

PIODERMA GANGRENOSO

CASO CLÍNICO

RESUMEN

Daniela Stephanie Montenegro Salas MD, MScs

Medico Ocupacional - Universidad Internacional SEK, Coordinadora Academica Previlleg y Cuevas Editores

ORCID: 0000-0002-8753-5926

Andrea Estefania Iñiguez Ramírez MD.

R2 Postgrado de Dermatología Santa casa de misericordia de Río de Janeiro, hospital de gamboa

Año
2022

Introducción: El Pioderma Gangrenoso es una enfermedad de tipo inflamatoria, la cual está caracterizada por úlceras cutáneas que tienden a ser dolorosas y por lo general están relacionadas con enfermedades autoinmunes o neoplasias, pero también en raras ocasiones pueden aparecer de forma independiente a dichos trastornos ⁽¹⁾.

En cuanto al diagnóstico es realizado con biopsia e histopatológico y en relación al tratamiento se usan antiinflamatorias, inmunosupresores y específicamente en el cuidado de las heridas producidas.

Exponemos el caso clínico de una paciente de 40 años que acude a valoración en el Hospital de Gamboa Santa Casa de Misericordia en Río de Janeiro, Brasil. Con un cuadro de úlcera dolorosa de 6 meses de evolución, a la que se le realizó biopsia incisional llegando al diagnóstico de Pioderma Gangrenoso. Fue tratado con Prednisona, colchicina y curaciones con resolución completa.

La paciente continúa en toma de colchicina hasta la presente fecha. Se decide la publicación de este caso ya que en el ámbito hospitalario de Río de Janeiro no se ven a menudo estos casos, la paciente ingresa por presentar una úlcera a nivel de miembro inferior, por la localización geográfica de la misma se tienen varias hipótesis diagnósticas, después de realización de exámenes complementarios y tras valoración por médicos especialistas se llega a la conclusión que presenta un cuadro de Pioderma Gangrenoso por lo cual se inicia curaciones dos veces por semana mismo tiempo que se envía tejido para biopsiar, una vez confirmado el diagnóstico se inicia tratamiento sistémico oral, aproximadamente después de 6 meses de instaurado el tratamiento paciente tiene una recuperación del 95% y hasta la fecha actual debe seguir yendo a evaluación para ver el progreso de la úlcera.

Objetivos: Dar a conocer información sobre el Pioderma Gangrenoso en cuanto a diagnóstico, tratamiento, pronóstico y como se manejó el siguiente caso en el Hospital de Gamboa Santa Casa de Misericordia en Río de Janeiro.

Materiales y Métodos: Se realiza una investigación descriptiva del caso de la paciente antes mencionada en la cual se lleva una cronología de los eventos con datos fotográficos para un mejor entendimiento, de campo al estar en contacto y realizar el seguimiento continuo de la paciente, adicional se realiza

ISSN: 2737-6486

una investigación documental, al tener información relevante del caso la cual fue extraída desde la Historia Clínica.

Resultados: En cuanto a los resultados es importante mencionar el abordaje multidisciplinario que debe tener este tipo de patologías, es de vital importancia evaluar rigurosamente la herida, para así poder llegar a tener un buen tratamiento con recuperación total del paciente, en el caso de la paciente antes mencionada pese a la gran superficie de la herida se vio que el buen abordaje terapéutico ayudó a que esta se pueda recuperar hasta en un 95% y con un excelente pronóstico, pese a que la paciente se demoró en acudir al servicio de dermatología.

Conclusiones: Se ha podido evidenciar que cuando se realiza una buena historia clínica acompañada de una correcta evaluación de la herida, se puede optar por un tratamiento que mejore notablemente las características de la lesión, adicional a el malestar sistémico que llega a tener el paciente, en este caso la mejor opción para el abordaje terapéutico de esta paciente, fue tratamiento local con curaciones diarias las cuales nos ayudaron a promover la cicatrización de la piel, y tratamiento sistémico el cual se fue cambiando según los requerimientos en relación a la aparición de complicaciones que se tuvo durante todo el proceso. Llegando a tener una recuperación del 95%.

Esto indica que los tratamientos del Pioderma Gangrenoso deben ser versátiles y ajustarse a las nuevas necesidades que va teniendo la herida.

Palabras clave: R Pioderma Gangrenoso, dermatosis, úlcera.

