

Coordinador: Dr. Manuel de la Llata-Romero
Colaboradores: Dr. Juan Urrusti-Sanz
Dr. Jesús Aguirre-García
Dr. Adalberto Poblano-Ordóñez

Dolor abdominal difuso, febrícula, náusea, malestar general y dermatosis ulcerativa

Armando Muñoz-González,^{a*} Nicole S. Kresch-Tronik,^a Francisco Moreno-Sánchez,^a
Laura Jáuregui-Camargo,^a José Halabe-Cherem^a y Daniel Asz-Sigall^b

^aDepartamento de Medicina Interna, Centro Médico American British Cowdray, IAP, México D.F., México

^bDepartamento de Dermatología, Hospital "Manuel Gea González", Secretaría de Salud, México D.F., México

Presentación del caso

Hombre de 82 años de edad que ingresa al servicio de urgencias del Centro Médico American British Cowdray, por un cuadro de tres días de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso que se incrementa progresivamente, acompañando de malestar general, febrícula, náusea y datos de oclusión intestinal. El paciente, practicante de la religión judía, no tiene antecedentes de tabaquismo.

Desde hace 20 años padece úlcera gástrica, por lo que entonces le fue practicada apendicectomía.

Siete años antes del padecimiento que aquí se describe, se le diagnosticó enfermedad diverticular e hipertensión arterial sistémica.

La colitis ulcerativa crónica inespecífica y la dermatosis ulcerativa bilateral que padece datan de dos años; el paciente es tratado con infliximab, corticoesteroides, sulfazalazina y

omeprazol para la primera, en tanto que el tratamiento para la segunda consiste en prednisona y talidomida.

A su llegada al servicio de urgencias, se encontró tensión arterial de 110/70 mm Hg, frecuencia cardíaca de 100 x', frecuencia respiratoria de 22 x', temperatura de 37 °C, saturación de 77% al aire ambiente, que se corrige a 90% con una FIO₂ de 33%. Palidez y deshidratación, disminución generalizada del murmullo vesicular sin soplos cardíacos. Abdomen distendido, sin peristalsis y con dolor y signo de rebote generalizados. La exploración física reveló dermatosis diseminada bilateral con tendencia a la simetría, caracterizada por nueve úlceras de bordes violáceos, eritematosos e irregulares, "en sacabocados", con 70% de fibrina y 30% de tejido de granulación; las úlceras son de diferentes diámetros, la mayor de 10 x 7 cm y la menor de 4 x 5 cm (Figuras 1 y 2).

La tomografía computarizada de abdomen reveló aire y líquido libre en cavidad y datos compatibles con diverticulitis.

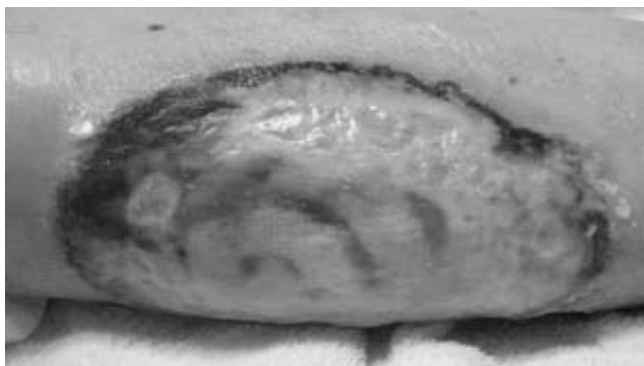


Figura 1. Lesión ulcerativa.

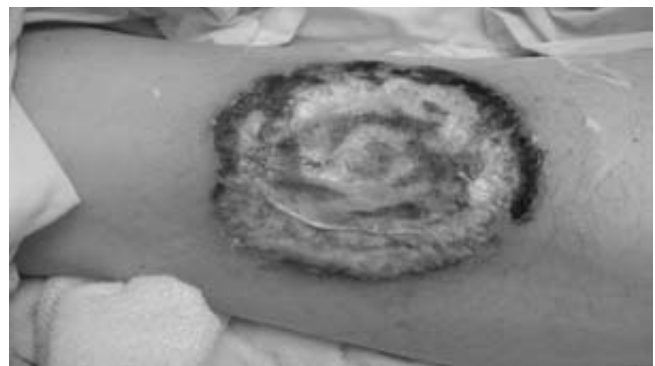


Figura 2. Lesión ulcerativa.

* Correspondencia y sobretiros: Armando Muñoz-González, Departamento de Medicina Interna, Centro Médico American British Cowdray, IAP, Avenida Sur 136, Col. Las Américas, 01120 México D.F., México. Tel.: +52 (55) 5230-8000, extensión 8570. Correo electrónico: armandomuniz16@hotmail.com.

