

Tratamiento quirúrgico en pioderma gangrenosa

Dr. Francisco Emilio Ferreira Águila,* Dra. Miriam Viquez Reyes,** Dra. Laura Lydia López Sotomayor***

RESUMEN

Se presentan dos casos clínicos de pioderma gangrenosa; el diagnóstico se basó en los datos clínicos y la respuesta favorable al tratamiento quirúrgico. Ambos casos estaban asociados con enfermedades sistémicas y fueron manejados antes de su ingreso con triple esquema de antibióticos y pomadas locales con antibióticos, con nula respuesta a los mismos. Los pacientes ingresaron por el servicio de urgencias del hospital y por las condiciones en que llegaron fueron hospitalizados en el Servicio de Terapia Intensiva. El tratamiento consistió en manejo combinado con resección quirúrgica del tejido necrosado y cierre de las heridas con colgajos locales e injertos. No se aplicaron esteroides locales o sistémicos. La evolución postquirúrgica fue favorable en ambos casos y no hubo recidiva del padecimiento.

Palabras clave: Pioderma gangrenosa, úlcera idiomática, úlcera inflamatoria.

INTRODUCCIÓN

La pioderma gangrenosa, conocida también como úlcera idiopática, fue referida por primera vez en 1930,¹ y en la descripción se narra el “origen oscuro” de esta dermatosis. Aunque no tiene mucho tiempo de haberse descrito, el reconocimiento de esta entidad no es fácil, debido principalmente a los escasos recursos con los que se cuenta en nuestro medio; los datos clínicos, exámenes de laboratorio y resultados de biopsias son inespecíficos para tener un diagnóstico definitivo o de certeza. El resultado negativo de la biopsia no se considera concluyente para el diagnóstico de esta enfermedad.

SUMMARY

Two clinical cases with pioderma gangrenous are presented. The diagnosis was based on clinical data and favorable response to surgical treatment. Both cases were associated with systemic diseases and treated before their admission to hospital with antibiotic triple schema and local antibiotic ointments, with no response to them. Patients were admitted to the hospital's emergency room and because of their conditions were hospitalized in the Intensive Care Unit. The treatment was based on a combination with surgical resection of the necrotic tissue and closure of the wounds with local flaps and skin grafts. No local or systemic steroids were used. Post-surgical evolution was favorable in both cases and there was no recidivation.

Key words: *Pyoderma gangrenosum, idiopathic ulcer, inflammatory ulcer.*

Se ha visto que sólo en el 25% de los casos donde la clínica y la respuesta positiva al tratamiento,² son indicativos de que se trata de una pioderma gangrenosa, a pesar de que no se encuentre infiltración neutrofílica por biopsia, característica de este padecimiento a la observación bajo el microscopio.

El rango por edad también resulta un argumento de poco peso, ya que es una entidad que puede aparecer desde la adolescencia hasta la vejez.³ Los casos más frecuentes aparecen en el adulto joven. En el 50% está asociada a enfermedades sistémicas,⁴⁻⁵ como colitis ulcerosa,⁶ hepatitis, poliartritis, mieloma, etc.

El enfoque actual de esta patología plantea que se trata de una alteración de los procesos inmunológicos,⁷ como consecuencia de una mutación genética,⁸⁻⁹ desencadenada por un padecimiento sistémico.

En los datos clínicos se encuentra la piedra angular del diagnóstico, ya que la pioderma gangrenosa aparece como una úlcera con base necrótica, de bordes irregulares, frecuentemente de

* Profesor de Anatomía Humana. Facultad de Medicina, UNAM. Cirujano Plástico. Hospital Pediátrico de Coyoacán, SSDF.

** Directora del Hospital Pediátrico de Coyoacán, SSDF.

*** Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva. Hospital Pediátrico de Coyoacán.

la mitad del tronco hacia abajo (*Figura 1*). Inicia como una pequeña lesión nodular o pústula que se extiende rápidamente y en menos de cuatro días evoluciona a cualquiera de las cuatro formas en que la han descrito: *ulcerosa*, *pustular*, *ampollosa* y *vegetante*. En la mitad de los casos o menos existe una respuesta favorable a los antibióticos locales y sistémicos,¹⁰⁻¹² y en la otra mitad la respuesta a los mismos es pobre o nula y el cuadro clínico tiende a empeorar, quizás en ese momento es cuando se sospecha de que se trata de una pioderma gangrenosa y es cuando el tratamiento se debe llevar a cabo en un hospital por un equipo multidisciplinario especializado.¹³