ABSTRACT

Daniela Stephanie Montenegro Salas MD, MScs

Occupational Doctor - Universidad Internacional SEK, Academic Coordinator Privileg y Cuevas Editores

ORCID: 0000-0002-8753-5926

Andrea Estefania Iñiguez Ramírez MD.

R2 Postgraduate Dermatology Santa casa de misericordia de Río de Janeiro, gamboa hospital

Year
2022

is characterized by skin ulcers that tend to be painful and are usually related to autoimmune diseases or neoplasms, but also on rare occasions may appear independently of such disorders. ⁽¹⁾

The diagnosis is made by biopsy and histopathology and in relation to treatment, anti-inflammatory drugs, immunosuppressant's and specifically in the care of the wounds produced are used.

We present the clinical case of a 40-year-old female patient who came for evaluation to the Hospital de Gamboa Santa Casa de Misericordia in Rio de Janeiro, Brazil. With a painful ulcer of 6 months of evolution, which was performed incisional biopsy reaching the diagnosis of Pyoderma Gangrenosum. The patient was treated with Prednisone, colchicine and healing with complete resolution. The patient continues taking colchicine up to the present date. It was decided to publish this case because in the hospital environment of Rio de Janeiro these cases are not often seen.

The patient was admitted for presenting an ulcer at the lower limb level, due to the geographical location of the ulcer, there are several diagnostic hypotheses, after performing complementary examinations and after evaluation by medical specialists, it was concluded that the patient presented a picture of Pyoderma Gangrenosum, for which cures were started twice a week, tissue biopsies were taken and days later oral systemic treatment was started. Approximately 6 months after the treatment was started, the patient had a 95% recovery and to date she must continue to be evaluated to see the progress of the ulcer.

Objectives: To provide information on Pyoderma Gangrenosum in terms of diagnosis, treatment, prognosis and how the following case was managed at the Hospital de Gamboa Santa Casa de Misericordia in Rio de Janeiro.

Materials and Methods: A descriptive investigation of the aforementioned

ISSN: 2737-6486

patient's case is carried out, in which a chronology of events is kept with photographic data for a better understanding, a field investigation by being in contact and carrying out the continuous follow-up of the patient, in addition we have a documentary investigation, as we have relevant information of the case which was extracted from the Clinical History.

Results: As for the results, it is important to mention the multidisciplinary approach that this type of pathologies must have, it is of vital importance to rigorously evaluate the wound, in order to have a good treatment with total recovery of the patient, in the case of the patient mentioned above, given the good therapeutic approach that was obtained despite the large surface that covers the wound and the time in which the patient was delayed in attending, tissue recovery was evidenced around 95% with an excellent prognosis.

Conclusions: It has been shown that when a good clinical history is taken together with a correct evaluation of the wound, it is possible to opt for a treatment that significantly improves the characteristics of the lesion, in addition to the systemic discomfort that the patient may have, in this case the best option for the therapeutic approach of this patient was local treatment with daily cures which helped us to promote the healing processes of the skin, and systemic treatment which was changed according to the requirements in relation to the appearance of complications that occurred during the whole process. The recovery rate was 95%. This indicates that treatments for Pyoderma Gangrenosum should be versatile and adjusted to the new needs of the wound.

Key Words: Pyoderma Gangrenosum, dermatosis, ulcer.

INTRODUCCIÓN

El Pioderma Gangrenoso es una enfermedad poco frecuente cuya ocurrencia es de 2-3 casos por cada millón de habitantes al año. En Río de Janeiro, tanto por la ubicación geográfica como por otras patologías dermatológicas frecuentes, ha sido subdiagnosticada, motivo por el cual se ha instaurado un tratamiento erróneo lo cual no solo demora las opciones terapéuticas, sino que también provoca que el manejo de la enfermedad sea complicado; por tal motivo, es importante realizar un reconocimiento bibliográfico de datos clave los cuales permitirán conocer cómo evaluar un caso, si llegase a presentarse. ⁽²⁾⁽³⁾

De tal manera, es una dermatosis ulcero necrótica, la cual fue descubierta en 1930 por Brusting quien evidenció una úlcera con bordes de color violáceo, definidos, rodeada de

un burlete inflamatorio. Es infrecuente y por lo general se caracteriza por una infiltración en la dermis, provocando destrucción del tejido relacionado con trastornos en la quimiotaxis de los neutrófilos; por lo tanto, en este tipo de lesiones, la interleucina 8 (IL-8) está sobre expresada. ⁽²⁾⁽³⁾ Su etiología aún es desconocida, tanto que se han propuesto varias hipótesis que lo relacionan con alguna alteración en el sistema inmune, tanto humoral como celular.

