

## Úlceras genitales y perianales como manifestación de enfermedad de Crohn

### *Genital and perianal ulcers as manifestation of Crohn's disease.*

Larissa Dorina López-Cepeda,<sup>1</sup> Berenice Hernández-Barrios,<sup>4</sup> José Luis Cortés-Esparza,<sup>5</sup> Gisela Navarrete-Franco,<sup>2</sup> José Alberto Ramos-Garibay,<sup>3</sup> Maribet González-González<sup>3</sup>

#### Resumen

La enfermedad de Crohn representa una de las formas clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal. Puede mostrar manifestaciones extraintestinales y las cutáneas representan 10 a 15%. Comunicamos el caso de un paciente de 71 años de edad con úlceras dolorosas perianales y genitales como manifestación simultánea de enfermedad de Crohn. También se hace una breve revisión de la bibliografía.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermedad de Crohn; úlceras genitales.

#### Abstract

*Crohn's disease is one of the clinical aspects of inflammatory bowel disease. Although it can show extra intestinal manifestations, the cutaneous represents 10-15%. We communicate the case of a 71-year-old male with perianal and genital painful ulcers as the simultaneous manifestation of Crohn's disease. We also made a brief revision of the literature.*

**KEYWORDS:** Crohn's disease; Genital ulcers.

<sup>1</sup> Dermatóloga. Dermatología general.

<sup>2</sup> Dermatopatóloga. Jefa del servicio de Dermatopatología.

<sup>3</sup> Dermatopatólogo.

Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, Ciudad de México.

<sup>4</sup> Dermatóloga, práctica privada.

<sup>5</sup> Gastroenterólogo, Clínica 72, IMSS, Tlalneantla, Estado de México.

**Recibido:** agosto 2017

**Aceptado:** octubre 2017

#### Correspondencia

Larissa Dorina López Cepeda  
larisso@yahoo.com.mx

#### Este artículo debe citarse como

López-Cepeda LD, Hernández-Barrios B, Cortés-Esparza JL, Navarrete-Franco G y col. Úlceras genitales y perianales como manifestación de enfermedad de Crohn. Dermatol Rev Mex. 2018 mayo-junio;62(3):233-241.

## ANTECEDENTES

Se desconoce la causa de la enfermedad inflamatoria intestinal, puede afectar hasta 0.37% de la población general;<sup>1-3</sup> comprende un conjunto de enfermedades: la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa<sup>4</sup> y la colitis indeterminada o enfermedad inflamatoria intestinal no clasificada.<sup>1,5,6</sup>

La enfermedad de Crohn fue descrita en 1932, se caracteriza por inflamación granulomatosa segmentaria del tracto intestinal y suele afectar los tejidos cutáneos.<sup>7</sup> Su desarrollo incluye la compleja interacción entre la predisposición genética, la exposición al medio ambiente, la disfunción de la barrera epitelial y la respuesta inmunitaria anormal a bacterias patógenas y comensales, aunque la secuencia exacta de los eventos que producen la enfermedad clínica en un huésped susceptible actualmente se desconoce.<sup>6,8,9</sup>

Una teoría que trata de explicar este proceso considera que la respuesta anormal de células T de la mucosa intestinal altera el mantenimiento de la homeostasia, definida como el equilibrio entre el epitelio de la mucosa intestinal, los microbios intestinales y la respuesta inmunitaria de huésped, al ocasionar inflamación crónica y secreción excesiva de citocinas que conducen a la aparición de enfermedad inflamatoria intestinal.<sup>3</sup>

Mientras que la colitis ulcerosa afecta la capa mucosa y submucosa del intestino, la enfermedad de Crohn afecta todo el espesor del intestino de manera transmural.<sup>1,8</sup> El paradigma actual sugiere que la enfermedad de Crohn es una enfermedad multisistémica que puede afectar la piel,<sup>1,6</sup> a pesar de tener predilección por el sistema digestivo.<sup>1,2,6</sup> De 36 a 47% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal pueden padecer manifestaciones extraintestinales;<sup>10</sup> éstas se manifiestan más en la enfermedad de Crohn (43%) que en la colitis ulcerosa (31%).<sup>1,3,4,6-8,11,12</sup>

La artritis periférica,<sup>10</sup> la estomatitis aftosa, la uveítis y el eritema nudoso son las manifestaciones extraintestinales más comunes de la enfermedad inflamatoria intestinal.<sup>3</sup>

