



CARTAS AL DIRECTOR

Respuesta de los autores

Author's reply

Sr. Director:

Hemos leído con interés la Carta al director publicada en el número de abril de 2010 de su Revista, por Saral de la Fuente et al¹. La revisión que realizan sobre el tumor GIST y su manejo nos parece impecable, sin embargo, nos surgen algunas dudas tras su lectura.

Los autores describen el caso de un varón de 73 años con una anemia discreta (hemoglobina 12,8–13 g/dl). El paciente refería antecedentes familiares de cáncer de colon y presentó un resultado positivo en las muestras de sangre oculta en heces, motivando la realización de una colonoscopia, que fue normal. Posteriormente, tras un nuevo test fecal de sangre oculta, esta vez negativo, se solicitó una gastroscopia donde se objetivó una formación submucosa, sugerente de tumor GIST mediante ecoendoscopia.

Echamos de menos en la exposición del caso los datos referentes al estudio analítico de esta anemia que orientaran sobre su naturaleza. No se indica el resultado de los índices corpusculares o que existieran datos de ferropenia que alertaran sobre pérdidas sanguíneas. Tampoco la lesión objetivada en la endoscopia digestiva alta se describió erosionada o ulcerada, que pudiera justificar la anemia del paciente. Los tumores GIST, ulcerados o que invaden la mucosa, pueden producir anemia, tanto por pérdidas digestivas crónicas como por hemorragia digestiva aguda^{2,3}, pero representan una causa muy poco frecuente de sangrado gastrointestinal. Los autores tampoco explican o especulan sobre el probable mecanismo patogénico de la anemia en este caso. Por todo ello, y tras leer con atención la comunicación de Saral et al, se nos plantean las siguientes cuestiones:

Por un lado: ¿era el tumor GIST la causa de la alteración analítica del paciente, o fue un hallazgo incidental? Aunque el 69% de estos tumores pueden ser sintomáticos, en la mayoría los síntomas son inespecíficos, y en muchos casos son diagnosticados de forma casual durante la realización de una prueba diagnóstica solicitada por otro motivo^{4,5}.

Por otro lado, y en relación con la cuestión anterior, ¿cuál es la mejor actitud en un paciente con una alteración analítica como la expuesta en el caso clínico?

Los autores concluyen destacando la importancia de realizar un estudio diagnóstico ante cualquier alteración en el hemograma. La sociedad actual, cada vez más demandante, presiona en esta dirección, sin embargo, la saturación asistencial de nuestro sistema público de salud debe hacernos replantear esta actitud, que perjudica a aquellos pacientes con síntomas cardinales o de alarma, al aumentar las listas de espera y los tiempos de demora diagnósticos. Tanto la calidad y la seguridad, como la eficacia y la eficiencia deben ser los objetivos prioritarios de una buena gestión clínica.

Creemos que en todo paciente con anemia ferropénica^{6,7} debe realizarse un estudio como el que describen los autores del artículo, con el fin de descartar la existencia de una causa de pérdidas sanguíneas digestivas. Sin embargo es fundamental antes de ello realizar una orientación adecuada sobre la etiología de la anemia, y descartar otros motivos también muy frecuentes como la anemia de trastornos crónicos o la insuficiencia renal, y que no van a obtener beneficio de dicho estudio.

Bibliografía

1. De la Fuente Gelabert S, Roca Saumell C, Dedeu Cuscó JM. Minimal hemogram alteration in an asymptomatic patient. What is hidden? *Gastroenterol Hepatol*. 2010;33:343–4.
2. Martín-Lorenzo JG, Aguayo-Albasini JL, Torralba-Martínez JA, Lirón-Ruiz R, Giménez-Bascuñana A, Miquel-Perelló J, et al. Gastrointestinal stromal tumors. Diagnosis, prognosis and current surgical treatment. Follow-up of 18 treated patients. *Cir Esp*. 2006;79:22–7.
3. Szanto P, Barbus A, Al Hajjar N, Zaharia T, Manciu D. Gastric stromal tumor: a rare cause of upper gastrointestinal bleeding. *J Gastrointestin Liver Dis*. 2007;16:441–3.
4. Ludwig DJ, Traverso LW. Gut stromal tumors and their clinical behavior. *Am J Surg*. 1997;173:390–4.
5. Machado-Aranda D, Malamet M, Chang YJ, Jacobs MJ, Ferguson L, Silapaswan S, et al. Prevalence and management of gastrointestinal stromal tumors. *Am Surg*. 2009;75:55–60.
6. Gomollón F, Gisbert JP. Anemia and digestive diseases: an update for the clinician. *World J Gastroenterol*. 2009;15:4615–6.
7. Tefferi A. Anemia in adults: a contemporary approach to diagnosis. *Mayo Clin Proc*. 2003;78:1274–80.

