

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Elección múltiple: ÚLCERA EN EL MIEMBRO INFERIOR

María Belén Godoy, Fabiana Paola del Valle Argañaraz y María de la Paz Gonella del Carril

Residencia de Dermatología, Hospital de Clínicas Pte. Dr. Nicolás Avellaneda, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina



Paciente varón de 36 años, oriundo de Tafí Viejo, provincia de Tucumán, con antecedente de internación en 2019 por polineuropatía y oligoartritis de más de 6 años de evolución, sin diagnóstico definitivo. Ingresó por guardia en mal estado general, con palidez cutaneomucosa, edemas generalizados, oligoanuria, trastornos en la deambulación, hipotensión e hiperglucemia. Durante

la internación, al cabo de 20 días desarrolló una úlcera de 10 cm de diámetro, localizada en la cara anteroexterna de la pierna izquierda, de borde definido, sobreelevado, con un halo periférico purpúrico y fondo necrótico, fría al tacto y dolorosa a la palpación. A nivel perianal presentaba un absceso isquiorrectal. Se realizó la toma de biopsia de la úlcera para estudio histopatológico y laboratorio

con perfil reumatológico completo. Se evidenció pancitopenia, falla renal, hipernatremia, serologías negativas y anticuerpo antipeptido citrulinado (anti-CCP) positivo. Ingresó en el quirófano para el drenaje del absceso isquiorrectal. Después de 3 días, murió debido a una falla multiorgánica (Fotos 1, 2 y 3).



FOTO 1: Úlcera de bordes sobreelevados, con un halo purpúrico periférico y fondo necrótico.

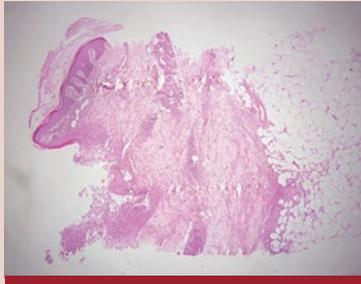


FOTO 2: Ulceración epidérmica con necrosis superficial de la dermis. Infiltrado inflamatorio de predominio perivascular (HyE, 4X).

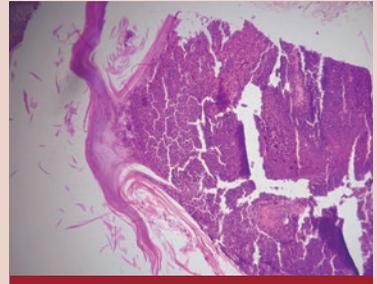


FOTO 3: Absceso subcorneal (HyE, 10X).

1) ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- A. Crioglobulinemia.
- B. Pioderma gangrenoso.
- C. Panarteritis nudosa.
- D. Tuberculosis cutánea.
- E. Linfoma cutáneo.

2) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta con base en el diagnóstico de sospecha?

- A. Se caracteriza por arteritis necrosante en un vaso de mediano calibre.
- B. Se clasifica en tres tipos, de los cuales el II y el III se asocian a la infección por el virus de la hepatitis C.

C. Se presenta como una úlcera socavante, de bordes irregulares, asociada a patologías sistémicas como la enfermedad inflamatoria intestinal.

D. Es una patología poco frecuente, aunque en la actualidad se evidencia un aumento debido a la coinfección por el VIH.

E. El diagnóstico se basa en la clínica, la histopatología y la inmunohistoquímica.

3) ¿Qué estudios solicitaría para confirmar el diagnóstico?

- A. Biopsia de piel.
- B. Cultivo y PCR de la lesión.

C. Análisis de p-ANCA.

D. Detección de crioglobulinas en la sangre periférica.

E. Estudio histopatológico e inmunohistoquímica.

4) ¿Cuál es el tratamiento de elección según su sospecha diagnóstica?

- A. Quimioterapia/radioterapia.
- B. Ciclosporina.
- C. Terapia antituberculosa.
- D. Corticosteroides sistémicos.
- E. Azatioprina.

Las respuestas en pág. 140

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Elección múltiple: ÚLCERA EN EL MIEMBRO INFERIOR / Respuestas

María Belén Godoy, Fabiana Paola del Valle Argañaraz y María de la Paz Gonella del Carril

Residencia de Dermatología, Hospital de Clínicas Pte. Dr. Nicolás Avellaneda, San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina



Respuestas correctas: 1) B; 2) C; 3) A; 4) D.

COMENTARIOS

El pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis neutrofílica inflamatoria no infecciosa, que puede aparecer de forma aislada o idiopática, aunque suele asociarse a enfermedades sistémicas, y a trastornos autoinmunes y neoplásicos.

Es una patología infrecuente que tiene un pico de incidencia entre la segunda y la quinta década de la vida, con predominio en las mujeres.

Su fisiopatología aún se desconoce, pero se cree que están involucradas fallas en los procesos de inmunidad celular y humoral asociadas a una inflamación sistémica aberrante.