Las manifestaciones cutáneas representan 10 a 15% de las manifestaciones extraintestinales,<sup>3,5,9,11</sup> lo que confiere gran morbilidad a los pacientes;<sup>9</sup> algunos autores refieren que afecta más a mujeres.<sup>6</sup> El diagnóstico de las manifestaciones cutáneas de la enfermedad inflamatoria intestinal debe realizarse clínicamente, excluyendo otras enfermedades; es raro que la biopsia sea necesaria.<sup>9</sup>

Las manifestaciones extraintestinales se dividen en específicas, reactivas, asociadas e inducidas por el tratamiento.<sup>12</sup> Las causas de las manifestaciones extraintestinales en enfermedad inflamatoria intestinal son: autoinmunidad, carencias nutricionales, disfunción metabólica, sobrecrecimiento bacteriano o complicaciones iatrogénicas.<sup>12</sup>

Las manifestaciones específicas se distinguen porque histológicamente comparten características con la enfermedad inflamatoria intestinal,<sup>6,12</sup> mientras que las manifestaciones reactivas muestran diferencias histopatológicas a las de la enfermedad inflamatoria intestinal, pero comparten su fisiopatología,<sup>8,12</sup> conocidas por complicar el curso de la enfermedad de Crohn.<sup>6</sup> En la histopatología se observan granulomas no caseificantes<sup>13</sup> e inflamación granulomatosa similar a la observada en la biopsia intestinal.<sup>14</sup> Las manifestaciones asociadas probablemente están relacionadas con la existencia de HLA y la naturaleza inflamatoria crónica de la enfermedad inflamatoria intestinal. Éstas incluyen el eritema nudoso, la psoriasis, el vitíligo, la artritis reactiva, eccema, dedos en palillo de tambor y la acrodermatitis enteropática.<sup>8</sup>

Las lesiones específicas de la enfermedad de Crohn representan la mayor parte de las mani-

festaciones extraintestinales, que se han dividido en continuas y en metastásicas;<sup>12,13</sup> de éstas, las más comunes son el eritema nudoso, las aftas orales,<sup>6</sup> mientras que otras manifestaciones extraintestinales características son las fisuras, las fístulas perianales, periestomales y las enfermedades orales.<sup>1,6,13,14</sup> A continuación revisaremos algunas de ellas.

### Lesiones específicas

1. Las manifestaciones perianales de la enfermedad de Crohn incluyen eritema, úlceras, fisuras, fístulas que afectan a 50% de los pacientes.<sup>14</sup>

Las fisuras constituyen 20 a 35% de las lesiones perianales, afectan la piel y la mucosa, por el mismo mecanismo tienen apariencia azulada y a veces son dolorosas, pueden aparecer durante o después de la enfermedad inflamatoria intestinal.<sup>3,8,12</sup>

Las fístulas afectan a 6-34% de pacientes con enfermedad de Crohn, se originan en el canal rectal, como consecuencia de una infección criptoglandular o secundarias a fisuras anales complicadas. Pueden ser internas o enterocutáneas y pueden socavar las úlceras y destruir el esfínter anal.<sup>3,12</sup> El sitio más afectado es el perineo, especialmente el área perianal, aunque se puede afectar la región periestomal en la pared abdominal.<sup>14</sup>

2. Las úlceras cavitantes ocurren en 2 a 5% de pacientes con enfermedad de Crohn y predicen la aparición de la enfermedad inflamatoria intestinal, clínicamente se manifiestan con edema, bordes irregulares y son muy dolorosas.<sup>12</sup> Las marcas edematosas en la piel surgen por linfedema secundario a obstrucción linfática. Pueden ser lineales, edematosas, cianóticas o planas como "orejas de elefante", y son levemente dolorosas.<sup>12</sup>

La biopsia de la piel de las áreas afectadas revela inflamación granulomatosa no caseificante.<sup>3,13,14</sup>

3. Las manifestaciones orales pueden anteceder a los síntomas intestinales, ocurren en 8 a 9% de pacientes con enfermedad de Crohn como queilitis angular<sup>13</sup> y ulceraciones, nudosidades de la mucosa y fisuras induradas en el labio inferior. Con frecuencia son dolorosas, destructivas e imposibilitan la ingestión de los alimentos y el habla;<sup>8,12,14</sup> su severidad no se correlaciona con la actividad de la enfermedad intestinal.<sup>3,13</sup>