Leucocitosis de 12 500 (segmentados 60%, bandas 15%), hemoglobina de 9.4, plaquetas de 767, potasio de 5.3, calcio 1.4, BUN 33, pruebas de función hepática, telerradiografía de tórax y gasometría normales, lactato de 1.8 y procalcitonina de 8.13 (0-0.5).

Se inició tratamiento con reposición hídrica con cristaloides y coloides, metronidazol e imipenem y nutrición parenteral total. Durante el internamiento, el paciente persistió con datos de choque séptico resistente a volumen, por lo que se le administró noradrenalina. Durante su estancia intrahospitalaria evolucionó favorablemente, con disminución del dolor abdominal, mejoría de las constantes vitales y de los parámetros de laboratorio. Los hemocultivos resultaron negativos a los siete días.

La dermatosis se trató mediante hidrocortisona intravenosa y curaciones cada 48 a 72 horas, con ácido fusídico y clobetasol tópicos; tres semanas después fue dado de alta hemodinámicamente estable, tolerando la vía oral y con resolución parcial de las lesiones cutáneas.

Discusión clínica

En el presente ejercicio clínico patológico, aun cuando el diagnóstico de ingreso al servicio de urgencias del paciente orientaba a cuadro de oclusión intestinal, el diagnóstico final correspondió a pioderma gangrenoso, una de las formas de dermatosis neutrofílica.^{1,2}

La dermatosis neutrofílica constituye un grupo de enfermedades cutáneas asociadas con infiltrado inflamatorio epidérmico o dérmico intenso, compuesto fundamentalmente por neutrófilos, sin evidencia de infección o vasculitis. Así mismo, presenta el fenómeno de patergia (inducción de un proceso inflamatorio después de un trauma cutáneo). Se caracteriza por mostrar un espectro de lesiones cutáneas que incluye vesiculopústulas, placas, nódulos y ulceraciones, las cuales pueden ser localizadas o diseminadas, así como por involucro extracutáneo (nodos linfáticos, bazo, hígado y pulmón). A lo anterior podemos agregar que las dos manifestaciones polares de esta enfermedad comprenden desde las placas infiltradas y pústulas de la enfermedad de

Sweet, hasta las lesiones ulcerativas del pioderma gangrenoso; aunque hasta ahora su patogénesis es desconocida, se considera que representan alteraciones en la reactividad inmunológica.³

Puesto que en cerca de la mitad de los casos el pioderma gangrenoso se asocia con enfermedad sistémica, siendo las más frecuentes la enfermedad inflamatoria intestinal, la artritis y los trastornos linfoproliferativos, y dados los antecedentes del paciente como portador de colitis ulcerosa crónica inespecífica de dos años de evolución, decidimos practicar una tomografía axial computarizada, ya que el pioderma gangrenoso se presenta en 5% de los pacientes con colitis ulcerosa crónica inespecífica, como en el caso presentado.⁴

Cabe mencionar que otra enfermedad que se asocia con pioderma gangrenoso en 2% de los pacientes es la enfermedad de Crohn; dicha asociación ha sido descrita también en pacientes con síndrome de Sweet, como es el caso de la enfermedad de Behçet y la tuberculosis subcorneal.

En relación con las lesiones dérmicas⁵ podemos decir que pueden ser únicas o múltiples, y son más comunes en las piernas, especialmente en áreas pretibiales, aun cuando ninguna parte del cuerpo está exenta, como ocurrió en nuestro caso. Al respecto, la biopsia de una lesión temprana muestra abscesos dérmicos compuestos por neutrófilos y en la fase de la úlcera se observa necrosis epidérmica, edema dérmico superficial e infiltrado mixto dérmico que puede extenderse al panículo.

Terminamos esta discusión comentando que en el tratamiento del pioderma gangrenoso es importante resaltar que, tal como sucedió en nuestro caso, los pacientes responden favorablemente al tratamiento con esteroides sistémicos.

Referencias

1. Keltz M, Lebwohl M, Bishop S. Peristomal pyoderma gangrenosum. *J Am Acad Dermatol* 1992;27:360.
2. Callen JP. Neutrophilic dermatoses. *Dermatol Clin* 2002;20:409.
3. James WD. Newer neutrophilic dermatoses. *Arch Dermatol* 2003;139:101.
4. Pepercorn MA. Skin and eye manifestations of inflammatory bowel disease. Up to date. 2005.
5. Fitzpatrick B, Freedberg I. Dermatología en Medicina General. Panamericana, México D.F., 2006.