

Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia



CARTAS AL DIRECTOR

Marcadores serológicos en enfermedad inflamatoria intestinal: diferencias poblacionales y limitaciones de su aplicación

Serological markers in inflammatory bowel disease: Differences among populations and limitations of their application

Sr. Director:

Las pruebas de la asociación de marcadores serológicos (MS) con el comportamiento y fenotipo de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) han crecido de forma importante en los últimos años, pero es notable que haya diferencias entre las distintas poblaciones, especialmente cuando se trata de Latinoamérica.

Hasta este momento, los anticuerpos anti-*Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) y los anticuerpos anti-citoplasma del neutrófilo de patrón perinuclear (p-ANCA) son los MS mejor estudiados en EII. La certeza diagnóstica del estudio independiente de estos MS ha sido superada por la combinación de sus resultados, permitiendo una mejor diferenciación entre la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU). El fenotipo ASCA+/p-ANCA- es característico de la EC, mientras que el fenotipo ASCA-/p-ANCA+ es característico de CU. Recientemente, y desde que se reconoce el patrón atípico de los p-ANCA (x-ANCA), su interés está aumentando, ya que puede ser una herramienta útil para la distinción entre las formas de EII. Con la mejor distinción de los patrones de ANCA la prevalencia de p-ANCA, y probablemente su utilidad, es menor que la de x-ANCA. Antes de que se iniciara la distinción entre p-ANCA y x-ANCA se conocía que la prevalencia de los p-ANCA en pacientes mexicanos con CU era del 51%. Recientemente analizamos y queremos reportar que, como parte de un proyecto piloto, se estudió a un grupo de 60 pacientes con CU en el que observamos que la prevalencia de p-ANCA y de x-ANCA fue del 32 y del 40%, respectivamente. Parece haber diferencias entre poblaciones porque Desplat-Jégo et al recientemente reportaron en un estudio multicéntrico francés que la prevalencia de x-ANCA en pacientes con CU es del 71,8%¹. Estos resultados han motivado a que iniciemos el estudio de una cohorte de pacientes más grande para determinar su utilidad clínica, la que aún no es bien conocida.

Ahora se tienen a disposición marcadores derivados de componentes de varias especies microbianas del intestino

(anticuerpos contra la porina tipo C de la membrana externa de la *Escherichia coli*, anticuerpos contra la secuencia I2 asociada a *Pseudomonas fluorescens*, anticuerpos contra flagelina, anticuerpos contra los hidratos de carbono chitobioside, laminaribioside y mannobioside) que permiten nuevas formas de estratificar a los pacientes con EII. Estos marcadores pueden actuar como indicadores pronósticos y de comportamiento de la enfermedad; además, como en los ASCA y en los ANCA, al combinar sus resultados se obtiene una mejor certeza diagnóstica.

A pesar del descubrimiento de estos nuevos MS, aún estamos lejos de disponer de un MS perfecto. El clínico debe conocer la utilidad de los MS e interpretarlos con cautela, brindando mayor importancia al juicio clínico porque no hay mejor herramienta que el análisis detallado de cada caso. Si bien los MS apoyan el diagnóstico de un fenotipo de EII, su sensibilidad y especificidad no son suficientes para ser útiles como pruebas de escrutinio o de uso habitual^{2,3}. Por último, el uso indiscriminado de los MS puede llevar a que se trate erróneamente a pacientes que no tienen EII o a que se retrase el diagnóstico en aquellos con pruebas negativas, especialmente cuando no se conoce la prevalencia de los MS en las distintas poblaciones.

Bibliografía

1. Desplat-Jégo S, Johanet C, Escande A, Goetz J, Fabien N, Olsson N, et al. Update on anti-*Saccharomyces cerevisiae* antibodies, anti-nuclear associated anti-neutrophil antibodies and antibodies to exocrine pancreas detected by indirect immunofluorescence as biomarkers in chronic inflammatory bowel diseases: Results of a multicenter study. *World J Gastroenterol*. 2007;13:2312–8.
2. Austin GL, Herfarth HH, Sandler RS. A critical evaluation of serologic markers for inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007;5:545–7.
3. Austin GL, Shaheen NJ, Sandler RS. Positive and negative predictive values: Use of inflammatory bowel disease serologic markers. *Am J Gastroenterol*. 2006;101:413–6.

Josué Barahona-Garrido^{a,b,*}, Jorge Hernández-Calleros^a, Helga M Sarti^c, Javier Cabiedes^d, Jesús K Yamamoto-Furusho^a

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

^bUniversidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

^cServicio de Dermatopatología, Departamento de Dermatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México, México

^dDepartamento de Reumatología e Inmunología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gastromedic@gmail.com
(J. Barahona-Garrido).

doi:10.1016/j.gastrohep.2008.12.008

Bandas de Muehrcke en uñas tras combinación de docetaxel, cisplatino y fluorouracilo

Muehrcke's lines on nails after docetaxel/cisplatin/fluorouracil

Sr. Director:

Las alteraciones ungueales tienen múltiples causas y pueden ser la expresión de varios procesos y, muchas veces, la primera manifestación de una enfermedad sistémica^{1,2}. Si bien a veces representa sólo un problema estético, otras veces puede ser la clave diagnóstica de enfermedades importantes que se manifiestan mucho después³⁻⁵.

