

Mar Riveiro-Barciela^a, Gonzalo Artaza^b, Pau Abrisqueta^b, Francesc Bosch^b y María Buti^{a,c,*}

^a Servicio de Hepatología-Medicina Interna, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

^b Servicio de Hematología. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

^c Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Instituto Carlos III, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mbuti@vhebron.net (M. Buti).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.03.004>

Leishmaniasis cutánea en un paciente con colitis ulcerosa en tratamiento con infliximab



Cutaneous leishmaniasis in a patient with ulcerative colitis under treatment with infliximab

Sr. Director:

La leishmaniasis es una enfermedad endémica en áreas de la costa mediterránea y del centro de la Península Ibérica, causada por un protozoo del género *Leishmania* que produce una parasitosis del sistema reticulo-endotelial. Su afectación puede ser visceral (kala-azar), mucocutánea o cutánea (botón de Oriente). El reservorio principal de estos parásitos son los mamíferos, y su transmisión se produce a través de la picadura de mosquitos hembra del género *Phlebotomus* y *Lutzomyia*. En España suele estar causada por *L. infantum*¹.

Presentamos el caso de un paciente varón de 45 años, diagnosticado de colitis ulcerosa con afectación pancolónica que debutó con un brote grave corticorrefractario (Truelove-Witts modificado = 22 puntos). Tras descartarse una sobreinfección por CMV, se inició tratamiento combinado con azatioprina (50 mg/d) e infliximab (IFX), alcanzándose la remisión clínica y biológica tras las 3 dosis de inducción (5 mg/kg en las semanas 0, 2 y 6). Durante el

seguimiento se suspendió la azatioprina precozmente por intolerancia, continuándose con IFX en monoterapia.

Previamente a la administración de la 13.^a dosis de IFX, el paciente comentó la aparición de una lesión nodular ulcerada en el tercio inferior de la cara anterior de muslo izquierdo (fig. 1A). La analítica realizada no mostraba alteraciones relevantes. Se remitió a dermatología con la sospecha de pioderma gangrenoso (PG) en relación con su enfermedad inflamatoria crónica intestinal (EICI)². Finalmente, se realizó una biopsia de la lesión que mostraba una extensa ulceración de la epidermis y un denso infiltrado inflamatorio en la dermis, constituido fundamentalmente por histiocitos que contenían gránulos grisáceos en su citoplasma, positivos para la tinción de Giemsa y reticulina, que confirmaba la presencia de *Leishmanias* (fig. 1B). Una vez establecido el diagnóstico de leishmaniasis cutánea (LC), se inició tratamiento con miltefosina oral (20 mg/kg) durante 28 días, y se optó por suspender el tratamiento biológico hasta la resolución de la infección³.

Nos gustaría destacar que en la literatura médica se han descrito hasta el momento pocos casos de infecciones por *Leishmania* en pacientes tratados con fármacos anti-TNF⁴⁻⁶, y no tenemos constancia de que se hayan publicado casos de pacientes diagnosticados de EICI. Especialmente en áreas endémicas, creemos que la LC debería considerarse en el diagnóstico diferencial de las úlceras cutáneas que aparezcan en pacientes tratados con fármacos biológicos, y no solo en el contexto clínico de una EICI.