Las nudosidades en la mucosa oral son infrecuentes y específicas de la enfermedad de Crohn; aparecen como lesiones de aspecto papular coloreadas que forman placas en la mucosa oral y en el paladar; pueden ser muy dolorosas e interferir con el habla y la ingestión de alimentos. Para su tratamiento los corticosteroides tópicos o sistémicos generalmente son efectivos y en casos resistentes puede administrarse infliximab.<sup>14</sup>

### Lesiones metastásicas

Las lesiones metastásicas de la enfermedad de Crohn aparecen en las extremidades inferiores y áreas intertriginosas. Se manifiestan posterior al cuadro intestinal con nódulos subcutáneos, placas eritematosas y úlceras secundarias.<sup>12</sup>

- A) La estomatitis aftosa es común en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Se ha reportado incidencia de 4.1% en pacientes con enfermedad de Crohn y 1.5% en pacientes con colitis ulcerosa. En términos clínicos no son diferentes a las aftas comunes. Las aftas son pequeñas, con borde ovalado, base grisácea y pueden ser dolorosas, sanan en dos semanas sin dejar cicatriz.<sup>3</sup> Ocurre cuando la enfermedad inflamatoria intestinal está inactiva.<sup>3</sup>

El tratamiento de la estomatitis aftosa es sintomático y consiste en la aplicación de anestésicos tópicos como xilocaína<sup>14</sup> y soluciones con esteroides; los esteroides sistémicos se prescriben en casos resistentes.<sup>3</sup>

- B)** El pioderma gangrenoso es una lesión cutánea crónica de tipo ulcerativo, se relaciona más con colitis ulcerosa que con enfermedad de Crohn;<sup>8</sup> se ha reportado incidencia de 1 a 10% de los pacientes con colitis ulcerosa y de 0.5 a 20% de pacientes con enfermedad de Crohn.<sup>14</sup> Representa la segunda manifestación extraintestinal de la enfermedad inflamatoria intestinal y en ocasiones puede ser más incapacitante que la propia enfermedad inflamatoria intestinal.<sup>11,12</sup> Afecta a 5-20% en pacientes con colitis ulcerosa y a 1-2% con enfermedad de Crohn. Tiene predilección por el sexo femenino. El intervalo de edad predominante es de 20 a 50 años.<sup>5,12</sup> A menudo su aparición es precedida por un traumatismo, incluso de muchos años antes, a través de un fenómeno conocido como patergia.<sup>12</sup> Los sitios más comunes son las espinillas, la pared abdominal o adyacente a los estomas. Inicia como una pústula estéril, una pápula eritematosa o un nódulo que rápidamente se rompe formando una úlcera dolorosa, eritemato-violácea de bordes irregulares y base necrótica. La úlcera crece o se cura espontáneamente, dejando cicatrices cribiformes, pigmentadas y atróficas. Las úlceras pueden ser únicas, múltiples unilaterales o bilaterales.<sup>9,14</sup> Los síntomas asociados son: fiebre, mialgias y artralgias.<sup>12</sup>

El pioderma gangrenoso periostomal puede manifestarse desde 2 meses hasta 25 años después de la colocación del estoma.<sup>8</sup>

El diagnóstico diferencial, cuando las lesiones aparecen cerca del área genital o inguinal, incluye hidradenitis supurativa, dermatitis seborreica o intertrigo, así como síndrome de Behcet, enfermedades de transmisión sexual, como sífilis, linfogranuloma venéreo o infección por herpes simple.<sup>6</sup> Cuando se afectan las piernas se debe diferenciar de la celulitis, la dermatitis por contacto alérgica y la granulomatosis de Wegener.<sup>6</sup> Cuando existe afectación facial el diagnóstico diferencial deberá ser con acné, erisipela o sarcoidosis.<sup>6</sup>

En estos casos el estudio histopatológico se caracteriza por un infiltrado denso de neutrófilos con una zona central de necrosis en la dermis. En otras áreas se puede observar un infiltrado histiocitario moderado perivascular.<sup>4</sup> El diagnóstico histopatológico no es específico, pues también se observa en caso de sarcoidosis, infecciones por micobacterias, micosis profundas y reacciones granulomatosas a cuerpo extraño.<sup>6</sup>

