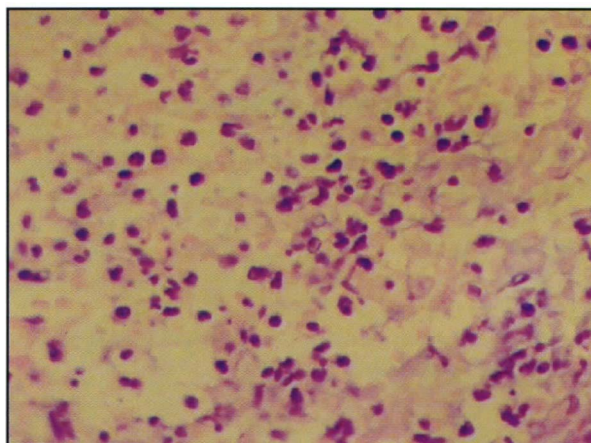
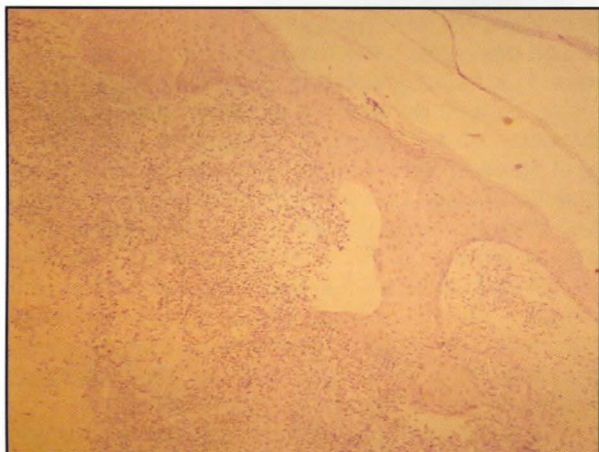


Lesiones eritemato papulo pustulosas y ulcerativas asociadas a poliartralgias y compromiso ocular bilateral

Marisol Otero, María Daniela Hermida, María Cecilia Gallegos, Sandra M. García y Hugo N. Cabrera



Caso clínico

Paciente de sexo masculino, de 43 años de edad, con antecedentes de colitis ulcerosa distal (al momento de la consulta en actividad) en tratamiento con enemas de corticoides y mesalazina vía oral. Concorre a la consulta en regular estado general, presentando un cuadro de 6 días de evolución caracterizado por lesiones cutáneas generalizadas, poliartralgias y blefaritis bilateral.

Al examen dermatológico presentaba lesiones cutáneas en distintos estadios evolutivos: pápulas eritematosas, que en sectores confluían y formaban placas, lesiones eritematopustulosas y una lesión ulcerada de fondo necrótico y bordes eritematovioláceos localizada a nivel del muslo derecho. Todas las lesiones eran asintomáticas, excepto la lesión ulcerada que era dolorosa sólo a la palpación.

Se realizó biopsia de la lesión.

Su diagnóstico es

.....

Hospital Nacional Prof. Dr. Alejandro Posadas.
Servicio de Dermatología.

Haga su diagnóstico:

Pioderma gangrenoso pustuloso

Hallazgos microscópicos

En los cortes histológicos coloreados con hematoxilina y eosina se observa a nivel epidérmico foco de paraqueratosis con neutrófilos en su espesor e hiperplasia focal a ese nivel. En dermis superficial y profunda denso infiltrado inflamatorio predominantemente neutrofílico.

Exámenes complementarios

Laboratorio: Hto: 42%; GB: 7900/mm³; plaquetas: 319000/mm³; VES: 26 mm/h; urea: 0,6 mg%; Cr: 1 mg%; TGO: 16 UI; TGP: 12 UI. Proteinograma inmunoelectroforético: hipergamaglobulinemia (2,25 g %).

Serologías HIV, HVC, HBV: negativas.

Estudio bacteriológico de lesiones cutáneas (punción aspiración): Gram directo y cultivo: negativos.

Hemocultivos (x2): negativos.

Tratamiento y evolución

Se realizó tratamiento con prednisona 60 mg/día, evolucionando favorablemente desde el punto de vista clínico y dermatológico en un plazo de 48 horas. Recibió este esquema terapéutico por una semana, con descenso paulatino de la dosis, sin recidiva del cuadro clínico.

Como secuela presenta cicatriz hiperpigmentada a nivel del muslo derecho.

