



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-478 - Pioderma gangrenoso como resultado de manipulación quirúrgica

García García, Blanca; Buendía Peña, Emilio; Mansilla Díaz, Sebastián; Ávila García, Natalia; Álvarez Escribano, Salud; de Luna Díaz, Resi

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: El pioderma gangrenoso es una dermatosis inflamatoria estéril, ulcerativa e infrecuente, que se caracteriza por lesiones ulceradas recurrentes, con unos hallazgos clínicos distintivos. Suele iniciarse como una pústula o nódulo doloroso, que rápidamente evoluciona a una úlcera de crecimiento rápido y progresivo, con bordes violáceos, eritema perilesional, fondo fibrinoso y exudado purulento o hemorrágico. Objetivo: presentar un caso de pioderma gangrenoso tras herida quirúrgica, su enfoque diagnóstico y terapéutico; y su evolución.

Caso clínico: Mujer de 58 años hipertensa y diabética, con antecedentes de pioderma gangrenoso post actos quirúrgicos. Intervención quirúrgica reciente de hernia incarcerada. Acudió a urgencias por dolor y supuración a nivel de herida quirúrgica, siendo diagnosticada erróneamente de infección de la misma. Se trató como una infección posquirúrgica y se mandó antibioterapia empírica domiciliaria. Acude al día siguiente de nuevo a urgencias por empeoramiento de la misma. A la exploración, herida de laparotomía media sin claros signos de infección, con bordes violáceos y ulcerados sugestiva de pioderma gangrenoso. Ante dichos hallazgos, se avisa a dermatología de guardia pautando corticoterapia oral, y antibioterapia y corticoide tópico. Buena evolución en domicilio con regresión de la lesión.

Discusión: Aunque no hay datos epidemiológicos precisos, se estima que la incidencia es de alrededor de 3-10 casos por millón de habitantes y año, con una incidencia máxima entre los 20-50 años, con un leve predominio del sexo femenino. Se desconoce exactamente la patogenia y la etiología, pero se cree que algunos mecanismos inmunológicos juegan un papel importante. La variante más frecuente suele iniciarse como una pápula o nódulo de pequeño tamaño, doloroso y de coloración violácea, que rápidamente se extiende por los laterales con necrosis del tejido circundante. Suelen localizarse en las piernas, aunque pueden aparecer en otros lugares. Debido a que los hallazgos histopatológicos no son específicos y suelen ser bastante variables, el diagnóstico definitivo recae principalmente en las características clínicas. El objetivo principal de la biopsia es descartar las otras posibles causas de úlceras. En un 50% de los casos está asociado a alguna enfermedad sistémica (EII, artritis...). El tratamiento tópico (corticoides, tacrólimus y ciclosporina) puede ser una buena opción para los casos leves o moderados. El tratamiento sistémico (corticoides, seguido de inmunosupresores e inmunomoduladores) es de elección en casos severos o con patologías de base asociada. Se desaconseja el desbridamiento de las lesiones, puesto que por el

fenómeno de patergia las úlceras pueden empeorar. Aparece en un 25% de los casos, por lo que en este tipo de pacientes hay que evitar traumatismos e intervenciones quirúrgicas.