en las manifestaciones clínicas documentadas, superando el umbral diagnóstico de 4 puntos. Tampoco se obtuvo biopsia vascular profunda, dado que la histología submucosa fue suficiente para confirmar la vasculitis linfocítica. Finalmente, aunque la evolución clínica fue favorable en la fase aguda y de mantenimiento inicial, se requiere seguimiento prolongado para evaluar la frecuencia de recaídas y la eventual necesidad de escalamiento a terapia biológica.

Conclusion

Gastrointestinal involvement in Behçet's syndrome should be actively suspected in the presence of the clinical triad of recurrent oral and genital aphthosis, right lower quadrant abdominal pain, and bloody diarrhea, particularly in young patients without a prior diagnosis of inflammatory bowel disease.

The endoscopic pattern of round, deep, focal ulcers, five or fewer in number, together with submucosal lymphocytic vasculitis without granulomas on biopsy, constitutes a solid differential

diagnostic axis against Crohn's disease and other causes of focal ulcerative colitis. The formal application of the 2014 ICBD criteria and of the Korean criteria for intestinal Behçet's adds diagnostic rigor and should be routinely incorporated into clinical practice.

Stepwise treatment with glucocorticoids for induction and azathioprine for maintenance immunomodulation, with early consideration of anti-TNFα biologic therapy in refractory cases, offers high rates of clinical remission and mucosal healing, reduces the need for surgery, and favorably modifies prognosis when initiated in a timely manner.

In Latin America, the systematic reporting of well-characterized clinical cases is essential to consolidate the recognition of this entity, strengthen early diagnostic suspicion, and reduce the risk of potentially fatal complications.

Limitations

*Among the limitations of this case, the pathergy test and HLA-B*51 typing were not performed, which could have added additional points to the 2014 ICBD scoring system and complementary immunogenetic context; however, the diagnosis is solidly supported by 5 points based on the documented clinical manifestations, exceeding the diagnostic threshold of 4 points. Deep vascular biopsy was not obtained, since submucosal histology was sufficient to confirm lymphocytic vasculitis. Finally, although the clinical course was favorable in the acute and initial maintenance phases, prolonged follow-up is required to assess the frequency of relapses and the potential need for escalation to biologic therapy.*

DECLARACIONES

Financiación

Los autores declaran que esta investigación no recibió financiación de fuentes públicas, privadas ni comerciales.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de intereses de tipo económico, institucional o personal relacionados con el presente estudio.

Disponibilidad de datos

Los datos que sustentan los hallazgos del presente caso clínico están disponibles previa solicitud razonable al autor de correspondencia, siempre que dicha solicitud sea compatible con la protección de la confidencialidad de la paciente y la normativa ética aplicable..

Contribución de los autores (CRediT)

ZMMM: Conceptualización, Metodología, Investigación, Curación de datos, Análisis formal, Redacción del borrador original y Visualización.

JDUO: Investigación, Validación, Visualización, Redacción – revisión y edición y Administración del proyecto.

ESS: Validación, Redacción – revisión y edición y Supervisión.

JVL: Validación y Redacción – revisión y edición.

IVL: Validación y Redacción – revisión y edición.

- **ZMMM:** Zaida Mercedes Miranda May.
- **JDUO:** Juan David Urrea Ospina.
- **ESS:** Estefanía Sánchez Sánchez.
- **JVL:** Juliana Vega Loaiza.
- **IVL:** Isabela Vega Loaiza.

Todos los autores participaron en la elaboración del manuscrito de acuerdo con las funciones descritas mediante la taxonomía CRediT, revisaron críticamente el manuscrito, aprobaron la versión final para su publicación y aceptan la responsabilidad sobre todos los aspectos del trabajo, de acuerdo con los criterios establecidos por el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

.

Uso de Inteligencia Artificial

Los autores declaran que el manuscrito fue elaborado bajo su completa responsabilidad académica y científica. Cualquier herramienta de apoyo utilizada durante el proceso de redacción fue empleada únicamente para fines de edición y verificación, sin sustituir el análisis crítico ni la interpretación de los autores.