Discusión

El pioderma gangrenoso es una dermatosis neutrofílica que puede presentarse de forma aislada o asociada a enfermedades sistémicas (50-70%), principalmente gastrointestinales. Existen distintas formas clínicas, entre ellas mencionamos la ulcerativa, pustulosa, ampollar y vegetante, siendo la primera la más frecuente. Presenta fenómeno de patergia en más del 30% de los casos y desde el punto de vista etiopatogénico los mecanismos que lo provocan permanecen aún sin dilucidar, aunque se encontrarían implicadas alteraciones de la inmunidad (celular y humoral) y de la función neutrofílica.

La forma pustulosa, variante poco común, fue

descrita por primera vez en 1972 por Loughlin y Perry en dos pacientes con colitis ulcerosa activa, como una forma abortiva de pioderma gangrenoso típico. Se caracteriza por la presencia de lesiones vesículo-pustulosas que pueden o no evolucionar a la ulceración, que se acompañan generalmente de poliartralgias, fiebre y empeoramiento de la enfermedad intestinal de base. Frecuentemente esta forma clínica se asocia a una enfermedad inflamatoria intestinal y para algunos autores estaría relacionada con la actividad de la misma.

La pioestomatitis vegetante es una variedad oral que se caracteriza por la presencia de pústulas y, eventualmente, erosiones y vegetaciones, en la mayoría de los casos también asociada a enfermedad inflamatoria intestinal.

La histopatología del pioderma gangrenoso no es patognomónica, pero es de relevancia a los fines de descartar otras etiologías de úlceras cutáneas. Los hallazgos varían según el estadio evolutivo, la clase de lesión a examinar y el lugar de obtención de la biopsia. Si la muestra corresponde al borde eritematoso de la úlcera, a veces puede encontrarse una vasculitis linfocitaria que tiende a disponerse rodeando a los vasos con tumefacción endotelial. En el lecho ulceroso y en los bordes, el infiltrado inflamatorio es predominantemente neutrofílico, constituyendo en estadios más avanzados abscesos y necrosis con inflamación polimorfa reactiva. La vasculitis leucocitoclástica puede aparecer como fenómeno secundario.

Como diagnósticos diferenciales de esta forma clínica deben plantearse: síndrome de Sweet, pustulosis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, foliculitis, vasculitis pustulosa, erupción pustulosa por drogas, gonococcemia y síndrome de artritis-dermatosis asociado al intestino.

Respecto a la terapéutica se han descrito distintos esquemas con resultados satisfactorios, utilizando corticoides (tópicos, intralesionales, orales), dapsona, minociclina, clofazimina, drogas inmunosupresoras (metrotexato, ciclofosfamida, azatioprina) e inmunomoduladoras (infiximab).

En el caso presentado es importante destacar la asociación del marcado compromiso cutáneo con una forma clínica limitada de colitis ulcerosa (recto y sigma), siendo ésto poco habitualmente

referido en la literatura, en donde generalmente el compromiso cutáneo se acompaña de una mayor afección intestinal.

Referencias

1. Conrad, C.; Trüeb, R.M.: Pyoderma gangrenosum. **JDDG** 2005; 3: 334-342.
2. Su, W.P.; Davis, M.; Weening, R. et al: Pyoderma gangrenosum: clinicopathologic correlation and proposed diagnostic criteria. **Int J Dermatol** 2004; 43: 790-800.
3. Brouard, M.C.; Chavaz, P.; Borradori, L.: Acute pustulosis of the legs in diverticulitis with sigmoid stenosis: an overlap between bowel-associated dermatosis-arthritis syndrome and pustular Pyoderma gangrenosum. **J Eur Acad Dermatol Venereol** 2004; 18: 89-92.
4. Achenbach, R.; Jorge, M.; Schröh, R. y cols.: Pioderma gangrenoso: comunicación de 5 casos. **Dermatol Argent** 2004; 10 (3):
5. Shankar, S.; Sterling, J.; Rytina, E.: Pustular pyoderma gangrenosum. **Clin Exp Dermatol** 2003; 28: 600-603.
6. Crowson, A.; Mihm, M.; Magro, C.: Pyoderma gangrenosum: a review. **J Cutan Pathol** 2003; 30: 97-107.
7. Saraceno, E.; Simionato, C.; Sánchez, G. y col.: Pioderma gangrenoso. A propósito de 6 casos. **Arch Argent Dermatol** 2002; 52: 143-152.
8. Powell, F.; Su, D.; Perry, O.: Pyoderma gangrenosum: Classification and management. **J Am Acad Dermatol** 1996; 34: N° 3