Muchas enfermedades del aparato digestivo se asocian a signos ungueales que, aunque suelen ser inespecíficos, otras veces pueden orientar el diagnóstico: cirrosis biliar (uñas en vidrio de reloj), síndrome de Plummer-Vinson (coiloniquia), síndrome de Peutz-Jeghers (pigmentación marrón), hemocromatosis (coiloniquia, leuconiquia y estriación longitudinal), fibrosis quística (telangiectasia periungueal), cirrosis (uñas de Terry), etc^{3,5}. A esto se suma una larga lista de medicamentos (sobre todo medicamentos citotóxicos) de uso en pacientes con enfermedades gastrointestinales, que pueden ser tóxicos para el aparato ungueal dando una apariencia clínica muy variable a las uñas afectadas (onicólisis, paroniquia, melanoniquia longitudinal, hemorra-

gia subungueal, cambios en la velocidad de crecimiento lineal de la uña, etc.)^{1,6}.

En esta carta queremos comentar el caso de un varón de 52 años diagnosticado de carcinoma epidermoide de hipofaringe, que recibió tratamiento con quimioterapia neoadyuvante y que en sus uñas se desarrollaron varias bandas blanquecinas paralelas a la lúnula.

Varón de 52 años de edad, fumador y bebedor, sin antecedentes personales de interés, diagnosticado en julio de 2008 de carcinoma epidermoide de hipofaringe (seno piriforme) estadio IV-B (TxN3Mx) no resecable. Tras 3 ciclos con el esquema de quimioterapia neoadyuvante docetaxel, cisplatino y 5-fluorouracilo se lo trasladó al servicio de Dermatología debido a la aparición de cambios de coloración de las uñas que no le ocasionaban sintomatología alguna.

En la exploración dermatológica presentaba en todas las uñas de las manos y los pies 2 bandas blanquecinas horizontales y simétricas separadas entre sí por bandas de color rosado (fig. 1). Estas lesiones desaparecían al comprimir la uña. El resto de la exploración fue normal, salvo unas bandas pigmentadas longitudinales de color negro a nivel ungueal del primer dedo de ambas manos. Se estableció el diagnóstico de bandas de Muehrcke y melanoniquia longitudinal, secundarias a quimioterapia.

Las bandas de Muehrcke consisten en la aparición en las uñas de varias bandas transversales blanquecinas paralelas a la lúnula que, a diferencia de las líneas de Beau, no son palpables. En 1956, este autor describió esta alteración como manifestación de hipoalbuminemia (menos de 2,2 g/dl)⁷. La hipoalbuminemia puede ser secundaria a síndrome nefrótico, enfermedad hepática, trasplante cardíaco o desnutrición, y originaria edema en el lecho ungueal comprimiendo los vasos de esa zona⁸. Este cambio en la uña no es permanente, desaparece al comprimir la uña; no se desplaza distalmente con el crecimiento de ésta y desaparece al normalizar los valores de albúmina^{6,9}. Sin embargo, se han descrito casos en pacientes con valores normales de albúmina: unilaterales tras un traumatismo o bilaterales tras la administración de quimioterapia combinada (lo que causaría una alteración vascular en el lecho ungueal)^{6,9,10}.

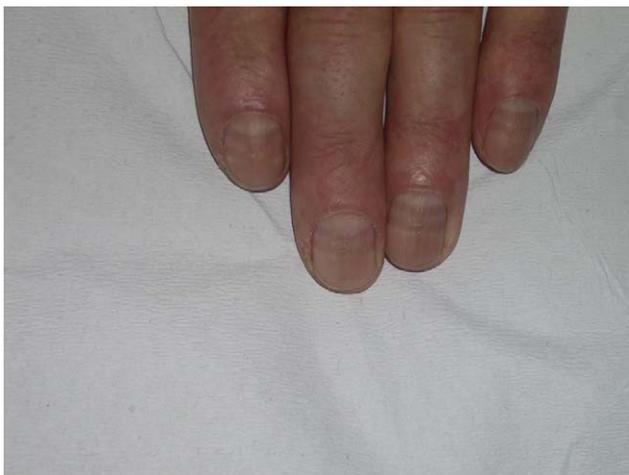


Figura 1 Varias bandas blanquecinas paralelas a la lúnula en las uñas del segundo al quinto dedo de la mano izquierda.

Bibliografía

- Serrano Ortega S, Fernández Pugnaire MA, Serrano Falcón C. Onicopatías. Concepto. Clasificación. Estrategias diagnósticas. *Medicine*. 2002;8:4816-26.
- Monteagudo B, Suárez O, Rodríguez I, Ginarte M, León A, Pereiro M, et al. Melanoniquia longitudinal en el embarazo. *Actas Dermosifiliogr*. 2005;96:549-50.