Se presenta más en mujeres que en hombres, cuyo rango de edad está entre los 25 y 55 años edad y se ha llegado a relacionarla con las siguientes enfermedades: ⁽²⁾⁽³⁾

Tabla N°1: Enfermedades Asociadas con Pioderma Gangrenoso.

Enfermedad Inflamatoria Intestinal
Artritis Reumatoide
Cáncer
Trastornos hematológicos
Síndrome mielodisplásico
Policitemia Vera

Realizado por: (Montenegro D, Iñiguez A, 2022)

Es importante mencionar que el Pioderma gangrenoso se clasifica en las siguientes variantes clínicas.

Tabla N° 2: Variables Clínicas del Pioderma Gangrenoso

Variante	Localización
Ulcerativa o forma Clásica	Úlcera grande, dolorosa, con base necrótica y bordes sobreelevados. Se localiza en zona pretibial, mamas, dorso de las manos, cabeza, cuello. ⁽⁴⁾
Pustular	Es una variante excepcional ya que inicia con varias pústulas agrupadas que, progresivamente, confluyen hasta formar una úlcera muy grande y dolorosa, la misma que puede persistir durante meses. Por lo general aparece en el tronco y en la superficie extensora de las extremidades. ⁽⁴⁾
Ampolloso	Es una variante excepcional ya que inicia con varias pústulas agrupadas que, progresivamente, confluyen hasta formar una úlcera muy grande y dolorosa, la misma que puede persistir durante meses. Por lo general aparece en el tronco y en la superficie extensora de las extremidades. ⁽⁴⁾
Vegetante	Determinado por lesiones verrugosas y ulceradas, localizadas en el tronco. No es agresiva. ⁽⁴⁾
Periostomal	Se ubica en el área periostomal en pacientes con ileostomías o colostomías. ⁽⁴⁾
Genital	Como su nombre lo indica las úlceras se encuentran en la vulva, pene o escroto. ⁽⁴⁾
Extracutáneo	Variante que afecta pulmones, corazón, SNC, aparato digestivo, ...y no suele mostrar lesiones cutáneas. ⁽⁴⁾

Realizado por: (Montenegro D, Iñiguez A, 2022)

Con esas consideraciones, el caso clínico es el que se relata a continuación.

ANTECEDENTES

Mujer de cuarenta años de edad que presenta cuadro clínico de seis meses de evolución de una lesión ulcerada y dolorosa, ubicada en región lateral de la pierna izquierda, con aumento progresivo, sin causa aparente y resistente

a tratamiento antibiótico por el mismo tiempo. No tiene antecedentes de enfermedades importantes, así como tampoco consume alcohol, tabaco u otras drogas.

HALLAZGOS CLÍNICOS

Acude al Hospital de Gamboa sin tratamiento específico instaurado. Al examen físico se evidencia placa ulcerada delimitada, de fondo granulomatoso con bordes irregulares y elevados, cercana a los quince centímetros de diámetro, en cara lateral de la pierna izquierda. La presunción diagnóstica hace referencia a paracoccidiosis, leishmaniasis, esporotricosis, cromomicosis, tuberculosis cutánea.

Se realizan exámenes complementarios de laboratorio, histopatología e imagen.

En el primer caso, los resultados se encontraron dentro de los parámetros normales.

En cuanto al segundo ítem, se tomó muestras para biopsia con cortes histológicos de piel, exhibiendo espacio de interrupción de la epidermis sustituido por exudado fibrino leucocitario; de hecho, la dermis presenta capilares agrupados y con células endoteliales tumefactas, permeada alrededor por linfocitos asociados a neutrófilos y hematocitos extravasados.

En el mismo sentido, la epidermis continua a la ulceración revela acantosis y espongiosis. No se observan granulosas ni microorganismos en las coloraciones, así que el proceso de ulceración puede ser de causa venosa.