Publicación

Los autores declaran que este manuscrito es original e inédito, no ha sido presentado previamente en congresos, jornadas científicas ni publicado en otra revista o soporte, y no se encuentra sometido simultáneamente a evaluación en otra publicación científica.

Consideraciones éticas

La paciente otorgó consentimiento informado por escrito para el acceso a la información clínica y la publicación del caso, garantizando la confidencialidad y el anonimato conforme a las normas éticas internacionales. El estudio se desarrolló respetando los principios de la Declaración de **Helsinki** y las normas éticas aplicables a la investigación clínica.

Declaración de transparencia

Los autores declaran que este manuscrito constituye una representación honesta, precisa y transparente del caso clínico presentado; que no se han omitido aspectos relevantes ni se han modificado datos clínicos con fines distintos a los académicos y científicos.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la paciente y a su familia por autorizar la documentación y difusión académica del caso, contribuyendo al conocimiento médico y al fortalecimiento del aprendizaje clínico.

REFERENCIAS

1. Yazici Y, Hatemi G, Bodaghi B, Cheon JH, Suzuki N, Ambrose N, et al. Behçet syndrome. Nat Rev Dis Primers. 2021;7(1):67. doi:10.1038/s41572-021-00301-1
2. Kim DH, Cheon JH. Intestinal Behçet's disease: a true inflammatory bowel disease or merely an intestinal complication of systemic vasculitis? Yonsei Med J. 2016;57(1):22-32. doi:10.3349/ymj.2016.57.1.22
3. Zuluaga-Arbeláez N, Ardila-Suárez OM, Chavarriaga-Restrepo A, Rojas-Zuleta W. Manifestaciones gastrointestinales de la enfermedad de Behçet. Rev CES Med. 2022;36(3):86-98. doi:10.21615/cesmedicina.6771
4. Hatemi I, Esatoglu SN, Hatemi G, Erzin Y, Yazici H, Celik AF. Characteristics, treatment, and long-term outcome of gastrointestinal involvement in Behcet's syndrome. Medicine (Baltimore). 2016;95(16):e3348. doi:10.1097/MD.0000000000003348
5. Hatemi G, Ramiro S, Ozguler Y, Esatoglu SN, Tomasson G, Barete S, et al. EULAR recommendations for the management of Behçet's syndrome: 2025 update. Ann Rheum Dis. 2026. doi:10.1016/j.ard.2026.02.009
6. Skef W, Hamilton MJ, Arayssi T. Gastrointestinal Behçet's disease: a review. World J Gastroenterol. 2015;21(13):3801-12. doi:10.3748/wjg.v21.i13.3801
7. Hatemi G, Christensen R, Bang D, Bodaghi B, Celik AF, Fortune F, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of Behçet's syndrome. Ann Rheum Dis. 2018;77(6):808-818. doi:10.1136/annrheumdis-2018-213225
8. Lee SK, Kim BK, Kim TI, Kim WH. Differential diagnosis of intestinal Behçet's disease and Crohn's disease by colonoscopic findings. Endoscopy. 2009;41(1):9-16. doi:10.1055/s-0028-1103481
9. Tursen U, Gurler A, Boyvat A. Evaluation of clinical findings according to sex in 2313 Turkish patients with Behçet's disease. Int J Dermatol. 2003;42(5):346-51. doi:10.1046/j.1365-4362.2003.01741.x
10. Lee HJ, Cheon JH. Optimal diagnosis and disease activity monitoring of intestinal Behçet's disease. Intest Res. 2017;15(3):311-317. doi:10.5217/ir.2017.15.3.311
11. Zhan S, Liu C, Li N, Li T, Tian Z, Zhao M, et al. Anti-TNF-α agents for refractory intestinal Behçet's disease: case series and meta-analysis. Therap Adv Gastroenterol. 2022;15:17562848221116666. doi:10.1177/17562848221116666
12. International Team for the Revision of the International Criteria for Behçet's Disease (ITR-ICBD). The International Criteria for Behçet's Disease (ICBD): a collaborative study of 27 countries on the sensitivity and specificity of the new criteria. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014;28(3):338-47. doi:10.1111/jdv.12107