

MANIFESTACIONES CUTANEAS DE ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES PRIMARIAS

Saza Mendieta, Evencio
Carrillo, Genner
Duarte, Miguel Francisco

RESUMEN

Estudio prospectivo sobre 40 pacientes de la consulta externa de Dermatología y Gastroenterología del Hospital "Ramón González Valencia" y de la consulta particular de los autores, entre Agosto 1º de 1991 y Julio 30 de 1992. Divididos en nueve grupos de acuerdo a su patología gastrointestinal, se analizó la relación de los hallazgos dermatológicos con su trastorno digestivo, o viceversa. Hubo una alta frecuencia de manifestaciones cutáneas y Cirrosis Hepática y también con el Síndrome de Mala Absorción, como se ha descrito en la literatura. También encontramos verrugas seborréicas en disposición jaspeada en tronco, asociadas con carcinoma hepático en uno de los pacientes.

En los otros grupos no fue importante la relación directa en este estudio.

(Palabras Clave: Ulcus Péptico, Cirrosis Hepática, Cáncer Gástrico, Síndrome de Mala Absorción).

INTRODUCCION

Las manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas son numerosas. En este análisis nos referiremos a aquellas de las enfermedades gastrointestinales primarias, que son numerosas, pero no aparecen en todos los casos.

Varias enfermedades gastrointestinales pueden dar manifestaciones en la piel o en sus anexos, vgr: los síndromes de poliposis gastrointestinal; las inflamatorias intestinales, como la enfermedad celiaca, el esprue tropical, la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerativa. Una de las manifestaciones de hepatopatía son los diferentes tipos de ictericia; las cirrosis, la hepatitis, las porfirias.

Evencio Saza Mendieta, Profesor Asociado Medicina Interna, Jefe Servicio Dermatología, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander.
Genner Carrillo, Profesor Asociado Medicina Interna, Internista Gastroenterólogo, Universidad Industrial de Santander.
Miguel Francisco Duarte, Dermatólogo, Hospital Universitario "Ramón González Valencia", Bucaramanga, Santander.
Trabajo presentado en el XIX Congreso Colombiano de Dermatología, San Andrés (Islas), Septiembre de 1992

Y existen asociaciones como el liquen rojo plano, eritema anular centrífugo, la enfermedad de Kyrle, la pitiriasis redonda, el glucagonoma, parasitarias, la paniculitis de Christian Weber, la tilosis palmoplantar, la tromboflebitis migratoria, etc...

En razón de que no existe un estudio, en nuestro medio, de los problemas gastrointestinales primarios y sus manifestaciones cutáneas, (ya que estas nos ayudarían a identificar la entidad gástrica primaria o por el contrario a buscarle su manifestación cutánea y establecer su verdadera relación) nos propusimos realizar un trabajo prospectivo durante un año, con pacientes de la consulta externa de los servicios de Gastroenterología y Dermatología del Hospital "Ramón González Valencia".

OBJETIVOS

Determinar las manifestaciones cutáneas de las diferentes Enfermedades Gastrointestinales Primarias (EGIP) en nuestro medio, y dar conclusiones propias y concretas.

Detectar manifestaciones cutáneas de las EGIP que hasta el momento no hayan sido descritas.

Hacer un diagnóstico temprano de la EGIP, por sus manifestaciones cutáneas o por el contrario, buscar las manifestaciones cutáneas de las EGIP ya establecidas.

MARCO TEORICO

Las manifestaciones cutáneas de EGIP son numerosas, no siempre presentes en todos los casos, pues dependen tal vez del estado crónico o agudo de las diferentes entidades.