Finalmente, se realiza ecografía doppler sin datos extraordinarios o distintos a lo común En cuanto al diagnóstico,

clínicamente se han planteado algunos criterios por parte de varios investigadores, dado que no existen parámetros específicos de laboratorio, siendo los siguientes: ⁽³⁾⁽⁴⁾

Tabla N° 3: Criterios de Diagnóstico

Criterios Mayores	Criterios Menores
<ol style="list-style-type: none"> 1. Úlceras cutáneas dolorosas, necróticas, con borde violáceo irregular, que pueden crecer 1 a 2 cm al día o aumentar su tamaño hasta 50% en un mes. 2. Exclusión de otras causas de úlcera cutánea. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antecedente sugerente de fenómeno de patergia o hallazgo de cicatrices cribiformes. 2. Enfermedades sistémicas asociadas con Pioderma Gangrenoso. 3. Hallazgos histopatológicos (neutrofilia o inflamación mixta y vasculitis linfocítica, aunque esta última puede estar ausente). 4. Respuesta rápida al tratamiento con glucocorticoides sistémicos (disminución del tamaño de las lesiones en 50% en un mes)

Realizado por: (Montenegro D, Iñiguez A, 2022)

CRONOLOGÍA

Con el fin de mostrar la evolución del caso, la siguiente tabla presenta información puntual y específica de cada

etapa del tratamiento. Tabla N° 3: Cronología del Tratamiento y Evolución de la Paciente.

Fecha	Diagnostico	Comentario
01/02/22	Úlcera en pierna en estudio	Primera visita al hospital, se solicita biopsia
10/03/22	Pioderma gangrenoso	Se inicia tratamiento con prednisona 60 mg/día.
17/03/22	Pioderma gangrenoso sobre infectado	Se adiciona antibioticoterapia, y exámenes de laboratorio. Tratamiento con prednisona 60mg/día.
31/03/22	Pioderma gangrenoso	Exámenes de laboratorio normales, úlcera sin signos de infección. Tratamiento con prednisona 60mg/día
14/04/22	Pioderma gangrenoso	Reducción del tamaño de la úlcera. Tejido de granulación limpio. Tratamiento con prednisona 50 mg/día
12/05/22	Pioderma gangrenoso	Reducción del tamaño de la úlcera. Tejido de granulación limpio. Tratamiento con prednisona 40 mg/día. Colchicina 0,5 mg cada 12 horas.
26/05/22	Pioderma Gangrenoso	Reducción del tamaño de la úlcera. Tejido de granulación limpio. Tratamiento con prednisona 40 mg/día. Colchicina 0,5 mg cada 8 horas.

23/06/22	Pioderma Gangrenoso	Herida en resolución del 90%. Tratamiento con prednisona 30mg/día. Colchicina 0,5 mg cada 8 horas.
14/07/22	Pioderma Gangrenoso	Herida en resolución del 95%. Tratamiento con prednisona 20 mg/día por 2 semanas, después 10mg/día por 2 semanas. Colchicina 0,5 mg cada 8 horas.

Realizado por: (Montenegro D, Iñiguez A, 2022)

Intervención Terapéutica: Se realizan curaciones diarias iniciando con Nitrato de cerium 0,4%+ Sulfadiazina de plata 1% crema cada 12 horas por dos semanas, (Figura N°1) después con vaselina sólida una vez al día.

Y se realiza biopsia cutánea en la primera consulta, en donde no se instaura ninguna medicación por vía oral. Una vez con el resultado de la biopsia se inicia prednisona 60 mg/día por 21 días, seguido de prednisona 50 mg/día por 7 días (Figura N°3), se rota a prednisona 40 mg/día por 7 días y se mantiene esa dosis. (Figura N°4) acompañado de omeprazol 40 mg/día, ivermectina 6 mg/día por tres días, calcio 500 mg. cada 12 horas y vitamina D 7000 UI una tableta una vez por semana.

Dos semanas después del primer encuentro médico en el hospital paciente retorna con infección en el sitio de la lesión, (Figura N°5) por lo que se inicia amoxicilina más ácido clavulánico 1 comprimido cada 12 horas por 14 días y curaciones con kollagenasa y cloranfenicol curación diaria solamente en la zona de necrosis y en el resto de la lesión solo vaselina.

Una vez terminado el tratamiento antibiótico se inicia curaciones con hidrogel y solución salina (Figura N°6).

Dos meses después de iniciar el tratamiento con prednisona, se adiciona colchicina 0,5 mg cada 12 horas por 7 días, después de ese periodo se disminuye la dosis de prednisona a 30 mg día y se aumenta la dosis de colchicina a 0,5 mg cada 8 horas (Figura N°7).



