



COLITIS ULCEROSA Y ERITEMA MULTIFORME

Sr Director: El 21-36% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal presentan manifestaciones extraintestinales: cutáneas, orales, osteoarticulares, oculares, hepatobiliares, etc. De las manifestaciones cutáneas, que se detectan en el 15% de los casos, el eritema nudoso y el pioderma gangrenoso son las lesiones más conocidas y específicas. Se han comunicado asimismo reacciones urticariales y maculopapulares por fármacos y, de forma muy ocasional, entidades como el eritema multiforme (EM), la epidermolísis ampollosa o el síndrome de Sweet^{1,2}. Se presenta el caso de una paciente con 2 episodios de EM simultáneos a sendos brotes de actividad de colitis ulcerosa (CU).

Mujer de 44 años de edad, sin antecedentes de interés, que ingresó por presentar, desde hacía 3 semanas, diarrea sanguinolenta (5-7 deposiciones diarias), dolor hipogástrico y febrícula, sin respuesta a esteroides orales. En colonoscopia se observaban alteraciones propias de la CU, con actividad inflamatoria moderada-grave y afectación extensa (superaba el ángulo esplénico del colon). Las biopsias eran concordantes con el diagnóstico endoscópico. Se indicó tratamiento con esteroides por vía intravenosa y nutrición parenteral. A los 10 días del ingreso, mientras seguía el tratamiento antes referido y con los síntomas digestivos en remisión, presentó lesiones papulovesiculosas diseminadas por la cara, el tronco y las extremidades, sin afectación de mucosas, que se catalogaron de EM *minor*. Las lesiones dérmicas, tras mantenerse estables durante 3-4 días, remitieron y desaparecieron sin secuelas al cabo de unas 2 semanas. La remisión de las lesiones dérmicas coincidió con una franca mejoría de la CU. Se dio de alta a la paciente y, tras la retirada progresiva de los esteroides orales, se instauró tratamiento de mantenimiento con mesalazina.

Tras permanecer 9 meses asintomática, reingresó por nuevo brote de actividad de la CU, de moderada intensidad, sin respuesta de nuevo a los esteroides orales. Después del ingreso y de iniciar tratamiento con esteroides por vía intravenosa, aparecieron nuevas lesiones dérmicas de las mismas características y diseminación que en el ingreso anterior, y se ratificó el diagnóstico de EM *minor*. La paciente no aceptó la práctica de una nueva colonoscopia. El brote de actividad de la CU se controló con esteroides por vía intravenosa y, en este ingreso, con nutrición enteral. Los síntomas digestivos y las lesiones cutáneas mejoraron de forma paralela y progresiva hasta su total desaparición al cabo de unas 3 semanas. Resultaron negativos los coprocultivos, la investigación de parásitos en heces, los anticuerpos (inmunoglobulina M) para citomegalovirus y herpes simple I-II, así como los anticuerpos para *Yersinia enterocolitica* y *Salmonella tphi*.

El EM es una enfermedad cutánea que puede ser idiopática o relacionada con varias entidades como infecciones virales o bacterianas, fármacos, neoplasias, lupus eritematoso, panarteritis nudosa, etc. Se ha descrito ocasionalmente en pacientes con CU y enfermedad de Crohn, y se incluye entre las manifestaciones dermatológicas infrecuentes de la en-



Fig. 1. Eritema multiforme. Lesiones maculopapulares en miembro superior derecho, con depresión central y aspecto «en diana».

fermedad inflamatoria intestinal³⁻⁵. La presentación de las lesiones en nuestra paciente coincidió con brotes de actividad de la CU. Se descarta la relación del EM con el tratamiento con mesalazina⁶, ya que en el primer episodio la paciente no había seguido tratamiento con este fármaco y en el segundo las lesiones aparecieron tras su retirada y no recidivaron con su reintroducción. El EM en su variedad *minor*, como el de nuestra paciente, se presenta con lesiones rojizas elevadas (maculopapulares) y en ocasiones vesiculosas y ampollosas, que pueden alcanzar 1-2 cm de diámetro y afectan preferentemente las extremidades (fig. 1). Las lesiones al crecer periféricamente se deprimen en su centro, adquieren una coloración rosada que contrasta con el borde rojizo y adoptan el llamado aspecto «en diana». En la variedad «mayor» o en el síndrome de Stevens-Johnson las lesiones cutáneas son más graves y diseminadas, con afectación de las conjuntivas y de las mucosas bucal, faríngea, bronquial y del tracto digestivo, con deterioro del estado general^{7,8}. Las manifestaciones dermatológicas de la enfermedad inflamatoria intestinal pueden cursar de forma independiente a la actividad de la enfermedad intestinal, como el pioderma gangrenoso, o de forma simultánea y paralela, como el eritema nudoso y aparentemente, por nuestro caso y otros descritos, el EM⁴.

Podemos considerar que el EM es una entidad infrecuente en el espectro de las manifestaciones dermatológicas de la CU o de la enfermedad de Crohn, que debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas presentes en estas enfermedades.

E. HOYAS-PABLOS^a, M. CASTRO-FERNÁNDEZ^a,
C. RODRÍGUEZ-ALONSO^a, P. GUERRERO^a
y J. ESCUDERO-ORDÓÑEZ^b

^aServicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

^bServicio de Dermatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. España.

BIBLIOGRAFÍA

- Greenstein AJ, Janowitz HD, Sachar DB. The extra-intestinal complications of Crohn's disease and ulcerative colitis. A study of 700 patients. *Medicine (Baltimore)* 1976;55:401-12.
- Su CG, Judge TA, Lichtenstein GR. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin North Am* 2002;31:307-27.
- Brenner SM, Delany HM. Erythema multiforme and Crohn's disease of the large intestine. *Gastroenterology* 1972;62:479-82.
- Chapman RS, Forsyth A, MacQueen A. Erythema multiforme in association with active ulcerative colitis and Crohn's disease. *Dermatologica* 1977;154:32-8.

CARTAS AL DIRECTOR

5. Areias E, García E, Silva L. Manifestaciones cutáneas de la colitis ulcerosa. *Med Cutan Ibero Lat Am* 1987;15:185-97.
6. Ransford RAJ, Langman MJS. Sulphasalazine and mesalazine: serious adverse reactions re-evaluated on the basis of suspected adverse reaction reports to the Committee on Safety of Medicines. *Gut* 2002;51:536-9.
7. Huff JC, Weston WL, Tonnesen MG. Erythema multiforme: a critical review of characteristics, diagnostic criteria, and causes. *J Am Acad Dermatol* 1983;8:763-75.
8. Léauté-Labrèze C, Lamireau T, Chawki D, Maleville J, Taïeb A. Diagnosis, classification, and management of erythema multiforme and Stevens-Johnson syndrome. *Arch Dis Child* 2000;83:347-52.