El cuadro clínico se inicia con pápulas o pústulas, las cuales aparecen *de novo* o después de un traumatismo, evolucionan a úlceras con fondo necrótico, dolorosas, con borde indurado y violáceo, que asientan sobre una base eritematosa. Afecta las extremidades inferiores con mayor frecuencia, aunque puede aparecer en cualquier parte del cuerpo: genitales, nalgas, abdomen, cara, miembros superiores, zonas periestomales, sitios quirúrgicos e, incluso, membranas mucosas. Se presenta como lesiones únicas o múltiples, que pueden expandirse con rapidez al cabo de algunos días, o bien hacerlo de forma más lenta. Al curarse, dejan una cicatriz atrófica con aspecto de "papel de cigarrillo". El PG se clasifica en seis variedades clínicas: ulcerativa, ampollar, pustular, vegetante, periostomal y maligna. En orden de frecuencia, la forma ulcerativa es la primera (85%) y la que se describió previamente, seguida de la vegetante.

Establecer el diagnóstico de PG puede implicar un

reto, ya que no hay estudios complementarios patognomónicos, por lo que en muchos casos se considera de exclusión ante su presentación variable y su asociación a otras patologías. El diagnóstico es básicamente clínico y la biopsia es una herramienta que ayuda a descartar otros procesos. No hay datos de laboratorio específicos, pero es común observar leucocitosis con neutrofilia y elevación de los reactantes de fase aguda. El estudio anatomopatológico suele mostrar, en los primeros estadios, un infiltrado inflamatorio neutrofílico característico. También es frecuente encontrar abscesos con necrosis, ulceración de la epidermis, escaso infiltrado mononuclear periférico, engrosamiento del endotelio capilar, edema y trombosis de los vasos medianos y pequeños, necrosis y hemorragia. Estos datos no son característicos, pero permiten descartar otras enfermedades que cursan con úlceras.

Otra herramienta diagnóstica es una escala de puntaje basada en criterios mayores y menores. Los mayores comprenden: úlceras cutáneas necróticas con un borde violáceo, asociadas a dolor, que pueden aumentar 1 a 2 cm de tamaño por día o hasta el 50% en un mes. Además, permiten desestimar otras causas de ulceración cutánea. Mientras que los menores son: antecedentes de fenómeno de patergia o de cicatrices cribiformes, asociación a enfermedades sistémicas, hallazgos histopatológicos típicos, y buena y pronta respuesta al tratamiento con glucocorticoides sistémicos. Para el diagnóstico definitivo se requieren dos criterios mayores y dos menores.

Sin tratamiento, puede persistir desde meses hasta

años; sin embargo, en algunos casos remite espontáneamente. Si el paciente presenta una enfermedad subyacente, esta debe tratarse. Si no se la encontró o no hay respuesta a los procedimientos locales, la terapéutica de primera línea es sistémica, basada en el cuidado de la herida y el tratamiento del dolor. Si bien existen recomendaciones generales, la decisión del tratamiento debe ser personalizada.

Para lograr un rápido control de la enfermedad se utilizan, de elección, dosis altas de glucocorticoides orales o intravenosos en días alternos (1 a 2 g de prednisona/día). Cuando se requiere un tratamiento prolongado, se pueden usar fármacos ahorradores de esteroides. La sulfasalazina se utiliza si el PG se asocia a enfermedad inflamatoria intestinal. Se encuentra en auge la terapia biológica, en la cual el infliximab, hasta el momento, cuenta con mayor evidencia para avalar su uso temprano en el PG. El adalimumab resultó eficaz para la cicatrización de las heridas recalcitrantes. Se han publicado casos que muestran la obtención de buenos resultados con el etanercept y el ustekinumab. Se contraindican las terapias quirúrgicas porque pueden exacerbar las úlceras.

Describimos un caso de PG en un paciente con una probable enfermedad sistémica autoinmune asociada que murió sin un diagnóstico oportuno, pues el resultado del estudio histopatológico se obtuvo después del desenlace. Destacamos la importancia del manejo interdisciplinario en estos pacientes y el reto que supone llegar a un diagnóstico de certeza a fin de indicar el tratamiento correcto.

BIBLIOGRAFÍA

- Martín Pozo Y, Pérez Fleites D, Betancourt Pérez A. Pioderma gangrenoso. Informe de caso. *Acta Médica del Centro* 2021;15:612-617.
- Pizzariello G, Olivares L, Lois M, Anaya J, et al. Pioderma gangrenoso vegetante. Presentación de 7 casos. *Dermatol Argent* 2012;18:383-388.
- Rico Sánchez-Mateos E, Abbasi Pérez A, Suárez Cuba J, Montañó Tapia L. Protocolo diagnóstico y tratamiento del pioderma gangrenoso. *Medicine* 2021;13:1861-1864.
- Trejo-Acuña JR, Medina-Bojórquez A, Ramos-Garibay JA, Zárate-Flores LM, et al. Pioderma gangrenoso asociado a artritis reumatoide. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2021;30:148-155.