Figura N° 1: Pioderma Gangrenoso visita del 10/03/22: Se evidencia placa ulcerada de aspecto vegetante de aproximadamente 17 centímetros de diámetro, dolorosa.

Por otro lado, en cuanto al tratamiento se deberán analizar ciertas características como lo son la extensión y profundidad de la lesión, el estado del paciente riesgos y tolerancia del tratamiento en el caso de que este se prolongue por más tiempo, en si el objetivo del tratamiento es reducir proceso inflamatorio y con eso lograr la curación de la herida y paliar el dolor provocado. Para alcanzar este objetivo el tratamiento se dividirá en dos: tópico y sistémico.

Tratamiento Tópico: Se basará en limpiezas con solución fisiológica o curas oclusivas, se puede usar también ácido hialurónico la cual mejora la granulación de las lesiones, inyecciones de ciclosporina en los bordes para casos severos y en triamcinolona (5 mg/mL), inyectado dos veces por semana en los bordes de la úlcera. (4)(3)(2)

Tratamiento Sistémico: prednisona a dosis de 1-2 mg/kg/día por 2 a 4 semanas y después disminuye paulatinamente la dosis, pulsos de metilprednisolona a dosis de 1 g/día hasta por cinco días, ciclosporina A 3-5 mg/kg/día durante una a tres semanas, tacrolimus a dosis de 0.1-0.3 mg/kg/día, La dapsona a dosis de 100-200 mg/día. (4)(3)(2)

Seguimiento y Resultado

Paciente con resolución del cuadro en 95% después de tratamiento instaurado, acude a dos consultas en las que se disminuye el tratamiento con prednisona 10 mg día, el abordaje a futuro es suspender el uso de prednisona y colchicina, y esperar que no se presenten nuevas lesiones.



Figura N° 2: Pioderma Gangrenoso visita del 17/03/22, Se evidencia placa ulcerada con exudado purulento en poca cantidad lo que indica infección secundaria y disminución de la profundidad de la lesión. Dolor intenso, sin manifestaciones sistémicas.



Figura N° 3: Pioderma Gangrenoso visita del 31/03/22 Se evidencia mejora de lesión ulcerada, con áreas de repitelización. Borde totalmente desinfiltrado y áreas de cicatrización.



Figura N° 4: Pioderma Gangrenoso visita del 14/04/22, Se evidencia placa cicatrizal con dos focos ulcerados, de menor tamaño que la última consulta.



Figura N° 5: Pioderma Gangrenoso visita del 12/05/22, Se evidencia placa ulcerada, con fondo limpio y restos de fibrina. Presencia de tejido de granulación, bordes cicatriciales atróficos.



Figura N° 6: Pioderma Gangrenoso visita del 23/06/22, Se evidencia placa con tejido de granulación y alrededor tejido cicatricial, sin signos de infección secundaria.



Figura N° 7: Pioderma Gangrenoso visita del 14/07/22, Se evidencia lesión cicatricial, con áreas de hipocromía e hiperchromía en 1/3 distal de pierna izquierda, cara lateral y posterior. Área de tejido de granulación de 5 cm hipertrófica y orificio de 0,5 cm con salida de secreción piosanguinolenta.

DISCUSIÓN

El Pioderma Gangrenoso fue descrito inicialmente en 1916 por Brocq y posteriormente mejor caracterizado por Brusting en 1930 (8), lo denominaron así porque creían que se trataba de una infección estreptocócica causante de gangrena cutánea. Aún en la actualidad su patogénesis permanece desconocida en gran parte, pero está establecido que el Pioderma Gangrenoso es una patología infecciosa. (9)

Se estima que tiene una incidencia de 3 a 10 casos por millón de personas por año, (10)(11) con varios relatos en la literatura de reportes únicos o con series pequeñas de pacientes. En los Estados Unidos, la clínica Mayo diagnosticó apenas 180 pacientes en 53 años. (10)(12)

Se puede manifestar en cualquier edad, siendo más común en adultos jóvenes entre 25-54 años, afectando más frecuentemente a mujeres que a hombres (13). Se ha manifestado raramente en niños (menos del 4% de los casos) y suele estar acompañado de enfermedad sistémica (14). Relatos científicos hacen referencia a su desenvolvimiento en pacientes inmunodeprimidos por uso de medicaciones, quimioterapia y también en casos de infecciones por VIH. (10)(11)