Los esteroides orales se consideran el tratamiento más eficaz, a razón de 0.5-1 mg/kg/día o metilprednisolona. Otras opciones de tratamiento incluyen ciclosporina 5 mg/kg/día, micofenolato de mofetil, azatioprina y metotrexato.<sup>4,8</sup> El tacrolimus, así como los inhibidores de necrosis tumoral alfa, se reservan para los casos resistentes.<sup>9,14</sup> Estos últimos representan la primera línea de tratamiento contra el pioderma gangrenoso resistente o generalizado, el infliximab es el más estudiado, con la mejor respuesta.<sup>8</sup>

- C)** La piodermatitis vegetante se considera un marcador específico de la enfermedad inflamatoria intestinal, ya que se vincula en 70% con enfermedad inflamatoria intestinal. Se distingue por edema de la mucosa oral, que es friable, pústulas gris-amarillentas, ulceraciones amarillentas, puede simular abscesos verdaderos, con

hemorragia con sensación de quemazón y dolor. No afecta la lengua ni el piso de la boca.<sup>12</sup> El tratamiento es con antisépticos orales, corticoesteroides tópicos y, como segunda línea, azatioprina y dapsona.<sup>14</sup>

- D) El eritema nudoso es la manifestación cutánea más común;<sup>3,8,10</sup> afecta 3 a 10% de pacientes con colitis ulcerosa y 4 a 15% con enfermedad de Crohn asociado con mayor afectación colónica.<sup>3</sup> Afecta más a mujeres (3-10%) que a hombres (0.7%). A menudo se asocia con otros síntomas, como fiebre, artralgias o artritis. Típicamente son nudosidades subcutáneas de 1-5 cm de diámetro, eritemato-violáceas (*bluish-red*) localizadas en zonas de extensión de las extremidades inferiores, principalmente en la cara anterior tibial.<sup>3,8,9,14</sup> En el estudio histológico puede observarse un infiltrado linfocitario en la dermis inferior y en ocasiones paniculitis inespecífica.<sup>9,14</sup>

Se correlaciona con la actividad o exacerbación de la enfermedad, pero no con la severidad,<sup>5,14</sup> puede preceder a la aparición de los síntomas intestinales incluso cinco años.<sup>3</sup> Tiende a curarse en tres a seis semanas.<sup>14</sup> Debido a que el eritema nudoso está relacionado con la actividad de la enfermedad, el tratamiento se basa en el manejo de la colitis subyacente mediante esteroides orales.<sup>9</sup> Otras alternativas son AINES, yoduro de potasio, colchicina, dapsona, inmunosupresores como ciclosporina y talidomida; en casos resistentes infliximab ha mostrado buenos resultados.<sup>1,3,14</sup>

- E) La poliarteritis nodosa cutánea es otra manifestación extraintestinal poco frecuente de la enfermedad inflamatoria intestinal, que se distingue por afectación a pequeñas y medianas arterias. Se manifiesta como nódulos en las extremidades

inferiores que pueden simular eritema nudoso pero histológicamente es diferente, pues muestra panarteritis con inflamación perivascular y ausencia de actividad en el tejido vecino. Alrededor de 10% de los casos de poliarteritis nodosa cutánea se asocian con enfermedad inflamatoria intestinal. El tratamiento generalmente es con bajas dosis de corticoesteroides y medicamentos antiinflamatorios no esteroides.<sup>13</sup>

- F) El síndrome de Sweet o dermatosis neutrofilica aguda febril recientemente se reconoció como una manifestación extraintestinal que afecta a mujeres entre 30 y 50 años de edad. Existe fuerte predilección por las mujeres (87%), los pacientes con enfermedad de Crohn (100%) y los que tienen otras manifestaciones extraintestinales (77%). Se distingue por nódulos o pápulas eritematosas que generalmente afectan las extremidades superiores, la cara o el cuello.<sup>14</sup> Las lesiones también pueden afectar los dedos, el conducto auditivo externo y la cavidad oral. Puede simular pustulosis palmoplantar o celulitis. La erupción se manifiesta en la enfermedad activa (67-80%); en ocasiones puede preceder a la aparición de síntomas intestinales (21%),<sup>9</sup> principalmente durante la exacerbación del cuadro de la colitis ulcerosa;<sup>4</sup> la erupción es dolorosa y ardorosa, se ha asociado con artralgias, dolor de cabeza y astenia.<sup>9,14</sup> Esta rara manifestación extraintestinal responde rápidamente al tratamiento con corticoesteroides sistémicos.<sup>14</sup>

