

Reporte de caso

Pioderma gangrenoso y colitis ulcerativa. Reporte de Caso***Pyoderma gangrenosum and ulcerative colitis. Case report***

Sara Carolina Navarro Salgado ^{1*, 5} [ORCID](#), Karen Lizeth González Rios ^{2, 5} [ORCID](#), Maria Isabel Ossa García ^{2, 5} [ORCID](#), Katherine Guevara Hernández ^{3, 5} [ORCID](#), Juan David Dufflart Ocampo ^{4, 5} [ORCID](#)

* Autor de correspondencia.

¹ Estudiante de Epidemiología, Universidad CES, Medellín, Colombia.

² Residente de Pediatría, Universidad del Quindío, Armenia, Colombia.

³ Residente de Cirugía General, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.

⁴ Residente de Dermatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México, México.

⁵ Médico general, Universidad del Quindío, Armenia, Colombia.

Fecha correspondencia:

Recibido: marzo 23 de 2022.

Aceptado: mayo 16 de 2022.

Forma de citar:

Navarro S, González K, Ossa M, Guevara K, Dufflart J. Pioderma gangrenoso y colitis ulcerativa. Reporte de Caso. Rev. CES Salud Pública y Epi. 2022; 1(1): 59-67.

[Open access](#)

[© Derecho de autor](#)

[Licencia creative commons](#)

[Ética de publicaciones](#)

[Revisión por pares](#)

[Gestión por Open Journal System](#)

[Publica con nosotros](#)

Resumen

Antecedentes: el pioderma gangrenoso es una enfermedad cutánea crónica inflamatoria que pertenece a las dermatosis neutrofílicas, es poco frecuente y su patogenia es desconocida. Se caracteriza por presentar clásicamente nódulos o pústulas de aparición más común en miembros inferiores que en poco tiempo progresan a ulceración dolorosa con bordes sobreelevados, de color eritematovioláceo y fondo sucio de aspecto necrótico. El 70 % de los casos se asocia con otros trastornos sistémicos, siendo la enfermedad inflamatoria intestinal una de las más frecuentes.

Caso clínico: se describe el caso de una paciente de 64 años que cursó con lesiones papulo-eritematosas en axila y glúteo con progresión a úlceras dolorosas de características típicas de pioderma gangrenoso, asociado a deposiciones sanguinolentas. Se estableció diagnóstico de colitis ulcerosa mediante histopatología de colon y de pioderma por la presencia de lesiones cutáneas típicas, con histopatología que no fue sugestiva de otra entidad. Recibió tratamiento con ciclosporina, mesalazina y prednisolona, con múltiples recaídas; finalmente, se indicó manejo con terapia biológica logrando control de la enfermedad. **Conclusión:** se presentó el caso de una paciente con diagnóstico de pioderma gangrenoso, con la intención de describir su evolución y características clínicas típicas, exponiendo imágenes clínicas representativas de lesiones activas y en su fase de cicatriz.

Enero – junio de 2022

Palabras claves: pioderma gangrenoso; colitis ulcerosa; úlcera cutánea; dermatosis neutrofílica.

Abstract

Background: pyoderma gangrenosum is a chronic inflammatory skin disease that belongs to neutrophilic dermatoses; it is a rare disease of unknown pathogenesis. It is characterized by presenting nodules or pustules of more common appearance in the lower limbs that in a short time progresses to a painful ulceration with raised erythematous halo, of a dirty necrotic base. Around 70 % of cases are associated with other systemic disorders, being inflammatory bowel disease the most frequent. **Clinical case:** we describe the case of a 64-year-old female patient with erythematous nodular lesions in the armpit and glutes that progressed to painful ulcers typical of pyoderma gangrenosum, concomitantly referring bloody stool. The diagnosis of ulcerative colitis was performed by colon biopsy and pyoderma due to the presence of typical cutaneous lesions, with no histopathologic findings of other diseases. She received treatment with cyclosporine, mesalazine and prednisolone with multiple relapses, biological management was indicated achieving remission. **Conclusion:** this case of a patient diagnosed with pyoderma gangrenosum is presented, with the intention to describe the evolution and typical clinical characteristics, showing representative clinical images of active lesions and their residual scar.

Keywords: pyoderma gangrenosum; pyoderma; skin ulcer; ulcerative colitis; neutrophilic dermatosis.

Introducción

El pioderma gangrenoso es una dermatosis neutrofílica crónica, y recurrente, descrita por primera vez en 1908 por Brocq y nombrada posteriormente en 1930 por Brunsting en la Clínica Mayo ^(1, 2). La incidencia mundial se estima en alrededor de dos a tres casos por millón de habitantes por año, presentándose con mayor frecuencia en rango de 20 a 50 años de edad y con leve predominio en mujeres ⁽³⁾.