En condiciones normales, cuando los pacientes son atendidos oportuna y tempranamente, el manejo inicial se basa en el diagnóstico, descartando o confirmando alguna patología agregada. Una vez establecido, se inicia el tratamiento médico inicial específico, a base de inmunomoduladores, como la ciclosporina,¹⁴ inmunoglobulinas,¹⁵ o la infusión local de corticosteroides.¹⁶ Si el paciente mejora y se cura sin realizar alguna cirugía, el diagnóstico fue realizado tempranamente y confirmado por la respuesta favorable. Cuando no se sospecha de esta patología, no hay una respuesta favorable a los antibióticos y el estado general del paciente se va deteriorando, es cuando está indicada la cirugía y se recomiendan los injertos con el uso de oxígeno hiperbárico.^{17,18}



Figura 1. Lesión característica de pioderma gangrenosa en niña de 2 años de edad. Úlcera con base necrótica de bordes irregulares. No están comprometidos los compartimentos o la fascia del muslo.

CASOS CLÍNICOS

En el Hospital Pediátrico de Coyoacán, de los Servicios de Salud del Distrito Federal, en un periodo de seis años se han detectado sólo dos casos, donde los pródromos, la evolución y respuesta al tratamiento, hacen sospechar que se trató de una pioderma gangrenosa. Antes de su ingreso ambos pacientes recibieron diversos antibióticos del tipo de las penicilinas, amoxicilina+clavulanato, lindosamidas-clindamicina, macrólidos y pomadas locales con antibióticos, cambiados por médicos y familiares al no haber respuesta positiva y el deterioro importante se estableció en pocos días.

Caso 1. Adolescente de 14 años de edad, de medio socioeconómico bajo, con antecedente de haber sido abusado sexualmente en 3 ó 4 ocasiones entre los 10 y 12 años. Ingresó al hospital con una úlcera de aspecto ampolloso vegetante, localizada en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen, de 8 x 10 cm (*Figura 2*), no fétida, sin bordes precisos. Se tomó cultivos que se reportaron sin desarrollo bacteriano. En los resultados de laboratorio se encontró anemia de 10.3 g y la cuenta leucocitaria estaba dentro de límites normales. Ingresó por urgencias y se hospitalizó en el



Figura 2. Hombre de 14 años de edad, interconsultado por fascitis necrosante del abdomen, se observa un tejido ampolloso vegetante. Durante la cirugía se observa que están conservadas las fascias abdominales.

Servicio de Terapia Intensiva con el diagnóstico de absceso de pared. Se utilizó una cefalosporina de 3a generación (Ceftriaxona a razón de 2 g IV por 7 días y posteriormente 5 días con anfotericina B) y a los 4 días fue programado para cirugía, con el diagnóstico preoperatorio de pioderma gangrenosa, para realizar aseo quirúrgico, biopsia y cierre de la herida con colgajos locales. Los hallazgos quirúrgicos describieron un área de 8 x 10 cm; la piel afectada estaba formada por una masa de tejido deleznable (con consistencia de queso fino sin olor), no fétido, que abarcaba únicamente de la superficie a la profundidad en la misma extensión, respetando los espacios de las fascias del abdomen, afectado de manera parcial la aponeurosis superficial. Este tejido fue resecado (no se envió a biopsia o cultivo); posteriormente se resecó hasta 2 cm perimetralmente hasta encontrar tejido sano en cuatro zonas horarias y se enviaron a estudio de patología. El defecto se cubrió con un colgajo fasciocutáneo toraco-dorsal con pedículo en la línea media, basando su flujo arterial en las perforantes de las epigástricas superior e inferior. No hubo complicaciones transoperatorias, el paciente fue transfundido durante el acto quirúrgico con 150 mL de paquete globular, se dejaron drenajes. Cursó el postoperatorio en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital y a los 6 días se trasladó para continuar su recuperación



Figura 3. Con seis meses de operado, se realizó la resección de tejido necrótico y se cubrió con un colgajo toraco-abdominal fasciocutáneo.

en el Servicio de Infectología. 10 días después egresó del hospital sin puntos de sutura, deambulando, con reposo relativo y cuidados generales para continuar su manejo por la consulta externa del hospital.

Por los antecedentes se le practicó al paciente un estudio de ELISA, que resultó positivo. La última visita del paciente al hospital y al Servicio de Cirugía Plástica fue a los tres meses de operado (*Figura 3*) con un buen estado general. En este caso falta confirmar o descartar que el paciente padezca de un síndrome de inmunodeficiencia, el resultado de biopsia no es específico para confirmar un cuadro de pioderma gangrenosa.