El diagnóstico diferencial clínico incluye pioderma gangrenoso, eritema multiforme, vasculitis urticariana, enfermedad granulomatosa, infecciones cutáneas y cáncer.<sup>4</sup> Las alteraciones histológicas principales son: dermis papilar que

muestra edema con progresión a vesículas subepidérmicas, infiltrado denso de neutrófilos y en la dermis reticular, histiocitos, neutrófilos y eosinófilos. La leucitoclasia es un hallazgo común.<sup>4</sup>

### Lesiones inducidas

Las manifestaciones inducidas por el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal incluyen la psoriasis-like, el eccema-like, las erupciones liquenoides, el lupus eritematoso cutáneo por biológicos, entre otros.<sup>12,13</sup>

Existe asociación aumentada de psoriasis con enfermedad inflamatoria intestinal. La psoriasis afecta a 9.6% de los pacientes con enfermedad de Crohn comparado con 2.2% de los controles. El vitíligo afecta con mayor frecuencia a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en comparación con la población general.<sup>14</sup>

Otras lesiones descritas en la enfermedad de Crohn incluyen eritema elevatum diutinum, erupción vesiculopustular, dermatosis neutrofílica de la región malar, epidermólisis ampollosa adquirida, acné fulminante, pioderma facial, vasculitis granulomatosa, poroqueratosis y estados de déficit nutricional relacionados con cinc, ácido nicotínico y vitamina C.<sup>13</sup>

### CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 71 años de edad, casado, originario y residente de la Ciudad de México, de ocupación tablero. Padecía una dermatosis bilateral con tendencia a la simetría, diseminada al tronco y los tercios proximales de los miembros inferiores; del tronco afectaba los genitales: en el escroto, el periné y la región perianal (**Figuras 1 y 2**), de los miembros inferiores afectaba las ingles. La dermatosis era de aspecto monomorfo, constituida por pústulas y múltiples exulceraciones y úlceras de formas y tamaños variables, de bordes elevados, circun-



**Figura 1.** Pústulas y múltiples exulceraciones y úlceras.

critos y con fondo sucio, algunas exhibían en su superficie secreción de aspecto purulento y en otras restos de medicamento, eran friables y se asentaban sobre una piel eritemato-violácea, de evolución crónica y muy dolorosa (escala análoga visual 10/10).

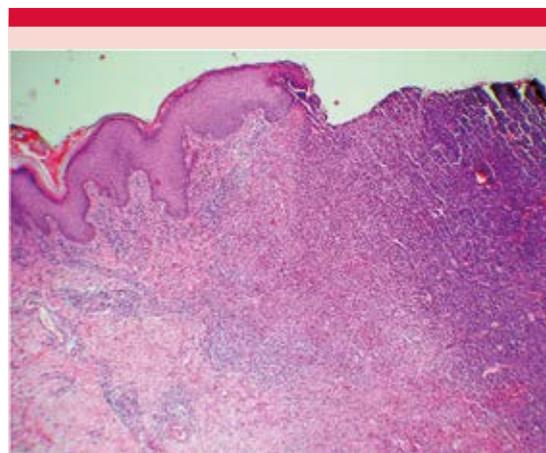
Al interrogatorio refirió haber iniciado ocho meses previos, con un cuadro diarreico, que se acompañó de sarpullido rojizo en todo el cuerpo y la aparición de una úlcera muy dolorosa en la piel del escroto. Durante los siguientes siete meses tuvo pérdida de peso de aproximadamente 12 kg, sin causa aparente, así como estreñimiento intermitente, pujo y tenesmo rectal. Cinco meses después del cuadro inicial aparecieron múltiples úlceras en el escroto y también en la región perianal, que eran tan dolorosas que le impedían la deambulacion, sentarse y conciliar el sueño. Acudió con un médico, quien dio tratamiento con clindamicina, metronidazol, clioquinol y betametasona tópica sin mejoría alguna, por lo que acudió al Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua. Antecedentes relevantes patológicos: heredofamiliares, con carga genética importante para diabetes mellitus, porque tres hermanos y dos hijos tenían este padecimiento. Antecedentes