Un estudio reciente de casos y controles, que incluyó 1604 casos de pioderma gangrenoso, pareados con 16,039 controles, se identificó mayor distribución de la patología en mujeres (57%), edad media de diagnóstico 55 años y una mayor proporción de comorbilidades en los pacientes con pioderma gangrenoso comparado con los controles, con resultados de 64% contra 33%, y una mayor tasa de mortalidad (47% contra 28%) durante el seguimiento a un año ⁽⁴⁾.

Históricamente se ha contemplado que hasta la mitad de los pacientes con pioderma gangrenoso pueden cursar con otra patología asociada, siendo la enfermedad inflamatoria intestinal la más descrita, seguido por la artropatía inflamatoria, vasculitis y patologías hematológicas ⁽⁵⁾. En la revisión realizada por Flora A *et al*, de los pacientes que cursaron con

comorbilidad inflamatoria, 50,8% corresponden a enfermedad inflamatoria intestinal 11,8% artritis reumatoide, 6,7% fibrosis quística, 16% con alteraciones hematológicas ⁽⁶⁾.

Hasta el momento, se plantean diferentes mecanismos de patogenia del pioderma gangrenoso, se propone un papel importante dado por la disregulación de componentes de la inmunidad innata y adaptativa, en el contexto de un individuo con predisposición genética, principalmente mutaciones en la proteína de interacción fosfatasa de prolina/serina/treonina PSTPIP1) ⁽⁷⁾. También, contribuye la respuesta anormal mediada por neutrófilos, inducida por activación de Th17 y sobreproducción de Interleucina 1 β (IL-1 β) inducida por inflamomas, concordando con los hallazgos histopatológicos de infiltrado de neutrófilos y clínicamente con lesiones que progresan rápida a ulceración ⁽⁸⁾. En biopsias de lesiones de pioderma gangrenoso se encontró mayor nivel de Interleucina 8 (IL8 o CXCL8) y factor de necrosis tumoral, IL8 es un agente quimiotáctico de neutrófilos, que puede ser secretado por múltiples células incluyendo fibroblastos dérmicos, células endoteliales, linfocitos T y macrófagos ⁽⁶⁾. También se han encontrado niveles séricos altos de factor de crecimiento de colonias de granulocitos (G-CSF) en pacientes con pioderma gangrenoso activo y también se han descrito casos de pioderma en pacientes que han recibido G-CSF como parte de tratamiento de alteraciones hematológicas, que desarrollan lesiones de pioderma posterior a la administración, considerándose el G-CSF como parte de la patogenia ⁽⁹⁾.

Las manifestaciones clínicas son variables, Powel, en 1996, clasificó al pioderma gangrenoso en cuatro variantes clínicas: *clásica o ulcerativa* asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, gammapatías monoclonales y artritis, *pustular* asociada a enfermedad inflamatoria intestinal principalmente, *bullosa o ampollosa* asociada a desórdenes mieloproliferativos, y *vegetativa* no asociada a otro tipo de enfermedades ^(3, 10).

Las lesiones clásicas inician como pústulas milimétricas eritematovioláceas, que evolucionan formando úlceras que crecen en diámetro y en profundidad, se aprecian bordes bien delimitados, sobreelevados de color violáceo, se pueden acompañar de halo eritematoso de hasta 2 cm peri lesional. Típicamente son lesiones dolorosas que pueden variar de tamaño y llegar a ser muy extensas, pueden afectar cualquier topografía, presentando predilección por áreas extensoras de miembros pélvicos y el tronco ^(11, 12). Las lesiones pueden iniciar en piel sana o presentando fenómeno de patergia en piel lesionada, como sucede en el pioderma gangrenoso periestomal ⁽¹³⁾.

A pesar de la existencia de criterios clínicos diagnósticos, no existe un estándar de oro para el diagnóstico, considerándose un diagnóstico de exclusión al haber descartado otras causas de úlceras cutáneas ^(6, 14).

Presentación del caso

Paciente femenino de 62 años de edad, sin antecedentes familiares de importancia, con antecedentes personales patológicos de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, consultó por dermatosis diseminada a párpado superior izquierdo y región axilar bilateral caracterizada por pápulas y nódulos eritematosos con ulceración central de 15 días de evolución, con dolor que aumentó de intensidad con el tiempo limitando sus actividades diarias; además de deposiciones diarreicas sanguinolentas. Bajo el diagnóstico de absceso cutáneo y gastroenteritis asociada, se inició manejo antibiótico intrahospitalario con oxacilina y clindamicina endovenosos, en su cuarto día de manejo no presentó mejoría clínica por lo que se envió a hospital de tercer nivel con sospecha de infección por microorganismo fármaco resistente.