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y la biopsia sólo es una herramienta de apoyo que ayuda a descartar otros procesos (15). No hay parámetros de laboratorio específicos para el diagnóstico del Pioderma Gangrenoso,

, pero es común encontrar leucocitosis con predominio de polimorfonucleares y elevación de reactantes de fase aguda. Se han descrito algunos casos de Pioderma Gangrenoso con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo, por lo que es posible que estos anticuerpos estén implicados en la patogénesis de la enfermedad. (16)

La histología es inespecífica, pero es fundamental para descartar otras causas de úlceras cutáneas, como vasculitis, neoplasias e infecciones. Dentro de los hallazgos histológicos se encuentra necrosis central y ulceración de la epidermis y dermis, rodeada por un marcado infiltrado inflamatorio de polimorfonucleares (neutrófilos) que ocupa la dermis y se extiende en ocasiones hasta el tejido celular subcutáneo (Figura 4). Es frecuente la leucocitoclasia. Los vasos pueden estar dilatados y no es excepcional encontrar trombos intraluminales y extravasación de hematíes. (17)

Actualmente no existe un tratamiento único para esta patología, por lo que se realiza uno escalado y multifocal. (17) El tratamiento tópico es habitualmente inefectivo sin el tratamiento sistémico. Debido al fenómeno de patergia se recomienda no realizar desbridamientos de la úlcera. Localmente deberá tratarse con lavados con solución fisiológica y curas oclusivas. El fármaco tópico más efectivo es el diacetato de triamcinolona (5 mg/mL), inyectado dos veces por semana en los bordes de la úlcera. Las inyecciones intralesionales de ciclosporina han sido benéficas en casos severos. Se ha administrado con éxito ácido hialurónico, el cual mejora la granulación de las lesiones. (18) La inmunosupresión es la base en el tratamiento del Pioderma Gangrenoso. (16)

El tratamiento sistémico inicial consiste en prednisona a dosis de 1-2 mg/kg/día. La respuesta, cuando ocurre, se observa en dos a cuatro semanas, a partir de ese momento se recomienda disminuir la dosis hasta la suspensión. (19) La ciclosporina a dosis bajas de 3-5 mg/kg/día durante una a tres semanas puede producir buena respuesta clínica. El tratamiento se mantiene durante meses hasta obtener la curación. (20) La dapsona a dosis de 100-200 mg/día, por su capacidad de inhibir la migración de los neutrófilos, es útil en casos leves, suele asociarse con esteroides sistémicos. (17) La azatioprina también se administra como ahorrador de corticoesteroides a dosis de 100- 150 mg/día; es una buena opción cuando el Pioderma Gangrenoso se asocia con enfermedad inflamatoria intestinal. (20)

La colchicina inhibe el ensamblaje de los microtúbulos, disminuyendo la quimiotaxis de neutrófilos, su motilidad y adhesividad e impide la degranulación lisosomal. Tiene propiedades antiinflamatorias. Se utiliza en dosis de 0,6 mg vía oral, 2-3 veces al día, como monoterapia o en combinación con corticoides, según la severidad de la enfermedad. Sus efectos adversos son gastrointestinales (náuseas, diarrea) (16)

Adalimumab (40 mg/sc semanal), etanercept (50 mg sc 1-2 veces por semana) e infliximab (5 mg/kg/EV a la semana durante la semana 0, 2 y 6, y luego cada 6-8 semanas). Se han observado buenos resultados especialmente en Pioderma Gangrenoso asociado a enfermedad inflamatoria intestinal. (19,18)

El caso presentado, llegó al hospital después de 6 meses de iniciado el cuadro, por lo que ya existieron algunas tentativas terapéuticas sin resultados exitosos, lo que excluye algunos diagnósticos diferenciales como menciona García J el cual comenta que el inicio de las lesiones de Pioderma Gangrenoso se pueden confundir con foliculitis, forunculosis y ectima.