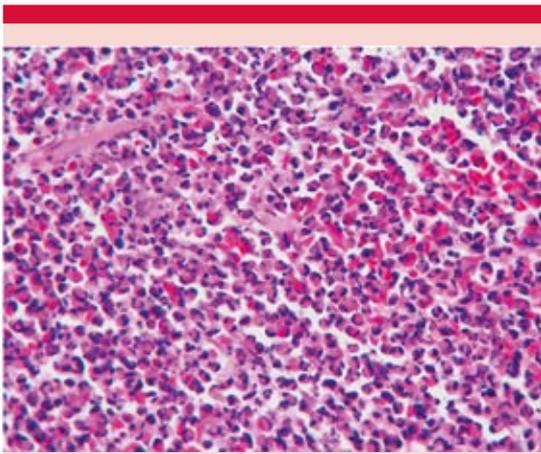
**Figura 2.** Acercamiento: úlceras muy friables con secreción purulenta y restos de medicamentos.

personales no patológicos: tabaquismo durante dos años suspendido hacía 20 años, alcoholismo hasta la embriaguez en su juventud hasta por 10 días seguidos, suspendido hacía 10 años. Quirúrgicos: apendicetomía a los 30 años y hernioplastia inguinal bilateral hacía tres años. Antecedentes personales patológicos: hipertensión desde hacía 10 años, en tratamiento actual con enalapril 10 mg cada 12 horas.

Con diagnóstico inicial de probable enfermedad de Behcet, se hizo una biopsia incisional que mostró la epidermis con hiperqueratosis ortoqueratósica, zonas de hemorragia y restos celulares. Acantosis irregular moderada con hiperpigmentación de la capa basal. Había un extremo ulcerado. En el espesor de la dermis y parte del tejido celular subcutáneo se observó denso infiltrado de polimorfonucleares, eosinófilos, histiocitos y células plasmáticas. Algunas de estas células con núcleos grandes e hiper cromáticos (**Figuras 3 y 4**). Los estudios de laboratorio solicitados fueron: citometría hemática, química sanguínea completa, pruebas de función hepática y tiempos de coagulación, examen general de orina, anticuerpos anti-VIH y antígeno prostático específico, que no mostraron alteraciones. Por los antecedentes gastrointestinales se solicitó interconsulta con el Servicio de Gastroenterología del IMSS, donde se realizó un estudio de tránsito intestinal con bario y se observó: esófago con trastornos motores, así como compresión extrínseca que ejercía desplazamiento hacia la izquierda de las asas intestinales; ultrasonido abdominal que únicamente evidenció quistes corticales en ambos riñones. La tomografía axial computada abdominal reveló los quistes renales



**Figura 3.** Hiperpigmentación de la capa basal y borde ulcerado (H&E 4x).



**Figura 4.** Intenso infiltrado de células polimorfonucleares, eosinófilos, histiocitos y células plasmáticas (H&E 20x).

bilaterales, cambios osteodegenerativos de la columna dorsolumbar e hiperplasia prostática. La endoscopia con gastropatía crónica activa agudizada evidenció una úlcera gástrica prepilórica A (clasificación de Sakita y tercer grado de Forrest) con reporte de gastritis crónica por *Helicobacter pylori*. Por último, la colonoscopia mostró la mucosa rectosigmoidea, el colon descendente y el colon transverso con mucosa con eritema moderado, múltiples formaciones saculares, así como algunas úlceras cicatrizadas, de las que también se tomó biopsia, que mostró inflamación aguda y crónica de enfermedad inflamatoria intestinal tipo Crohn, enfermedad ácido péptica, enfermedad diverticular del colon y úlceras perianales y genitales.

El tratamiento indicado por el Servicio de Dermatología consistió en sediluvios con ácido acético a 0.005%, ungüento con subcarbonato de hierro a 20% para la cicatrización de las úlceras y amitriptilina 25 mg por la mañana, así como amitriptilina 10 mg combinada con perfenazina 2 mg y diazepam por la noche para controlar el dolor, con mejoría en la escala análoga visual del dolor de 7/10.