Síndrome de Poliposis Gastrointestinales

Existen diversos compromisos de la piel y sus anexos por diferentes entidades gastrointestinales, tales como los síndromes de poliposis gastrointestinales; entre ellos tenemos:

La enfermedad de Gardner caracterizada por osteomas, fibromas, quistes epidermoides, pólipos intestinales:

El síndrome de Peutz - Jeghers, que se manifiesta por manchas pigmentadas o melánicas periorales, que también se pueden presentar en las regiones periorbitarias, palmoplantares y ge-

nitales, con presencia de pólipos gastrointestinales, más frecuentes en el intestino delgado, en un 95% de los pacientes;

El síndrome de Cowden, caracterizado por: Lesiones papulosas en rostro, cavidad oral, queratosis palmoplantar y otras alteraciones, como lipomas, hemangiomas, neuromas y pólipos gastrointestinales;

El síndrome de Torre lo definen: Adenomas sebáceos en la cabeza, cuello, tronco y poliposis gastrointestinal con alta frecuencia de carcinoma de colon, ileon o duodeno;

El síndrome de Cronkhite-Canada: Pólipos gastrointestinales con lesiones lentiginosas en brazos, piernas, palmas, plantas y rostro; hay pérdida del cabello, onicolisis con adelgazamiento y cribamiento de las láminas ungueales;

El síndrome de Ruvalcaba Myhre Smith se caracteriza por macrocefalia, retardo mental, pólipos hamartomatosos intestinales y máculas pigmentadas en genitales externos¹. La asociación entre acrocordones y los pólipos de colon permanece en controversia^{2,5}. Existe también la asociación entre neurofibromatosis y pólipos intestinales⁶.

Desórdenes Hepáticos Intrínsecos

La relación de las hepatopatías y la piel se clasifica en varias categorías: las que tienen relación intrínseca con el hígado, como las deficiencias enzimáticas; las infecciones y por último, los desórdenes misceláneos. Aunque las manifestaciones cutáneas no son específicas, su conocimiento nos ayuda a diagnosticar la entidad primaria y quizás a evaluar la respuesta al tratamiento. Entre los desórdenes intrínsecos del hígado y sus manifestaciones cutáneas tenemos las diferentes clases de ictericias de tipo congénito o adquirido; la cirrosis con manifestaciones de eritema palmar, telangiectasias, nevus araña, pérdida del cabello, ginecomastia y prurito. Las uñas de Terry se presentan en un 80% de los cirróticos⁷, cuando la albúmina es menor de 2 por 100 cc; en este caso, la región blanca no se forma en la placa, sino en el lecho ungueal; existen también en las enfermedades del tejido conectivo, en las crioglobulinemias, en la anemia hipocrómica y en la hemocromatosis, por trastorno del metabolismo del hierro. Los diferentes tipos de hepatitis viral se pueden acompañar de exantemas cutáneos o púrpura⁸.

Deficiencias Enzimáticas Metabólicas

Entre ellas tenemos:

las diferentes clases de porfiria, con manifestaciones de: Fragilidad de la piel, ampollas color vino, fotodermatosis;

las hiperlipidemias (tipo I, IV, V) que dan xantomas eruptivos con hepatoesplenomegalia;

la enfermedad de Wilson, con sus manifestaciones de uñas con lúnulas azules y anillos Kayser Fleischer y

la enfermedad de Gaucher.

Enfermedades Infecciosas Hepáticas

Entre los problemas infecciosos existen:

la hepatitis B con síntomas de urticaria, vasculitis leucocito-clástica, crioglobulinemia mixta y poliarteritis nudosa; la acrodermatitis papulosa de Gianotti-Crosti se tipifica por hepatitis B anictérica con erupción papulosa en rostro, codos, rodillas, glúteos y adenomegalias.

La hepatitis sifilítica puede presentar prurito, ictericia colestática y erupción cutánea secundaria.

La fiebre tifoidea se puede manifestar por los llamados "puntos rosados" que son pápulas rosadas que se tornan pálidas con la digitopresión, se localizan en la región superior del abdomen, partes inferiores del pecho y región central de la espalda. Se ha informado la presencia de "puntos rosados" asociados con fiebre entérica secundaria a *Shigella sonnei*⁹.