Caso 2. Niña de 2 años de edad, de medio socioeconómico bajo, de familia bien integrada y con higiene adecuada. El antecedente de importancia fue el haber tenido varicela dos semanas antes de su ingreso. Fue manejada con medidas generales, analgésicos y antihistamínicos; al parecer no le aplicaron antivirales. Tres o cinco días antes de su ingreso, en fase de costra de la varicela, aparecieron tres lesiones: dos en la cara anterior de los muslos, de forma simétrica casi en espejo y otra en el dorso del pie derecho. Las lesiones aumentaron de tamaño rápidamente y se acompañaron de fiebre, astenia, adinamia y anorexia, y a los cinco días se agravó con deterioro general importante. Fue ingresada por urgencias y pasó a la terapia intensiva del hospital, donde fue intubada a las 24 h (*Figura 4*), por un probable choque séptico y deshidratación severa. La impregnación con antibióticos al inicio fue con cefalosporinas de 3a generación (ceftriaxona). A los 5 días se cambió por timetoprim-sulfametoxasol, a razón de 8 mg-40mg/kg oral por flebitis y por haber una mejoría del cuadro. Ingresó como choque séptico y fascitis necrotizante y fue programada a los cuatro días del ingreso con diagnóstico preoperatorio de pioderma gangrenosa y con me-



Figura 4. Niña de 2 años con choque séptico. Se observan las lesiones de varicela en fase de costra; en muslos y dorso del pie derecho las lesiones características de una pioderma gangrenosa ulcerosa. Fue operada 10 días después tomada la fotografía a 12 días de ingresada.



Figura 5. Interconsultada por fascitis y síndrome compartimental, se observan las zonas necróticas de bordes irregulares, respetando fascias y espacios compartimentales. Llama la atención la simetría de las lesiones en los muslos.

joría del cuadro clínico de ingreso (*Figura 5*). En los cultivos preoperatorios de las lesiones y de las secreciones incluida la sangre no hubo desarrollo bacteriano, con anemia y leucocitosis moderada. Se programó para cirugía, realizándose aseo quirúrgico, biopsia y cierre de las lesiones con colgajos locales e injertos. El cierre de la herida en ambos muslos se realizó con la transposición de colgajos tipo Limberg. El dorso del pie se cubrió con un injerto de espesor total tomado de la ingle derecha. El postoperatorio se llevó a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital y a los ocho días continuó su manejo en el Servicio de Infectología del mismo hospital. A los 18 días fue dada de alta del hospital para continuar su manejo por la consulta externa. Vista a las seis semanas de operada (*Figura 6*) fue evidente la mejoría del estado general de la paciente. No fue necesario el empleo de antibióticos o analgésicos en su domicilio.

El resultado de la biopsia no fue específico para confirmar piódermia gangrenosa.

COMENTARIO

Los pacientes que tienen piódermia gangrenosa o un cuadro similar son captados en primera instancia por dermatólogos o médicos internistas. Estos pacientes son diagnosticados como celulitis, fascitis necrosante, impétigo agravado o varicela complicada, y de acuerdo con estos diagnósticos se da el tratamiento, que se basa generalmente en antibióticos locales y/o sistémicos.



Figura 6. Postoperatorio de 4 semanas, inició su manejo por la consulta externa a las 2 semanas de haberse operado.

El agravamiento del cuadro clínico y la falta de respuesta al tratamiento con antibióticos hace que los pacientes sean mejor estudiados por un equipo multidisciplinario, para descartar o confirmar que estas úlceras abigarradas puedan estar asociadas con alguna enfermedad sistémica, como colitis ulcerosa, lupus, hepatitis, o que se pueda tratar de una piódermia gangrenosa idiopática.

Suponemos que los dos casos presentados se deban a una piódermia gangrenosa. A pesar que no se confirmó y no se realizaron estudios para ver los niveles de gammaglobulinas en sangre, tampoco se aplicaron inmunomoduladores como parte del tratamiento, por no contar en nuestro hospital con estos estudios ni con estos medicamentos.

CONCLUSIONES

La piódermia gangrenosa no forma parte en este momento del cuadro básico de enfermedades que de primera intención se operan, y por tanto no es manejada de inicio en forma multidisciplinaria, porque no es un diagnóstico que se haga tempranamente.

La piódermia gangrenosa se opera y se maneja adecuadamente cuando el diagnóstico ha sido oportuno y el tratamiento orientado a esta patología es el específico.

En pocos casos se sospecha que una úlcera que aparece repentinamente sin alguna causa, que aumenta su diámetro rápidamente y que no responde al tratamiento principalmente con antibióticos, pueda estar asociada, o tener un proceso inmunológico de fondo, y sin los cuidados necesarios puede ocasionar la muerte del paciente.

El diagnóstico definitivo de piódermia gangrenosa se hace esencialmente por el cuadro clínico y por la respuesta favorable al tratamiento racional orientado a esta enfermedad.

