

# Pioderma gangrenoso: reporte de caso

## Pyoderma gangrenosum: case report

Manuela Cadavid<sup>1</sup>, Claudia Patricia Palacios Isaza<sup>2</sup>, Ana Lucía Molina<sup>2</sup>, Luz Marina Gómez<sup>3</sup>, Rodrigo Restrepo<sup>4</sup>

### RESUMEN

---

El pioderma gangrenoso es una enfermedad inflamatoria crónica, poco común, con una incidencia de 3 a 10 casos por millón de habitantes, su etiología aún se desconoce pero se ha asociado con múltiples condiciones sistémicas dentro de las que sobresale la enfermedad inflamatoria intestinal. Hasta el momento se conocen cuatro variantes clínicas y la más común de todas es la forma ulcerativa. El diagnóstico es principalmente clínico y de descarte. En la histología se caracteriza por un infiltrado neutrofílico de la dermis. El tratamiento de elección son los glucocorticoides orales, aunque hay otras opciones terapéuticas descritas. Reportamos un caso representativo de un pioderma gangrenoso ulcerativo asociado con enfermedad inflamatoria intestinal.

**Palabras clave:** pioderma gangrenoso; enfermedades inflamatorias del intestino; colitis ulcerosa.

### SUMMARY:

---

Pyoderma gangrenosum is a chronic inflammatory disease, uncommon, with an incidence of 3 to 10 cases per million inhabitants, whose etiology remains unknown but has been associated with multiple systemic conditions in which stands out inflammatory bowel disease. So far, four clinical variants are known to be the most common ulcerative form of all. The diagnosis is mainly clinical and of discard. In histology its characterized by a neutrophilic infiltrate in the dermis. The treatment of choice is oral corticosteroids, although there are many other therapeutic options described. We report a representative case of an ulcerative pyoderma gangrenosum associated with inflammatory bowel disease.

**Keywords:** pyoderma gangrenosum; inflammatory bowel diseases; colitis, ulcerative.

### INTRODUCCIÓN

El pioderma gangrenoso fue descrito por primera vez en 1930 por Brunsting, como una patología de origen bacteriano asociada con colitis ulcerativa. Aunque su etiología aún es desconocida, hoy se sabe que no es infecciosa; se ha propuesto una alteración inmunológica dentro de su patogénesis,

sustentada en la frecuente asociación con enfermedades sistémicas, principalmente enfermedad inflamatoria intestinal, desórdenes linfoproliferativos y artritis. La respuesta al tratamiento adecuado es buena en la mayoría de los casos. Por ello, se debe realizar un diagnóstico acertado y oportuno que permita disminuir su morbilidad.

---

1 Médica, residente de dermatología. Universidad CES. Medellín, Colombia

2 Médica, residente de dermatología. Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia

3 Médica, dermatóloga. Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia

4 Médico, demato-patólogo. Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia

Dirección de correspondencia: Claudia Patricia Palacios Isaza. Correo electrónico: claupala@yahoo.com

Fecha de recibido: 22 de abril de 2011

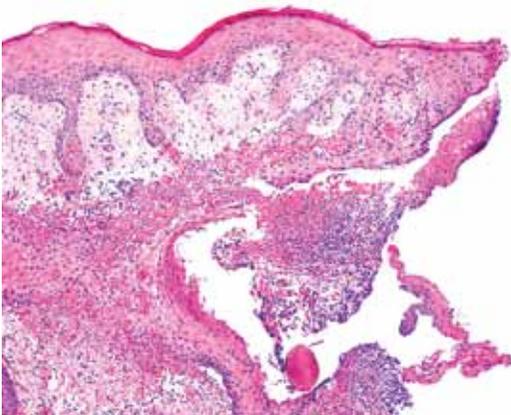
Fecha de aprobación: 30 de enero de 2012

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 34 años, hospitalizada por colitis ulcerativa activa severa. Asociado con esto presenta banódulo inflamatorio doloroso inguinal, de ocho días de evolución que drenó espontáneamente y dejó una úlcera que fue aumentando de tamaño. Igualmente, presentaba signos inflamatorios periungueales en el cuarto artejo de la mano izquierda, del mismo tiempo de evolución. Al examen físico presentaba una úlcera sobre el pliegue inguinal derecho, de 7 x 3 cm de diámetro, de bordes levantados, infiltrados, eritemato-violáceos, de fondo limpio, granulomatoso y con secreción fibrinoide. (Figura