A su ingreso se reportaron úlceras de 20 cm en axilas, 9 cm en fosa iliaca izquierda y 6 cm en glúteo izquierdo, con bordes regulares, eritematovioláceos, elevados, engrosados y edematosos, lecho de úlceras con abundante fibrina, muy doloroso y friable, ([Figuras 1 y 2](#)). Se hospitaliza con diagnóstico de tiña corporis sobreinfectada, indicando antibióticoterapia parenteral con cefalotina y gentamicina, además de clotrimazol tópico.



Figura 1. Úlcera en fosa iliaca izquierda de 9x4cm, de bordes regulares, engrosados, eritematovioláceos, lecho cribiforme muy doloroso.



Figura 2. Úlcera en glúteo izquierdo de 6x4cm, con bordes definidos, elevados, engrosados, lecho cribiforme sangrante, muy dolorosa.

Se tomó biopsia diagnóstica durante hospitalización y se indicó pulsos de esteroide, presentó mejoría de lesiones y se indicó alta hospitalaria. En seguimiento ambulatorio se realiza colonoscopia que evidenció colitis ulcerativa en fase subaguda y acude a consulta con reepitelización de lesiones previas ([Figura 3](#)), y lesiones nuevas en diferente topografía, con reporte de histopatología de úlcera con espongirosis y denso infiltrado de neutrófilos en dermis inespecífico. Se estableció diagnóstico de pioderma gangrenoso clásico asociado a colitis ulcerativa y se indicó manejo ambulatorio con ciclosporina 200 mg al día, prednisona 10mg al día y mesalazina 1 gr al día.

Cursó con episodios de actividad de la enfermedad con requerimiento de manejo intrahospitalario, por lo que se indicó manejo con terapia biológica Anti-TNF Adalimumab, logrando remisión de las lesiones y control de la colitis ulcerativa en el periodo observado de 2 meses posterior a inicio de terapia.



Figura 3. Reepitelización de úlcera en fosa iliaca izquierda.

Discusión

Las dermatosis neutrofílicas son un grupo heterogéneo de patologías autoinflamatorias, reactivas y no infecciosas que se caracterizan por cursar con: infiltrado de epidermis, dermis o tejido celular subcutáneo por neutrófilos, asociación con otras patologías, potencial de afectación extracutánea y adecuada respuesta a terapias antiinflamatorias ^(15, 16).

Presentamos un caso de pioderma gangrenoso clásico, con evolución clínica y características demográficas en cuanto a edad y sexo, que se acoplan a la literatura descrita a nivel global y de Latinoamérica ^(4, 6, 14, 17).

Recalamos de este caso el significativo dolor referido por la paciente, que incluso limitaba sus actividades diarias, además hacemos énfasis en la resolución de las lesiones en áreas cicatriciales extensas, que según el tipo de cicatrización y área afectada puede conllevar a restricción y limitación en la movilidad. Siendo el pioderma gangrenoso una patología que afecta de manera significativa la calidad de vida del paciente.

En estudios donde se ha aplicado el Índice de calidad de vida en dermatología - Dermatology life Quality Index (DLQI), se ha encontrado puntaje medio de 14,9 +/-8, siendo el mayor puntaje el de dolor referido por el paciente (con puntuación 7 +/-3 en escala análoga de dolor de 10 puntos). Además, la calidad de vida se puede ver afectada por coexistencia de depresión, con prevalencia de hasta 21% en pacientes con pioderma gangrenoso ⁽¹⁸⁾. Además, se ha identificado impacto en la intimidad sexual de los pacientes, frustración por la demora en curación de heridas, miedo a recaídas y necesidad de hospitalización ⁽¹⁹⁾.

También se han identificado otras comorbilidades como son la enfermedad cerebrovascular, neumopatía crónica, falla cardíaca, hepatopatía, osteoporosis, enfermedad arterial periférica que pueden estar asociadas a pioderma gangrenoso, además de las comorbilidades autoinflamatorias previamente conocidas ⁽⁴⁾.

Conclusión

Encontramos que, en América Latina, reconocer y tratar el pioderma gangrenoso es aún más desafiante, ya que las infecciones bacterianas y no bacterianas de la piel son imitadores comunes y de alta prevalencia en países en vía de desarrollo. Por lo que es importante conocer la presentación de pioderma gangrenoso y sus diagnóstico diferenciales, como pueden ser Infecciones cutáneas profundas como esporotricosis, leishmaniasis, tuberculosis cutánea, enfermedades vasculares oclusivas o venosas como las úlceras por estasis, úlceras venosas, vasculitis como granulomatosis con poliangeítis, poliarteritis nodosa, procesos malignos que involucren la piel como el linfoma T angiocéntrico, linfoma anaplásico de células T y otros desórdenes inflamatorios como enfermedad de Crohn cutánea y necrobiosis lipoídica ulcerada ^(14, 20).