Enfermedades Inflamatorias Intestinales

Entre las enfermedades inflamatorias intestinales nombremos la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerativa, las cuales se han asociado con aftosis, pioderma gangrenoso, eritema nudoso y eritema multiforme¹⁰.

También se ha descrito la asociación de elementos nodulares de la mucosa oral con lesión inflamatoria y granulomatosa intestinal¹¹. La colitis ulcerativa la cual se ha asociado con: Púrpura, eritema polimorfo, aftas y pioderma gangrenoso. La pancreatitis asociada con paniculitis nodular. Es frecuente la asociación de dermatitis herpetiforme y sprue celiaco¹².

Problemas Misceláneos

Entre los problemas misceláneos tenemos el liquen rojo plano asociado con cirrosis biliar primaria¹³ y con colitis ulcerativa¹⁴. Hiperavitaminosis A y cirrosis¹⁵. La pitiriasis redonda se ha asociado con malignidad¹⁶, como es el caso del carcinoma hepatocelular en negros del Africa y la India, y también con enfermedades crónicas debilitantes como tuberculosis, lepra, cirrosis, abscesos hepáticos amebianos y leucemia.

La enfermedad de Kyrle se asocia con cirrosis, en alcohólicos¹⁷. El eritema anular centrífugo se relaciona con enfermedades hepáticas y especialmente con coledocitis¹⁸, las drogas (como fenil butazona, difenilhidantoina alopurinol, etc.) pueden dar erupción cutánea más adenopatía linfática y hepática.

La tilosis o queratodermia plantar se ha relacionado con el carcinoma esofágico. El glucagonoma, con sus manifestaciones cutáneas de eritema macular o anular pruriginoso en piernas, pecho y dorso de los pies^{19,21} y el síndrome carcinoide con las manifestaciones de eritema facial, cuello, tronco y edema facial y de las manos²¹.

La hipertrichosis lanuginosa adquirida asociada con carcinoma gástrico. La paniculitis de Christian Weber se asocia con hepatomegalia y con nódulos eritematosos no supurativos. El sarcoma de Kaposi, linfoma y el carcinoma metastásico dan frecuentemente hepatomegalia y nódulos cutáneos. La pancreatitis hemorrágica y sus manifestaciones de equimosis en región periumbilical (signo de Cullen) o en flancos (signo de Turne Grey). La acantosis nigricans se ha asociado con carcinomas pancreáticos lo mismo que la tromboflebitis migratoria. Las uñas en "vidrio de reloj" se pueden presentar en las diferentes clases de cirrosis.

MATERIALES Y METODOS

Tipo de Estudio

Fue prospectivo, sobre 40 pacientes de la consulta Externa de los Servicios de Dermatología y Gastroenterología del Hospital Universitario "Ramón González Valencia" o, de pacientes particulares que presentaron problemas gastrointestinales o cutáneos, a los cuales se les realizó una historia clínica completa desde los puntos de vista gástrico y dermatológico. Se controló cada mes para observar cualquier manifestación en la piel y anexos, en el intervalo de 1-VIII-91 a 30-VII-92. Se realizaron biopsias cutáneas en los casos en que el estudio histológico fue fundamental para el diagnóstico. Igualmente se realizaron endoscopias y biopsias intestinales por el método de la cápsula perioral.

Se tabularon los datos en forma manual y se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, procedencia o profesión y antecedentes.

Se optó por reunir las diferentes entidades gastrointestinales en 9 grupos para evaluar los resultados.

RESULTADOS

Se estudiaron 40 pacientes, 20 hombres y 20 mujeres; con edades entre los 23 y los 80 años, edad promedio de 51.3 años. El 82,5% procedían del área metropolitana de Bucaramanga y el 17,5% de poblaciones y zonas rurales del Departamento de Santander.

Con relación a la ocupación, se encontró: Hogar un 35%; agricultores un 17,5%; cesantes un 12,5%. En menor porcentaje hubo loteros, confeccionistas, mensajeros, etc.

Los antecedentes tóxicos muestran una alta ingesta de alcohol, café "tinto", comidas irritantes y tabaquismo (Ver Tabla 1).