**Figura 1.** Úlcera de bordes indurados, fondo granulomatoso.



**Figura 2.** Infiltrado inflamatorio neutrofílico.

1). La lesión del cuarto dedo de mano izquierda fue manejada por ortopedia como un absceso de tejidos blandos, con drenaje de éste y antibiótico. Se descartó fístula enterocutánea por tomografía abdominal contrastada y fistulografía.

Tenía directo, Gram y test de Tzanck de la úlcera genital, VIH y VDRL negativos. La biopsia de la úlcera inguinal reportó infiltrado neutrofílico en diferente intensidad, que comprometía toda la dermis (Figura 2) y las coloraciones de PAS, Ziehl-Nielsen y Plata-Metenamina resultaron negativas. Se excluyen causas infecciosas y se hace diagnóstico de pioderma gangrenoso. La lesión en dedo de mano izquierda evolucionó en pocos días a una úlcera de características semejantes a las de la lesión inguinal (Figura 3). Por lo tanto, se consideró que ésta también correspondía a un pioderma gangrenoso por un fenómeno de patergia. Se suspenden los antibióticos y se inicia tratamiento con prednisona oral 1mg/kg/día y tacrolimus 0.1% y óxido de zinc tópicos en ambas úlceras. Se logra rápida resolución de las lesiones (Figura 4).

## DISCUSIÓN

El pioderma gangrenoso es una dermatosis inflamatoria neutrofílica estéril<sup>1</sup>. Su incidencia se estima entre tres a 10 pacientes por cada millón de personas al año<sup>1,2</sup>.

Afecta principalmente a adultos entre los 20 y los 50 años de edad. Se encuentra en un 50% asociado con algún desorden sistémico<sup>1,3-5</sup>. Igualmente, hasta un 4% puede presentarse en niños, en los que es más común en relación con otras enfermedades<sup>1,4</sup>. Tiene ligero predominio por el sexo femenino<sup>1,3,5</sup>, presenta una relación mujer: hombre de 3.5:1<sup>6</sup>.

Su etiología es poco clara. Aunque ésta es una enfermedad idiopática en un 25 a 50% de los pacientes, se ha sugerido que una alteración inmunológica puede existir en estos pacientes. Esta inferencia se basa en la asociación con enfermedades sistémicas, así como en la presencia en un 20% de estos pacientes del

fenómeno de patergia, que consiste en una reacción inflamatoria que genera el desarrollo de nuevas lesiones o empeoramiento de las previas, secundario a traumas menores<sup>3,7</sup>.

Entre las enfermedades sistémicas con las que se relaciona, la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es la más común, puesto que se halló en un 30% de los casos<sup>1,2,5,7</sup>. De ahí que se haya propuesto la existencia de antígenos con reacción cruzada en el intestino y la piel<sup>1,5</sup>. Actualmente, se llevan a cabo investigaciones para definir los epítopes comunes entre los diferentes sitios de compromiso



**Figura 3.** Fenómeno de patergia. Úlcera en cuarto dedo de mano izquierda aparece luego de ser drenada una colección.



**Figura 4.** Resolución de las lesiones luego de iniciado el manejo.

extraintestinal de la EII. Recientemente, se logró aislar una proteína del epitelio colónico que forma complejos con la isoforma 5 de la tropomiosina humana, ambas participarían en las reacciones cruzadas del intestino con piel, vías biliares, ojos y articulaciones<sup>5</sup>.

Sin embargo, es preciso resaltar que la aparición del pioderma gangrenoso no está en relación con la actividad de la EII, incluso puede presentarse en pacientes en remisión clínica<sup>7</sup>.