Fuente de financiamiento

Recursos propios.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

1. Brocq L. Nouvelle contribution a l'etude du phagedenisme geo-metrique. *Ann Dermatol Syphiligr.* 1916;6(1):1- 39
2. Brunsting LA, Goeckerman WH, O'Leary PA. Pyoderma [ecthyma] gangrenosum: Clinical and experimental observations in five cases occurring in adults. *Arch Dermatol Syph.* 1930;22:655- 680.
3. Ruocco E, Sangiuliano S, Gravina A, Miranda A, Nicoletti G. Pyoderma gangrenosum: an updated review. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009;23(9):1008- 1017
4. Ben Abdallah, H., Bech, R., Fogh, K., Olesen, A. B., & Vestergaard, C. (2021). Comorbidities, mortality and survival in patients with pyoderma gangrenosum: a Danish nationwide registry-nested case–control study. *British Journal of Dermatology.* doi: 10.1111/bjd.20474

5. Ashchyan HJ, Butler DC, Nelson CA, *et al.* The association of age with clinical presentation and comorbidities of pyoderma gangrenosum. *JAMA Dermatol.* 2018;154(4):409- 413.
6. Flora A, Kozera E, Frew JW. Pyoderma gangrenosum: A systematic review of the molecular characteristics of disease. *Exp Dermatol.* 2022;31:498– 515. doi: 10.1111/exd.14534
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
8. Byrd AS, Carmona-Rivera C, O'Neil LJ, *et al.* Neutrophil extracellular traps, B cells, and type I interferons contribute to immune dysregulation in hidradenitis suppurativa. *Sci Transl Med.* 2019;11(508):eaav5908
9. White LE, Villa MT, Petronic-Rosic V, Jiang J, Medenica MM. Pyoderma gangrenosum related to a new granulocyte colony- stimulating factor. *Skinmed.* 2006;5(2):96- 98.
10. Schadt, Courtney. "Pyoderma Gangrenosum: Pathogenesis, Clinical Features, and Diagnosis." Uptodate. Ed. Jeffrey Callen and Abena O. Ofori. N.p., 14 Oct. 2016. Web. 10 Apr. 2017.
11. Marzano AV, Ishak RS, Saibeni S, Crosti C, Meroni PL, Cugno M. Autoinflammatory skin disorders in inflammatory bowel diseases, pyoderma gangrenosum and Sweet's syndrome: a comprehensive review and disease classification criteria. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2013;45:202-10
12. Sasor SE, Soleimani T, Chu MW, Cook JA, Nicksic PJ, Tholpady SS. Pyoderma gangrenosum demographics, treatments, and outcomes: an analysis of 2,273 cases. *J Wound Care.* 2018;27:S4-8.
13. Kutlubay Z, Tuzun Y, Wolf R. The pathergy test as a diagnostic tool. *Skinmed.* 2017;15:97-104.
14. Rodríguez-Zúñiga MJM, Heath MS, Gontijo JRV, Ortega-Loayza AG. Pyoderma gangrenosum: a review with special emphasis on Latin America literature. *An Bras Dermatol.* 2019;94:729-43.
15. D. Wallach, M.D. Vignon-Pennamen, A.V. Marzano (Eds.), *Neutrophilic Dermatoses*, Springer, Cham, Switzerland (2018), pp. 5-9

16. Feldmeyer, L., Ribero, S., Gloor, A. D., & Borradori, L. (2020). Neutrophilic dermatoses with unusual and atypical presentations: both superficial and deep. *Clinics in Dermatology*. doi: 10.1016/j.clindermatol.2020.10.012
17. George, C., Deroide, F., & Rustin, M. (2019). Pyoderma gangrenosum - a guide to diagnosis and management . *Clinical medicine (London, England)*, 19(3), 224–228. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.19-3-224>
18. Ighani, A., Al-Mutairi, D., Rahmani, A., Weizman, A. V., Piguet, V., & Alavi, A. (2018). Pyoderma gangrenosum and its impact on quality of life: a multicentre, prospective study. *British Journal of Dermatology*. doi: 10.1111/bjd.17347
19. Nusbaum, K. B., Ortega-Loayza, A. G., & Kaffenberger, B. H. (2021). Health-related domains of quality of life in pyoderma gangrenosum: A qualitative analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*.
20. Weenig, R. H., Davis, M. D. P., Dahl, P. R., & Su, W. P. D. (2002). Skin Ulcers Misdiagnosed as Pyoderma Gangrenosum. *New England Journal of Medicine*, 347(18), 1412–1418. doi: 10.1056/nejmoa013383