Tabla 1. ANTECEDENTES TOXICOS Y PATOLOGICOS* EN 40 PACIENTES		
Ingesta de alcohol	16	40%
Fumadores crónicos	12	30
Ingesta "tinto", comidas irritantes	6	15%
Ingesta drogas con ASA	4	10%
Hipertensión arterial	3	7,5
Diabetes	2	5%
Cáncer mama-cuello útero	2	5%
* Variables independiente		

Trastornos Gastrointestinales

Los trastornos gastrointestinales se clasificaron así:

- Ulcus péptico (gástrico-duodenal)
- Cirrosis hepática

- Gastritis
- Cáncer gastrointestinal
- Síndrome de mala absorción
- Procesos inflamatorios del colon
- Hemorroides
- Enfermedad diverticular
- Hepatitis crónica activa.

Entre los enfermos vistos, observamos que el más frecuente fue el grupo de ulcus péptico, y sólo tuvimos un paciente con hepatitis crónica activa (Ver Tabla 2).

Tabla 2. DISTRIBUCION PORCENTUAL DIAGNOSTICOS GASTROINTESTINALES		
DIAGNOSTICOS	No.	%
1. Ulcus Péptico	8	20.0
2. Cirrosis Hepática	7	17.5
3. Gastritis	6	15.0
4. Cáncer	6	15.0
5. Sd de Mala Absorción	4	10.0
6. Procesos inflam. del colon	3	7.5
7. Hemorroides	3	7.5
8. Enfermedad Diverticular	2	5.0
9. Hepatitis Crónica Activa	1	2.5
TOTAL	40	100%

Las manifestaciones dermatológicas (signología y diagnósticos clínicos) se indican en las Tablas 3 y 4.

Ulcus Péptico

En este grupo de pacientes, (8), (Ver Tabla 3) la pérdida crónica de sangre, conlleva a la palidez mucocutánea observada. Además, la deficiencia de nutrientes que frecuentemente se presenta en ellos, nos podrían dar la lengua roja lisa. La fragilidad

Tabla 3. ULCUS PEPTICO			
HALLAZGOS CLINICOS	No. DE CASOS	HALLAZGOS CLINICOS	No. DE CASOS
Foliculitis en tórax	1	Palidez mucocutánea generalizada	6
Dermatitis Seborréica	2	Hiperpigmentación en la superficie extensora MMSS	1
Queratosis actínicas	2	Onicosquixia	1
Queratosis seborréicas	2	Onicosis uñas de las manos	1
Nevus Rubí	1	Linfedema de MMII (derecho)	1
Flebectasias MMII	3	Eritema Palmar	2
Tiña Pedis	3	Lengua roja lisa	2

de las uñas también es explicable por la anemia. Con respecto al eritema palmar, este es más frecuente en cirróticos y también se puede presentar en otras patologías, en los fumadores crónicos y aún en personas normales.

Los otros hallazgos consignados en la Tabla, no tienen ninguna relación aparente.

Cirrosis Hepática

La mayoría de las manifestaciones dermatológicas en este grupo de pacientes, (7 casos; ver Tabla 4), si tienen una relación directa con la patología de base, como se describe en la literatura. La alopecia en la cola de las cejas vista en uno de ellos, se relaciona también con procesos anémicos y leucémicos.

El 50% de los casos en este grupo presentaron ictericia, la xerodermia generalizada y la alopecia en las axilas, tronco y miembros inferiores.

Un paciente sufría prurito generalizado.