Existen cuatro variantes principales de esta enfermedad: ulcerativa, pustular, bulosa y vegetativa; cada una con características clínicas e histopatológicas propias y asociaciones con enfermedades particulares<sup>4</sup>. La más común corresponde al tipo ulcerativo, que se presenta como una úlcera profunda de bordes violáceos bien definidos, con eritema e induración alrededor. Inicia generalmente como una o varias pápulas pequeñas, pústulas perifoliculares o como un nódulo doloroso, que se rompen espontáneamente, drena material purulento y forma pequeñas úlceras con apariencia de “huella de gato”. Éstas coalescen y se produce una necrosis central. Ello da origen a una úlcera única, que, cuando se resuelve, deja una cicatriz cribiforme atrófica<sup>7</sup>. Las lesiones se localizan más comúnmente en miembros inferiores y tronco, seguido de otras áreas como manos, cabeza y piel periestomal<sup>1,3,7</sup>.

El diagnóstico de esta entidad es principalmente clínico, ya que no existe ningún parámetro de laboratorio ni hallazgos histopatológicos específicos. La histopatología del pioderma gangrenoso varía según el tipo, el estadio de la lesión y el sitio de donde se obtenga la biopsia. Las lesiones recientes o de la zona periférica de la úlcera muestran infiltrado perivascular linfocítico, mientras las muestras tomadas de la parte central tienen un infiltrado neutrofilico con formación de abscesos. En algunos casos puede observarse daño vascular con depósitos de fibrina en las paredes, trombosis y hemorragia; sin embargo, esto se considera secundario a la intensa reacción inflamatoria y no a una vasculitis como tal<sup>1,3,4</sup>.

Los diagnósticos diferenciales incluyen causas infecciosas, malignidad, vasculitis, insuficiencia arterial o venosa, ulceraciones facticias, entre otros<sup>3</sup>.

Aunque el tratamiento de la enfermedad de base puede lograr la resolución de las lesiones, los corticoesteroides se consideran el tratamiento de elección para el pioderma gangrenoso. Otras terapias con agentes inmunomoduladores e inmunosupresivos, se han utilizado en pacientes con enfermedad severa y/o refractaria con buenos resultados<sup>8,9</sup>.

### CONCLUSIÓN

Presentamos el caso de una paciente con pioderma gangrenoso, con antecedente de colitis ulcerativa, que obtuvo buena respuesta a los esteroides orales y se logró curación completa de las lesiones.

Aunque el pioderma gangrenoso es una patología poco común, no debe pasarse por alto porque puede ser un proceso rápidamente progresivo y destructivo, con morbilidad significativa. Dado que el diagnóstico de esta entidad es de exclusión, es importante realizar el estudio histopatológico para descartar otras patologías y hacer una buena correlación con la clínica.

### DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### REFERENCIAS

1. Wollina U. Pyoderma gangrenosum: a review. *Orphanet J Rare Dis.* 2007; 2:19.
2. Spear M. Pyoderma gangrenosum: an overview. *Plast Surg Nurs.* 2008;28(3):154-7.
3. Ruocco E, Sangiuliano S, Gravina AG, Miranda A, Nicoletti G. Pyoderma gangrenosum: an up dated review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009;23(9):1008-17
4. Ahmadi S, Powell FC. Pyoderma gangrenosum: uncommon presentations. *Clin Dermatol.* 2005;23:612-20
5. Ruhl AP, Ganz JE, Bickston SJ. Neutrophilic folliculitis and the spectrum of pyoderma gangrenosum in inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci.* 2007;52(1):18-24
6. Hasselmann DO, Bens G, Tilgen W, Reichrath J. Pyoderma gangrenosum: clinical presentation and outcome in 18 cases and review of the literature. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2007;5(7):560-4.
7. Brooklyn T, Dunnill G, Probert C. Diagnosis and treatment of pyoderma gangrenosum. *BMJ.* 2006;333(7560):181-4.
8. Fonder MA, Cummins DL, Ehst BD, Anhalt GJ, Meyerle JH. Adalimumab therapy for recalcitrant Pyoderma gangrenosum. *J Burns Wounds.* 2006; 5:66-71
9. Cummins DL, Anhalt GJ, Monahan T, Meyerle JH. Treatment of pyoderma gangrenosum with intravenous immunoglobulin. *Br J Dermatol.* 2007;157(6):1235-9.