



**Figura 1** Placas eritemato-descamativas con pústulas en su superficie, localizadas en ambas palmas.

justificar un gran número de casos. Finalmente, también hay que tener en cuenta que la psoriasis es una entidad heterogénea y que determinadas variantes pueden tener una base genética e inmunológica distinta de otras formas<sup>10</sup>; de hecho, puede presentarse una pustulosis palmoplantar, pese a mejorar la psoriasis en placas para la que se pautó el infliximab<sup>7</sup>.

## Bibliografía

1. Najarian DJ, Gottlieb AB. Connections between psoriasis and Crohn's disease. *J Am Acad Dermatol.* 2003;48:805–21.
2. Tan MH, Gordon M, Lebwohl O, George J, Lebwohl MG. Improvement of pyoderma gangrenosum and psoriasis associated with Crohn's disease with anti-tumor necrosis factor  $\alpha$  monoclonal antibody. *Arch Dermatol.* 2001;137:930–3.
3. Revenga F, Juan A, Ros I, Nadal C, Taberner R. Tratamiento de la psoriasis con infliximab. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:44–50.
4. Soto Fernández S, González Carro P, De Pedro Esteban A, Legaz Huidobro ML, Pérez Roldán F, Roncero García Escribano O, et al.

Hepatitis inducida por infliximab en un paciente con enfermedad de Crohn. *Gastroenterol Hepatol.* 2006;29:321–2.

5. Collamer AN, Guerrero KT, Henning JS, Batafarano DF. Psoriatic skin lesions induced by tumor necrosis factor antagonist therapy: a literature review and potential mechanisms of action. *Arthritis Rheum.* 2008;59:996–1001.
6. Heymann WR. Tumor necrosis factor inhibitor-induced pustular psoriasis?. *J Am Acad Dermatol.* 2007;56:327–9.
7. Mössner R, Thaci D, Mohr J, Pätzold S, Bertsch HP, Krüger U, et al. Manifestation of palmoplantar pustulosis during or after infliximab therapy for plaque-type psoriasis: report on five cases. *Arch Dermatol Res.* 2008;300:101–5.
8. Pérez Pérez L, Caeiro JL, Fabeiro JM, Allegue F, Zulaica A. Induction of pustular lesions during infliximab therapy for Crohn's disease. *Acta Derm Venereol.* 2008;88:292–3.
9. Angelucci E, Cocco A, Viscido A, Vernia P, Caprilli R. Another paradox in Crohn's disease: new onset of psoriasis in a patient receiving tumor necrosis factor-alpha antagonist. *Inflamm Bowel Dis.* 2007;13:1059–61.
10. González López MA, Blanco Alonso R, Yáñez Díaz S, Fernández Llaça H. Psoriasis inducida por infliximab: un hecho paradójico. *Med Clin (Barc).* 2006;127:316.

Benigno Monteagudo Sánchez<sup>a,\*</sup>, Miguel Cabanillas<sup>a</sup>, Susana Ortiz-Marín<sup>b</sup> y José Carlos Gallego-Ojea<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos, Estrada de San Pedro de Leixa, Ferrol, La Coruña, España

<sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos, Estrada de San Pedro de Leixa, Ferrol, La Coruña, España

<sup>c</sup>Servicio de Radiología, Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos, Estrada de San Pedro de Leixa, Ferrol, La Coruña, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [benims@hotmail.com](mailto:benims@hotmail.com) (B. Monteagudo Sánchez).

doi:10.1016/j.j.gastrohep.2008.09.022

## Kala azar con afectación gástrica

### Kala azar with gastric involvement

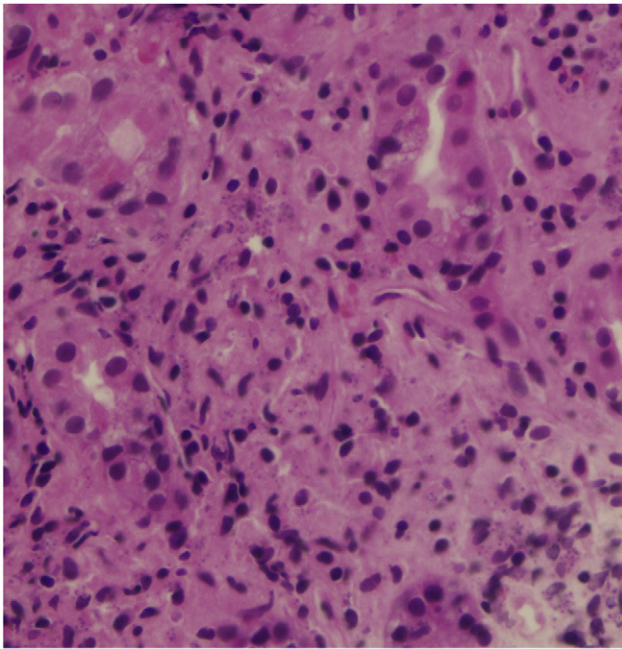
Sr. Editor:

La leishmaniasis visceral (LV) puede producirse por 3 especies de la *Leishmania donovani complex*. La infección por estos organismos suele ser asintomática, aunque la presencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha modificado la epidemiología de esta enfermedad.