Tabla 4.
CIRROSIS HEPATICA (7 PACIENTES)

HALLAZGOS CLINICOS	No. DE CASOS	HALLAZGOS CLINICOS	No. DE CASOS
Ictericia	4	Disminución del vello púbico	2
Prurito	3	Tiña Pedis	2
Telangiectasias en rostro, hombros y cuello	3	Neurofibromatosis	1
Xerodermia generalizada	2	Nevus araña en tórax	1
Alopecia axilas-tronco y MMII	2	Hiperpigmentación de áreas expuestas	1
Queratosis seborréicas	2	Alopecia en la cola de las cejas	1
Ginecomastia	2	Uñas de Terry	1
Nevus Rubí	2	Uñas de vidrio de reloj	1
Atrofia muscular generalizada	2	Máculas hiperpigmentadas en palmas	1
Ascitis-edema de MMII	2	Lesiones descamativas hiperpigmentadas en todo el cuerpo	1
Circulación colateral	2	Eritema palmar	1

Gastritis

En los 6 pacientes de este grupo, (Ver Tabla 5) las manifestaciones dermatológicas no se relacionaron con la patología de base, fueron hallazgos independientes. Se observó una relación directa con la ingesta de tinto, alcohol y aspirina.

Tabla 5.
GASTRITIS (6 CASOS)

HALLAZGOS CLINICOS	No. DE CASOS	HALLAZGOS CLINICOS	No. DE CASOS
Queratosis seborréicas	1	Uñas ligeramente convexas	1
Nevus rubí en rostro, cuello, tórax y muslos	1	Hiperpigmentación de la mucosa oral	1
Tiña Pedis	2	Palidez de palmas	2
Flebectasias de los MMII	2		

Cáncer Gastrointestinal

Con respecto a los 6 pacientes de este grupo, (ver Tabla 6), la presencia de los moluscos péndulos (relacionados con la poliposis intestinal), se apreció en una de nuestras pacientes con carcinoma gástrico a quien se había intervenido en varias oportunidades por esta patología.

En el hepatocarcinoma, las verrugas seborréicas jaspeadas o "en lluvia" comprometiendo el tórax hasta la región de flancos como lo demuestra la Fig. N° 1, se han descrito como característica en el carcinoma de colon. Se puede aclarar que este hallazgo dermatológico se relacionó con un carcinoma hepático, en el que además se halló un eritema palmar en regiones tenar e hipotenar. El tipo de verruga fue acantótica. La palidez mucocutánea se explica por la pérdida de sangre activa en las melenas y hematemesis.

La tilosis podría ser una manifestación del carcinoma gástrico (se ha descrito en relación directa con el carcinoma de esófago).

Tabla 6.
CANCER GASTROINTESTINAL

HALLAZGOS CLINICOS		
Cáncer Gástrico: 5 casos		Cáncer Hepático: 1 caso
Palidez mucocutánea generalizada	3	Palidez mucocutánea generalizada
Xerodermia Generalizada	3	Xerodermia Generalizada
Fibroepiteliomas*	1	Fibroepiteliomas
Verrugas seborréicas:	2	Verrugas seborréicas en tronco, en disposición "jaspeada o en lluvia"
Hiperqueratosis plantar leve	1	Eritema palmar
Nevus hiperpigmentado palma derecha	1	
Pigmentación residual por 5 Fluoruracilo**	1	
Palidez de uñas-onicorrexis	1	
Hipertrofia muscular generalizada	2	
* La paciente presentaba pólipos intestinales, por lo que fue intervenida en tres oportunidades.		
** Se encontró en el trayecto venoso de los miembros inferiores.		

* La paciente presentaba pólipos intestinales, por lo que fue intervenida en tres oportunidades.

** Se encontró en el trayecto venoso de los miembros inferiores.

Síndrome de Mala Absorción

En este grupo de 4 pacientes, (ver Tabla 7), podemos decir que la palidez mucocutánea y la alopecia se corresponden con la falta de absorción de nutrientes.

Llamaba la atención la presencia de aftas en los antecedentes de todos los pacientes en este grupo. En la literatura se habla de su relación directa con los procesos inflamatorios del tracto digestivo (colitis ulcerativa y enfermedad de Crohn). La causa de las aftas probablemente sea multifactorial; en algunos pacientes son el resultado de las deficiencias de hierro, ácido fólico o vitaminas (B12)²².