Por parte del Servicio de Gastroenterología, se inició tratamiento con colchicina, prednisona y pentoxifilina, así como inhibidores de la bomba de protones, antiespasmódicos, procinético, antipirético, senósidos, hidróxido de aluminio, lidocaína con hidrocortisona tópica e hipromelosa cada 4 horas. Con alivio del cuadro cutáneo intestinal al mes del tratamiento y ausencia de dolor; en la piel quedaron manchas hipercrómicas mal definidas (**Figura 5**).

El diagnóstico final correspondió a úlceras perianales y genitales como manifestación extraintestinal de enfermedad de Crohn. Después de tres años, el paciente no ha tenido recaídas.

## COMENTARIO

El caso comunicado corresponde a manifestaciones extraintestinales específicas de enfermedad de Crohn tipo úlceras cavitantes y perianales, cuyo diagnóstico se facilitó por el antecedente de



**Figura 5.** Úlceras cicatrizadas.

cuadros diarreicos, alternos con estreñimiento, que permitieron que solicitáramos la interconsulta al servicio de Gastroenterología y así realizar los estudios pertinentes para el diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal tipo enfermedad de Crohn, porque la sola biopsia y la historia clínica eran insuficientes para ello. Además, el tratamiento adecuado permitió que a tan sólo un mes del mismo remitieran los síntomas intestinales y cutáneos. En la experiencia del Centro Dermatológico Pascua es el primer paciente con este cuadro clínico.

## REFERENCIAS

1. Sehgal V, Pandhi D, Khurana Aanta, et al. Non specific genital ulcers. *Clin Dermatol* 2014;32:259-274.
2. Mir Bonafé J, Fernández López E, Nieto González G. Manifestaciones cutáneas en enfermedad inflamatoria intestinal. *Piel* 2011;26(9):451-464.
3. Huang B, Chandra S, Quan Shih D. Skin manifestations of inflammatory bowel disease. *Frontiers in Physiology. Gastrointestinal Sci* 2012;3:1-13.
4. Timani S, Mustasim D. Skin manifestations of inflammatory bowel disease. *Clin Dermatol* 2008;26:265-273.
5. De Carpi M, Chávez Caraza K, Villa V. Manifestaciones cutáneas de la enfermedad inflamatoria intestinal. *An Pediatr* 2009;70(6):570-577.
6. Kurtzman D, Jones T, Lian F, et al. Metastatic Crohn's disease: A review and approach to therapy. *J Am Acad Dermatol* 2014;71(4):804-813.
7. Bologna Jean L, Jorizzo Joseph L, Rapini Ronald P. Enfermedades reumatológicas. *Dermatología 1ª Edición*. España. Ed Mosby; 2004:601-604.
8. Thrash B, Patel M, Shah KR, et al. Cutaneous manifestations of gastrointestinal disease Part II. *J Am Acad Dermatol* 2013;68(2):211.e1-33.
9. Ardizzone S, Sarzi Puttini P, Cassinotti A, et al. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Dig Liver Dis* 2008;40(Suppl 2):S253-9.
10. Christodoulou D, Katsanos K, Sterigiopoulou, et al. Frequency of extraintestinal manifestations in patients with inflammatory bowel disease in Northwest Greece and review of the literature. *Dig Liver Dis* 2002;34:781-6.
11. Andersson R, Quirk C, Sullivan J. Cutaneous manifestation of internal disease. *Drug Discovery Today: Disease Mechanism/Skin disease* 2008;5(1):e113-123.
12. Marzano AV, Borghi A, Standnicki A, et al. Cutaneous manifestations in patients with inflammatory bowel disease: pathophysiology, clinical features, and therapy. *Inflam Bowel Dis* 2014;20(1):213-27.
13. Weedon D. Manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas. En: *Patología de la piel*. Londres: Marban, SL 2002:468-469.
14. Mnif L, Amouri A, Tahri N. Cutaneous manifestations of inflammatory bowel disease. *La tunisie Mecicale* 2010;88(06):420-423.

## AVISO IMPORTANTE

Ahora puede descargar la aplicación de **DermatologíaRevista Mexicana**.

Para consultar el texto completo de los artículos deberá registrarse una sola vez con su correo electrónico, crear una contraseña, indicar su nombre completo y especialidad. Esta información es indispensable para saber qué consulta y cuáles son sus intereses y poder en el futuro inmediato satisfacer sus necesidades de información.

La aplicación está disponible para Android o iPhone.