Presentamos el caso de un varón de 22 años, con el diagnóstico de infección por el VIH C3, tuberculosis diseminada (ulcus duodenal tuberculoso) tratada de forma supervisada durante el año 2006, mal cumplidor del tratamiento antirretroviral, que acude a urgencias por

presentar fiebre de hasta 38 °C, acompañada de malestar general, anorexia y diarrea de 6–7 deposiciones diarias sanguinolentas con tenesmo rectal. En la exploración física, sólo destaca esplenomegalia que alcanza fosa ilíaca izquierda. La analítica muestra anemia ferropénica, leve trombopenia y discreta hipoalbuminemia. En el estudio inmunológico se observa CD4 10% (24/ $\mu$ l) y una carga viral de 820.000 copias/ml. El cultivo de bacterias, levaduras y parásitos en heces fue negativo.

Se realiza colonoscopia hasta ciego, sin que se detectaran alteraciones en la mucosa, y la toma de biopsias para cultivo resulta negativa. Ante los antecedentes de ulcus tuberculoso, se solicita endoscopia digestiva alta, en la que se describen erosiones longitudinales incompletas sobre mucosa de cuerpo y fundus edematoso con parcheado petequial, del que se toman biopsia, con el resultado anatomopatológico de infiltración por leishmania (fig. 1). Tras estos



**Figura 1** Biopsia gástrica: presencia de leishmaniascon H/E.

resultados, se realiza tomografía computarizada *body*, en la que destaca la presencia de esplenomegalia y adenopatías retroperitoneales en situación paraaórtica e interaorticocava y raíz del mesenterio. Se lleva a cabo punción aspirativa con aguja fina de ganglio inguinal derecho, en la que se observa la presencia de leishmanias, al igual que en el aspirado de médula ósea.

El proceso diarreico remitió con tratamiento de sueroterapia y dieta absoluta. La reintroducción de la dieta oral se efectuó con buena tolerancia. Una vez diagnosticada la LV, se inició tratamiento con anfotericina B. En el momento del alta, el paciente presenta buen estado general con ritmo intestinal conservado.

doi:10.1016/j.gastrohep.2008.09.021

## Comentarios

Los síntomas principales de la LV clásica son fiebre y pérdida de peso. Los pacientes infectados por el VIH que presentan LV suelen tener unas características clínicas similares a la enfermedad clásica, aunque a veces afectan a otros órganos, como recto, duodeno, estómago, produciendo síntomas atípicos<sup>1,2</sup>. Este hecho hay que tenerlo en cuenta en el diagnóstico de LV, ya que España es un área de incidencia alta de coinfección (VIH y leishmaniasis)<sup>3,4</sup>.

## Bibliografía

1. Pulido F, Rubio R, Cost JR. Visceral leishmaniasis as a cause of diarrhoea in HIV-infected patients. *AIDS*. 1995;9:661–4.
2. Magill AJ, Grogl M, Johnson SC, Gasser Jr RA. Visceral infection due to *Leishmania tropica* in veteran of Operation Desert Storm who presented 2 years after leaving Saudi Arabia. *Clin Infect Dis*. 1994;19:805–8.
3. Alvar J. Leishmaniasis and AIDS co-infection: the Spanish example. *Parasitol Today*. 1994;10:160–4.
4. Pintado V, Martín-Rabadán P, Rivera ML. Visceral leishmaniasis in human immunodeficiency virus (HIV)-infected and non-HIV-infected patients. A comparative study. *Medicine (Baltimore)*. 2001;80:54–7.

Silvia Gómez Senent\*, Luisa Adán Merino y Pedro Mora Sanz

*Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [silviagsenent@gmail.com](mailto:silviagsenent@gmail.com)  
(S. Gómez Senent).

## Afectación intestinal en la enfermedad granulomatosa crónica

### Intestinal Involvement in Chronic Granulomatous Disease

*Sr. Editor:*

La enfermedad granulomatosa crónica (EGC) es una inmunodeficiencia primaria caracterizada por una mutación en los genes que codifican la nicotinamida adenindinucleótido fosfato reducido (NADPH, del inglés *nicotinamide adenine dinucleotide phosphate reduced*) oxidasa, lo que conlleva una propensión mayor a presentar infecciones fúngicas y bacterianas. La afectación intestinal es una complicación no infecciosa asociada, que afecta a la calidad de vida y el estado nutricional de estos pacientes, por lo que su

valoración y seguimiento es esencial en su tratamiento. Presentamos el caso de un varón de 27 años, diagnosticado a los 18 meses de esta enfermedad con grave afectación intestinal.

Varón de 27 años, con antecedentes familiares de madre y hermanas portadoras sanas de enfermedad granulomatosa crónica, diagnosticado de la misma entidad a los 18 meses. A los 19 años, presentó un cuadro de intensa diarrea sanguinolenta con grave afectación del estado general, que llevó a la realización de un colectomía subtotal e ileostomía de descarga, con cierre posterior de ésta y anastomosis término-terminal. El diagnóstico anatomopatológico de la pieza quirúrgica fue de colitis crónica granulomatosa y ulcerosa, con afectación del apéndice e íleon terminal. Actualmente, el paciente se encuentra en tratamiento con cotrimoxazol e itraconazol, así como mesalazina (5 ASA), y presenta una tendencia a infecciones respiratorias de repetición, así como un número de 4-5 deposiciones diarias. Se