Tabla 7. SINDROME DE MALA ABSORCION (4 CASOS)	
HALLAZGOS CLINICOS	No. CASOS
Antecedentes de: Aftas en cavidad oral Diarrea crónica Pérdida de peso	4
Pálidez mucocutánea generalizada	4
Lengua lisa pálida	4
Xerodermia generalizada	4
Alopecia difusa en el cuero cabelludo	4
Nevus Epidérmico	1
Nevus Rubí	1

Procesos Inflamatorios del Colon

En estos 3 casos (ver Tabla 8), una de las pacientes presentaba máculas hiperpigmentadas en el labio inferior; se pensó en una enfermedad de Peutz-Jegher, pero por las dificultades económicas del hospital en el momento, no se pudieron realizar los estudios paraclínicos pertinentes.

Los pacientes con colitis amebiana, no presentaron ninguna sintomatología en piel.

Tabla 8. PROCESOS INFLAMATORIOS DEL COLON (3 CASOS)	
HALLAZGOS CLINICOS	No. DE CASOS
Nevus rubí en párpado superior izquierdo y en tórax	1
Nevus araña en brazos, tronco	1
Mancha oscura en labio inferior	1
* Un paciente totalmente asintomático	

Hemorroides

En este grupo de 3 pacientes, (ver Tabla 9) existe una relación con várices de los MMII (insuficiencia de las válvulas venosas).

Tabla 9. HEMORROIDES (CASOS)	
HALLAZGOS CLINICOS	No. DE CASOS
Flebotasias en los MMII	3
Nevus rubí en espalda	1

Enfermedad Diverticular

En los 2 pacientes de este grupo, (ver Tabla 10), los hallazgos dermatológicos no se relacionaron con el trastorno de base, (gastrointestinal).

Tabla 10. ENFERMEDAD DIVERTICULAR	
HALLAZGOS CLINICOS	No. DE CASOS
Flebotasias en los MMII	1
Lesiones hipocrómicas residuales de brazos	1
Pigmentación pardo III frente, mejillas y mentón	1
Bandas negras en uñas de pulgares	1

Hepatitis Crónica Activa

En este paciente (ver Tabla 10), al examen dermatológico no se encontraron los signos clásicos de la entidad descritos en la literatura.

Tabla 11. HEPATITIS CRONICA ACTIVA (1 CASO)	
HALLAZGOS CLINICOS	
Xerosis leve generalizada	Hiperpigmentación de áreas expuestas (MMSS y MMII)

COMENTARIOS

Entre los pacientes evaluados hubo una distribución equitativa de ambos sexos, la mayor parte están en la edad madura (51,3 años). Debido al área de influencia del Hospital Universitario "Ramón González Valencia", el mayor número de casos procedían del área metropolitana de Bucaramanga y, en general todos son residentes de ciudades o pueblos de Santander.

En cuanto a la ocupación, el mayor número de personas fueron las que laboran en el hogar, agricultura y los cesantes, que por su estado económico son los que con mayor frecuencia consultan al Hospital "Ramón González Valencia". Además se observó una alta ingesta de alcohol, "tinto", comidas irritantes y tabaquismo, en estos tres grupos poblacionales sumado a sus problemas de índole económica.

Creemos que las verrugas seborréicas en disposición jaspeada o "en lluvia" tienen una relación estrecha con la presencia de

carcinoma hepático en uno de nuestros pacientes. La relación descrita en la literatura es con el carcinoma de colon.

Es importante resaltar la estrecha relación entre la signología cutánea y la cirrosis hepática: todos los pacientes de este grupo tenían alguna manifestación dermatológica, que dado el caso nos orienta a estudiar su función hepática. También llamó la atención la relación tan directa que existió entre las manifestaciones cutáneas y el síndrome de mala absorción; el antecedente de aftas orales es algo que debe resaltarse, al haberse presentado en los 4 pacientes de este grupo.

En los pacientes con procesos inflamatorios del colon (por amebiasis), no se observó manifestación cutánea alguna.