Es importante recalcar que el diagnóstico es principalmente clínico, fue interesante que la paciente no estaba en uso de ninguna medicación inmunosupresora que pueda enmascarar la sintomatología, toda esta información es de suma importancia ya que la literatura por lo general indica la aparición simultánea de Pioderma Gangrenoso relacionada a otra patología crónica como es el caso de reportes de Pioderma Granulomatoso tras cesárea tratada con injerto de piel, así como su relación con lupus eritematoso sistémico o enfermedad granulomatosa crónica, lo cual llama la atención que en este caso paciente niega cualquier patología existente o aguda. (20)(21)(22)

Por lo que se realizó la biopsia en el primer encuentro y de esta manera se reafirmó el diagnóstico clínico a diferencia de otros autores los cuales mencionan no haber realizado autopsia y solo guiarse en la clínica y las patologías pre existentes de los pacientes. El formato de la lesión con bordes gruesos y presencia de fondo en tipo sacabocado, es una de las características principales que orientan a pensar en Pioderma Gangrenoso, y la lesión de la paciente presentaba estas particularidades. (19)

En cuanto a la instauración de tratamiento clínico, como indican otras literaturas dependerá netamente de la extensión y profundidad de la herida, estado general del paciente y por último tolerancia a largo plazo del tratamiento a instaurarse.

Se inicia prednisona con una dosis de 60mg/día por 21 días como tratamiento inicial, a diferencia de otros autores los cuales han usado dosis de 80mg/día por 15 días, el cual se va disminuyendo de manera progresiva hasta que en 45 días disminuye totalmente la herida. En cuanto a este caso en particular una vez que existió estabilización de la lesión con dosis inmunosupresora, se adiciono colchicina la misma que es parte de los tratamientos que funcionan para detener el uso de corticoide. (4)(5).

No se utilizó dapsona como algunos autores la recomiendan porque fue complicado para la paciente encontrar

este medicamento ya que en las farmacias aledañas al Hospital no disponían en Stock de la medicación. Tampoco se hizo uso de ciclosporina porque es una medicación costosa y tiene efectos adversos importantes y porque la paciente presentó una lesión única.

Como resultado del caso clínico presentado, podemos concluir que existen múltiples diagnósticos diferenciales para la lesión de Pioderma Gangrenoso, por lo que es

importante realizar una biopsia de exclusión, más que de diagnóstico. También es importante recalcar que la paciente no presentaba ninguna enfermedad sistémica asociada por lo que se excluye del 50% de casos que sí presentan. Y para finalizar, el tratamiento instaurado en la paciente después de la inmunosupresión con corticoides fue colchicina la misma que tuvo un resultado favorable mejorando las características de la lesión en casi su totalidad.

FINANCIAMIENTO

Este artículo no necesito financiamiento de ningún tipo de institución.

LIMITANTE

La única limitante encontrado en el estudio, fue el tiempo. ya que hubiera sido preferible tener más controles a futuro y estudiar si existiría recurrencia del cuadro al retirar la medicación.

INFORME DE CONSENTIMIENTO

Se realizó un consentimiento informado, en el cual el paciente autoriza la publicación del caso clínico.

CORRESPONDENCIA

dnmontenegrosalas@gmail.com
editor@revistafecim.org

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ojeda Blanco JC, Monteagudo de la Guardia LA, Monteagudo Álvarez CJ. Pioderma gangrenoso. Medicentro (Villa CI) [Internet]. 2022 [citado el 18 de julio de 2022];26(1):205–12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432022000100205
- Wong ER, Castellón DH, Rodríguez RG. A propósito del pioderma gangrenoso. Folia Dermatológica Cubana [Internet]. 2019 [citado el 18 de julio de 2022];10(3). Disponible en: <http://www.revfdc.sld.cu/index.php/fdc/article/view/40>
- Martín Pozo Y, Pérez Fleites D, Betancourt Pérez A. Pioderma gangrenoso. Informe de caso. Acta méd centro [Internet]. 2021 [citado el 18 de julio de 2022];15(4):612–7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272021000400612
- Acosta-García J, Aguilar- García CR, García JA. Pioderma gangrenoso [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 18 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2014/mim1411.pdf>
- Cuéllar, M. C., Zúñiga, E., Mejía, A., & Londoño, A. (2019). Características clínicas e histopatológicas de pioderma gangrenoso en dos hospitales de Medellín, Colombia. Serie de casos. Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana, 46(3), 180-185.
- Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolf K, Fredberg IM, Austen KFK. Dermatology in general medicine. McGraw-Hill; 1993. p.1173-79.