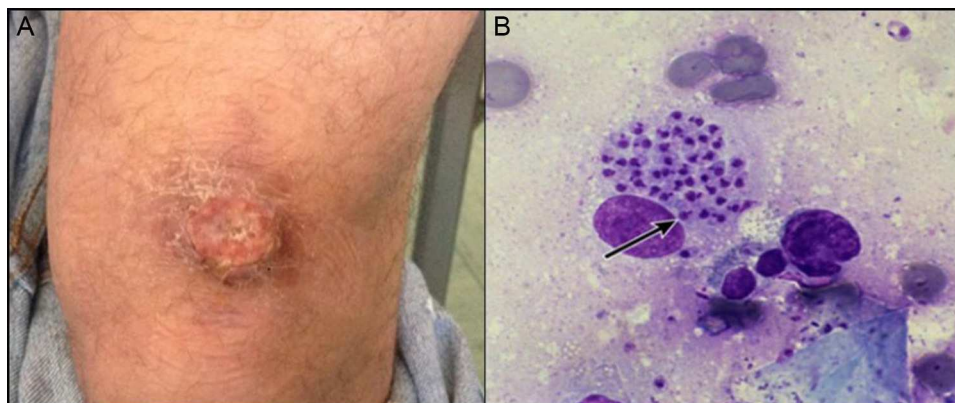


Figura 1 A) Aspecto de la lesión antes del tratamiento. B) Histiocito con *Leishmanias* (flecha) en el interior de su citoplasma (Giemsa $\times 250$).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Aguado M, Espinosa P, Romero-Maté A, Tardío JC, Córdoba S, Borbujo J. Outbreak of cutaneous leishmaniasis in Fuenlabrada, Madrid. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:334–42.
2. Rothfuss KS, Stange EF, Herrlinger KR. Extraintestinal manifestations and complications in inflammatory bowel diseases. *World J Gastroenterol*. 2006;12:4819–31.
3. González U, Pinart M, Reveiz L, Alvar J. Interventions for Old World cutaneous leishmaniasis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;8:CD005067.
4. Guedes-Barbosa LS, Pereira da Costa I, Fernandes V, Henrique da Mota LM, de Menezes I, Aaron Scheimberg M. Leishmaniasis during anti-tumor necrosis factor therapy: Report of 4 cases and review of the literature (additional 28 cases). *Semin Arthritis Rheum*. 2013;43:152–7.

5. Neumayr AL, Morizot G, Visser LG, Lockwood DN, Beck BR, Schneider S, et al. Clinical aspects and management of cutaneous leishmaniasis in rheumatoid patients treated with TNF- α antagonists. *Travel Med Infect Dis*. 2013;11:412–20.
6. Romani-Costa V, Sánchez C, Moyá F, Estany C. Leishmaniasis visceral en relación a la administración de infliximab. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2004;22:308.

María Luisa Fernández^a, Francisco Ramírez^{b,*}
y Encarnación García^b

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz, España

^b Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Puerto Real, Cádiz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ramirezfc@hotmial.com (F. Ramírez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.03.003>

Cambio de nomenclatura de los marcadores tumorales



Terminology changes in serum tumor markers

Sr. Director:

En relación con el estudio previo publicado en su revista por este grupo de autores¹, como corolario y a modo de aplicación práctica, se ha conseguido en la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía) el cambio de nomenclatura de los denominados «marcadores tumorales» a los términos, más precisos aún, «biomarcadores» o «marcadores biológicos».

Las razones de estas medidas son las siguientes: en primer lugar se sabe que los marcadores tumorales en general adolecen de precisión diagnóstica oncológica, y pueden presentarse en situaciones fisiológicas o patológicas benignas; en segundo y último lugar, la existencia de estos marcadores elevados en suero induce estrés y preocupación en el paciente^{2,3}, situación que en multitud de ocasiones no se mejora con una información clínica detallada. Mediante esta medida sencilla los autores tienen la intención de disminuir la posible carga ansiógena que genera la elevación de estos marcadores en suero sin un diagnóstico establecido de cáncer.

Por último, otras medidas derivadas de estos resultados, como las de divulgación científica tipo sesiones clínicas con médicos de atención primaria y especialistas, entrevistas radiofónicas, reuniones con colectivos de pacientes o incluso limitación del uso de estos marcadores para atención primaria salvo en casos de utilidad manifiesta se están iniciando en las unidades de gestión clínica dependientes. Obviamente se estima necesaria la extensión de estas medidas al resto

de los hospitales y zonas de salud por su sencillez y utilidad real.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Cerezo Ruiz A, Rosa Jiménez F, Lobón Hernández JA, Gómez Jiménez FJ. Diagnostic capability of carcinoembryonic antigen elevation. *Gastroenterol Hepatol*. 2014;37:551–7.
2. Locker GY, Hamilton S, Harris J, Jessup JM, Kemeny N, McDonald JS, et al. ASCO 2006 update of recommendations for the use of tumor markers in gastrointestinal cancer. *J Clin Oncol*. 2006;24:5313–27.
3. Duffy MJ, van Dalen A, Haglund C, Hanson L, Klapdor R, Lamerz R, et al. Clinical utility of biochemical markers in colorectal cancer: European Group on Tumour Markers (EGTM) guidelines. *Eur J Cancer*. 2003;39:718–27.

Antonio Cerezo Ruiz^{a,*}, Francisco Rosa Jiménez^a,
José Antonio Lobón Hernández^b
y Francisco Javier Gómez Jiménez^b

^a Aparato Digestivo, Hospital Alta Resolución Alcaudete, Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir, Consejería de Salud y Bienestar Social, Junta de Andalucía, Alcaudete, Jaén, España

^b Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Granada, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dracerez@gmail.com (A. Cerezo Ruiz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.01.007>