Pilar López Serrano*, Teresa Pérez Fernández y
Conrado Fernández Rodríguez

*Departamento de Gastroenterología, Hospital Universitario
Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España*

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.gastrohep.2009.
11.007

doi:10.1016/j.gastrohep.2010.06.005

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: plopez@fhalcorcon.es
(P. López Serrano).

Vasculitis leucocitoclástica asociada a colitis ulcerosa

Leukocytoclastic vasculitis associated with ulcerative colitis

Un 15% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal puede presentar lesiones cutáneas¹ como manifestación extraintestinal, las más frecuentes son el eritema nodoso y el pioderma gangrenoso. La vasculitis leucocitoclástica (VL) es una vasculitis cutánea con características clínicas variables que potencialmente incluye manifestaciones sistémicas². Histológicamente, se caracteriza por invasión neutrofílica y necrosis fibrinoide sobre un engrosamiento endotelial de las vérulas poscapilares³. Con mayor frecuencia, el síndrome se asocia a lesiones purpúricas simétricas en las zonas distales de las piernas y los tobillos², aunque también se puede presentar con máculas, pápulas o ampollas. La asociación entre la VL y la colitis ulcerosa (CU) es poco común, y clínicamente suelen ser sincrónicas en su aparición³.

Se presenta el caso de un varón de 51 años de edad con diagnóstico en 2006 de VL con la aparición de múltiples lesiones purpúricas, milimétricas y simétricas en los extremos distales de las piernas y los tobillos además de manifestaciones sistémicas, como malestar general, artralgias y mialgias. En este proceso diagnóstico, y tras únicamente varios días de latencia, el paciente presenta diarrea sanguinolenta, por lo que se realiza una colonoscopia que diagnostica una CU de localización distal. Una vez establecido el diagnóstico, y hasta la época actual, el paciente precisa en varias ocasiones tratamiento sistémico con corticoides por brote de enfermedad con similar patocronía en todas las ocasiones en cuanto a los signos y a los síntomas dermatológicos y digestivos y con remisión clínica de la CU, pero lenta desaparición de las lesiones purpúricas. Se remite a nuestra consulta para efectuar controles de su enfermedad, y se deja entrever que actualmente se encuentra en fase asintomática digestiva, que presenta aún algunas lesiones purpúricas distribuidas en las zonas distales de las piernas y que no sigue tratamiento de mantenimiento con ningún medicamento ni revisiones especializadas. Así, pues, se aplica tratamiento oral con mesalazina (2 g/día) y tópico con enema de mesalazina cada 48 h. Tras 6 meses con tratamiento de mantenimiento, el paciente continúa asintomático y con mejoría de las lesiones

dermatológicas, pues actualmente se aprecian lesiones purpúricas en muy leve cuantía con algunas en fase cicatricial e hiperpigmentación basal remanente (fig. 1).

La resolución de las lesiones dermatológicas con tratamiento con salicilatos indica la existencia de un mecanismo etiopatogénico común y, por tanto, la relación causal de los dos procesos. Algunas hipótesis indican que los inmunocomplejos, generados en la mucosa intestinal inflamada por la exposición del tejido linfoideo submucoso a antígenos fecales, podrían precipitar en las paredes de los pequeños vasos en áreas cutáneas específicas la activación de citocinas proinflamatorias, como el sistema de la interleucina 15 y el receptor de la interleucina 15, y diferenciar las células B de la lámina propia con la formación de las lesiones típicas⁵. Así, en concordancia con otros autores se podría indicar el estudio de una posible enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes con lesiones cutáneas de este tipo sin causa aparente o atípicas^{2,4,5}. Por otro lado, existen pocos casos descritos en la literatura médica que expongan la asociación entre VL y CU^{2,4,6,7}. Aunque se considera que la aparición de los síntomas entre las dos entidades es sincrónica, por lo general, en los casos preexistentes, existe una latencia entre los síntomas cutáneos y los digestivos de meses a años^{3,4,6,7}. Se puede considerar que este caso y el descrito por Tripodi Cutri et al² son los únicos probablemente sincrónicos en la aparición en cuanto a sintomatología.



Figura 1 Lesiones purpúricas con algunas en fase cicatricial e hiperpigmentación basal remanente.