CONCLUSIONES

En los pacientes con ulcus péptico, la única relación que observamos fue la palidez mucocutánea generalizada.

Otros signos cutáneos los consideramos como hallazgos accidentales, que probablemente no tienen ninguna relación con la patología de base.

La mayoría de los pacientes cirróticos evidenciaron cambios dermatológicos y hubo una relación directa con los antecedentes de ingesta crónica de alcohol, "tinto" y ser fumadores crónicos.

En un paciente con cirrosis hepática pudimos observar las uñas de Terry, y una alopecia de la cola de las cejas.

En los pacientes con gastritis, no hubo ninguna relación con las manifestaciones dermatológicas halladas.

Encontramos un paciente con moluscos péndulos y antecedentes de poliposis intestinal lo que está de acuerdo con lo descrito en la literatura.

Hallamos un caso con neurofibromatosis, pero no se pudo determinar la presencia de poliposis intestinal, por falta de recursos paraclínicos del Hospital.

La hiperqueratosis plantar leve la encontramos en un paciente con carcinoma gástrico. Se la ha descrito en la literatura asociada con Ca de esófago²².

Un paciente con carcinoma hepático, tenía las "verrugas seborréicas acantóticas en tronco en disposición "jaspeada o en lluvia", como se describe en los carcinomas de colon. Creemos que esta es también una manifestación con un carcinoma hepático; además en nuestro caso se encontró un eritema palmar.

La palidez mucocutánea generalizada, la lengua lisa pálida, la xerodermia leve generalizada y el antecedente de aftas se encuentran descritos en la literatura relacionados con el síndrome de mala absorción²².

En los pacientes con hepatitis crónica activa, enfermedad diverticular y procesos inflamatorios del colon, no encontramos manifestaciones dermatológicas directamente relacionadas con la patología descrita.

Así mismo, algunos signos dermatológicos hallados no los podemos relacionar como manifestaciones directas de problemas gastrointestinales.

RECOMENDACIONES

Hacer énfasis en el examen general de los pacientes cuando hallamos verrugas seborréicas de distribución jaspeada, moluscos péndulos, uñas de Terry, uñas en vidrio de reloj u otras signologías, pues al correlacionarlas con otros síntomas, nos llevan a un diagnóstico de trastorno del tracto gastrointestinal.

En el síndrome de mala absorción, cuyos síntomas generales son diarrea crónica, pérdida de peso, palidez generalizada y antecedentes de aftas, el médico orienta toda esta sintomatología a problemas parasitarios y no tiene en cuenta las manifestaciones en piel (alopecia, palidez, xerodermia, etc.) que lo conducen a un diagnóstico adecuado.

Sería importante un mayor estudio (en número de pacientes, años de seguimiento, y análisis paraclínicos gastrointestinales completos) para determinar la relación que pudiera existir entre los problemas gastrointestinales y dermatológicos o viceversa.

Recomendamos que la Dermatología sea estudiada en forma más integral con las otras ramas de la Medicina, para tener un concepto más general de los problemas internos y dermatológicos.

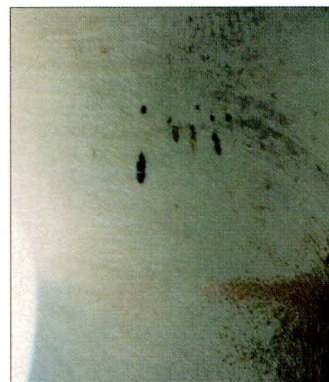


Fig. Nº 1. Verrugas seborréicas (tipo acantótico) distribución jaspeada en tronco (posterior) Ca Hepático.



Fig. Nº 2. Verrugas seborréicas alargadas, distribución jaspeada o en lluvia. Ca Hepático.



Fig. N° 3. Fibroepiteliomas espalda de un paciente con Ca Hepático.



Fig. N° 4. Eritema Palmar en un paciente con Carcinoma Hepático.