La presencia de úlceras necróticas irregulares que pueden ser una o varias, con predominio en la mitad inferior del cuerpo, acompañados de anemia, hiper o hipoglobulinemia, biopsia que reporta infiltración neutrofílica de la piel, son importantes para sospechar de este padecimiento. Cuando al aplicar dosis altas de gammaglobulina, o prednisona, o minociclina, se observa mejoría del cuadro clínico, entonces se tiene la certeza de que se trata de una piodermia gangrenosa.

En la literatura no se habla de alguna estadística en cuanto a fallecimientos debidos a esta enfermedad. Suponemos que se debe a que no se tomó en cuenta como diagnóstico a la piodermia gangrenosa, y por tanto, no se hicieron los estudios pertinentes para comprobar o descartar a esta enfermedad.

Muchas de las enfermedades que antes eran idiopáticas, en la actualidad ya se conoce la etiología y el comportamiento biológico. Dejaron de actuar en la clandestinidad y ahora tienen nombre y apellidos, al reconocerlas y comprender cómo se desarrollan, el tratamiento es efectivo y racional.

No es raro escuchar en la cofradía de los cirujanos, que “la única rama curativa de la medicina es la cirugía, lo demás es paliativo”, probablemente en aquella época los cirujanos curaban solamente lo que podían quitar o extirpar y el árbol de la sabiduría para las curaciones de aquel tiempo era solamente un arbusto de dos ramas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Crowson AN, Mihm MC Jr, Magro C. Pyoderma gangrenosum: A review. *J Cutan Pathol* 2003; 30(2): 97-107.
2. Charles CA, Leon A, Banta MR, Kirsner RS. Etanercept for the treatment of refractory pyoderma gangrenosum: A brief series. *Int J Dermatol* 2007; 46(10):1095-9.
3. Lyon CC et al. Parastomal Hypoderma gangrenosum: Clinical features and management. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42(6): 992-1002.
4. Passarini B et al. Cutaneous manifestations in inflammatory bowel diseases: eight cases of psoriasis induced by anti-tumor-
- necrosis-factor antibody therapy. *Dermatology* 2007; 215(4): 295-300.
5. Callen JP. Pyoderma gangrenosum: Diagnosis, etiology and therapy. *Lancet* 1998.
6. Regueiro M et al. Infliximab for treatment of Pyoderma gangrenosum associated with inflammatory Bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2003; 98(8): 1821-6.
7. Witteknd C, Luers JC, Keussmann JP, Hüttenbrink KB. Pyoderma gangrenosum in the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 133(1): 83-5.
8. Puechguiral-Renaud I, Carpentier O, Piette F, Delaporte E. Subcorneal pustulosis and Hypoderma gangrenosum associated whit a biclonal gammopathy. *Eur J Dermatol* 2006; 16(6): 687-90.
9. Kone-Paut I et al. Autoinflammatory mutations in Behcet's disease. *Ann Rheum Dis* 2007: 9.
10. Ridenhour G, Stephenson HE Jr. Pyoderma gangrenosum successfully treated with aqueous silver nitrate (0.5 per cent) steroids and skin autografts. *Ann Surg* 1968; 168(5): 905-10.
11. Chow RK. Treatment of Pyoderma gangrenosum. *J Am Acad Dermatol* 1996.
12. Cummins DL, Anhalt GJ, MonahanT, Meyerle JH. Treatment of Pyoderma gangrenosum with intravenous immunoglobulin. *Br J Dermatol* 2007: 4.
13. Panuncialman J, Falanga V. Basic approach to inflammatory ulcers. *Dermatol Ther* 2006; 19(6): 365-76.
14. D'Inca R, Stefano F, Sturniolo GC. Tacrolimus to treat Pyoderma gangrenosum resistant to cyclosporine. *Ann Int Med* 1998; 128(9): 783-4.
15. Meyer N et al. Pyoderma gangrenosum treated with high-dose intravenous immunoglobulins: two cases and review of the literature. *Clin Drug Invest* 2006; 26(9): 541-6.
16. Tallon B et al. Cavitary Pyoderma gangrenosum treated with local infusion of corticosteroid. *J Am Acad Dermatol* 2006: 3.
17. Davis J et al. Pyoderma gangrenosum: Skin grafting after preparation with hyperbaric oxygen. *Plast Reconstr Surg* 1987; 79(2): 200-7.
18. Valesky EM, Spieth K, Beier C, Wolter M, Kaufmann R. Postoperative Pyoderma gangrenosum of Cullen. *Unfallchirurg* 2007: 6.

Dirección para correspondencia:

Dakota 361-9,
Col. Nápoles
03810 México, D.F.
Tel. 5523-2312 5523-2193
Correo electrónico: drferreira54@hotmail.com