7. Ahronowitz I, Harp J, Shinkai K. Etiology and management of pyoderma gangrenosum: a comprehensive review. *Am J Clin Dermatol*. 2012;13(3):191-211. PMID:22356259. <http://dx.doi.org/10.2165/11595240-000000000-00000>
8. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Pyoderma gangrenosum. *Dermatology*. 2003;1:415-418.
9. Alam M, Grossman ME, Schneiderman PI, Blume RS, Benvenisty AI. Surgical management of pyoderma gangrenosum: case report and review. *Dermatol Surg*. 2000;26(11):1063-6. PMID:11096397. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1524-4725.2000.0260111063>.
10. Bennet ML, Jackson JM, Jorizzo JL, Fleischer Junior AB, White WL, Callen JP. A comparison of typical and atypical forms with an emphasis on time to remission. Case review of 86 patients from 2 institutions. *Medicine*. 2000; 79:37-46. <http://dx.doi.org/10.1097/00005792-200001000-00004>
11. Sarma N, Bandyopadhyay SK, Boler AK, Barman M. Progressive and Extensive Ulcerations in a Girl Since 4 Months of Age: The Difficulty in Diagnosis of Pyoderma Gangrenosum. *Indian J Dermatol*. 2012;57(1):48-49. PMID:22470210 PMCID:3312658. <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5154.92678>
12. Wollina U. Pyoderma gangrenosum-a review. *Orphanet J Rare Dis* 2007;2:11-19.
13. Suarez PJ, Herrera AE, Lopez NN, Vilches MF, et al. Pyoderma gangrenosum: A report of 15 cases and review of the literature. *Actas Dermosifiliogr* 2012;103:120-26.
14. Ferrandiz-Pulido C, Bartralot R, Fuente MJ, Heras C, Bassas P, et al. Postoperative pyoderma gangrenosum: diagnostic RNA sequencing and review of the literature. *Clin Exp Dermatol*. 2009; 34(5):598-602.
15. Cruz TB, Tovar FR. Pioderma gangrenoso. Revisión de la Bibliografía. *Med Int Méx* 2011;27:609-615
16. De Anda JM, Karam OM, Gómez VR, Reyes MG, Sáenz CC. Pioderma gangrenoso: incidencia y asociaciones en el Hospital Dr. Manuel Gea González (1993-2009). *Dermatología CMQ* 2010; 8:184-186.
17. Renu S, Yadvinder S. Pyoderma gangrenosum. *JAPI* 2010; 58:378-83.
18. Cohen PR. Neutrophilic dermatoses: a review of current treatment options. *Am J Clin Dermatol*. 2009; 10(5):301-312.
19. Lee JI, Park HJ, Lee JY, Cho BK. A case of pyoderma gangrenosum with ulcerative colitis treated with mesalazine. *Ann Dermatol*. 2010; 22(4):422-425.
20. Shen, Jinjing MD; Zhang, Weishe MD; Jiang, Xiaoe MD. Pioderma gangrenoso tras cesárea tratada con injerto de piel Reporte de un caso (Internet) 2019. [citado el 24 de octubre de 2022, disponible en:https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2019/05030/Pyoderma_gangrenosum_after_cesarean_section.31.aspx
21. Lebrun, Delphine MD a,b ; Robbins, Ailsa MD a ; Hentzien, Maxime MD a ; Toquet, Ségolène MD a ; Por favor, Julie MDc ; Durlach, Anne MDd ; Bouaziz, Jean-David MD e ; Bani-Sadr, Firouzé MD, PhDa ; Servettaz, Amélie MD, PhD. Reporte de dos casos de pioderma gangrenoso y lupus eritematoso sistémico ¿Una asociación rara pero no fortuita? (Internet) 2018. [citado el 24 de octubre de 2022, disponible en https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2018/08240/Two_case_reports_of_pyoderma_gangrenosum_and.63.aspx
22. Nanoudis, Sideris MD * ; Tsona, Afroditi MD, PhD; Tsachouridou, Olga MD, PhD; Morfesis, Petros MD; Loli, Georgia MD; Georgiou, Adamantini MD; Zebekakis, Pantelis MD, doctorado; Metallidis, Symeon M. Pioderma gangrenoso en un paciente con enfermedad granulomatosa crónica Reporte de un caso (Internet) 2017. [citado el 24 de octubre de 2022, disponible en https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2017/08040/Pyoderma_gangrenosum_in_a_patient_with_chronic.48.aspx