SUMMARY

It was done a prospective study with 40 patients of Dermatologic and Gastroenterologic Service of the University Hospital "Ramon Gonzalez Valencia", and private patients examined between August 1, 1991 - July 30, 1992. The patients were divided in nine groups according with the gastrointestinal pathology. We analyzed the relation between cutaneous ma-

nifestations and Gastrointestinal pathology or viceversa. We found a high frequency between the cutaneous manifestations and hepatic cirrhosis. Also with the malabsorption Syndrome, as the Dermatology literature describe. We found seborrheic warts in disposition like spotted or rain drops, arra in the trunks of one patient with Hepatic cancer.

In the other groups it was not important the direct relation in this study.

(Key Words: Peptic ulcer, cirrhosis, gastritis, gastric cancer, malabsorption syndrome).

BIBLIOGRAFIA

1. Ruvalcaba Rha, Myhres, Smith DV. Soto's syndrome with intestinal polyposis and pigmentary changes of the genitalia. *Clin Gent* 1980; 18: 413.
2. Arnold HL. Skin tags and colonic polyps. *J Am Acad Dermatol* 1987; 14: 402-403.
3. Beitle M, Eng A, Kilgour M, et al. Association between acrochordons and colonic polyps. *J Am Acad Dermatol*, 1986; 14(6): 1042-1044.
4. Chobanian S, Van Ness M, Winters C, et al. Skin tags as a marker for adenomatous polyps of the colon. *Ann Intern Med* 1986; 13: 892.
5. Kune GA, Gooley J, Penfold C, et al. Association between colorectal polyps and skin tags. [Letter] *Lancet* 1985; 2(8463): 1066-1063.
6. Davis GB, Berk RN. Intestinal neurofibromas in Von Recklinghausen's disease. *Am J Gastroenterol* 1973; 60: 410.
7. Terry RB. White Nails in hepatic cirrhosis. *Lancet* 1954; 1:
8. Gitlinn a Frigler DR-Liver: Miscellaneous topics Current Opinion in Gastroenterology. 1989; 5: 431-441.
9. Belios E, Tu RP, Sacks-Berg A, et al. Rose Spots Associated with Enteric Fever secondary to *Shigella sonnei*. *Int J Dermatol* 1988; 27(6): 402-403.
10. Burdorf W. Cutaneous manifestation of Crohn's disease. *J Am Acad Dermatol* 1981; 5: 689-695.
11. Benstein ML, McDonald JS. Oral lesions is Crohn's disease. *Oral Surgery* 1978; 46: 234-245.
12. Rier JS. Esprue Celiaco. *Enfermedades Gastrointestinales de Spleisenger and Fordtran*, 3 ed. s. 1: Panamericana, 1985; 1291.
13. Graham Brown RAC / Sarkany I, Sherlock S; Lichen planus and primary biliary cirrhosis. *Br J Dermatol* 1982; 106: 699-703.
14. Wyatt EH. Lichen planus and ulcerative colitis. *Br J Dermatol* 1975; 93: 465.
15. Inkeles, SB, Connor WE, Illingworth DR. Hepatic and dermatologic manifestation of chronic hypervitaminosis A in adults. Report of two cases. *Am J Med* 1986; 80(13): 491-496.
16. Salamon RJ, Baden TJ, Gammon WR: Kyrle's disease and Hepatic insufficiency. *Arch Dermatol* 1986; 112: 18-19.
17. Tsuji T, Kadoya A. Erythema annulare centrifugum associated with liver disease. *Arch Dermatol* 1986; 122(11): 1239-1240.
18. Alan E. Lewis. The glucagonoma syndrome *Int J Dermatol*. 1979; 18(1): 17-21.
19. Church RE, Crane WAJ. A cutaneous syndrome associated with islet cell carcinoma of the pancreas *Br J Dermatol* 1967; 79: 284.
20. Gregory B, C HoV. Cutaneous manifestations of gastrointestinal disorders. Part I. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26(2): 153-166.
21. Gregory B, C HoV. Cutaneous manifestations of gastrointestinal disorders. Part II. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26(3): 371-383.