

Pioderma gangrenoso periileostómico: caso clínico

Heidi Hevia C^{1a}, Juan Suárez M², María Teresa Vergara A³.

Peri-ileostomic pyoderma gangrenosum. Report of one case

We report a 39 years old woman with Ulcerative Colitis unresponsive to medical treatment. A total colectomy with Brooke ileostomy was performed, as the first operation. After six weeks she developed a peri-ileostomic Pyoderma Gangrenosum. She was treated by a multidisciplinary team, and after seven months with local treatment and systemic medication, the skin healed. Her bowel transit was reconstructed later with an ileoanal pouch and she was reinserted into her previous job (Rev Méd Chile 2004: 132: 747-9).

(Key Words: Colectomy, Ileostomy; Pyoderma gangrenosum)

Recibido el 5 de agosto, 2003. Aceptado en versión corregida el 25 de marzo, 2004.

¹Consultorio de Especialidades y ²Servicio de Cirugía Adulto, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar. ³Servicio de Gastroenterología, Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar.

^aEnfermera Matrona.

El pioderma gangrenoso (PG) fue descrito por primera vez en 1930, por Brunsting et al¹⁻⁴. Es una lesión ulcerativa cutánea, crónica, muy dolorosa, de baja incidencia^{1,2,4} y de difícil tratamiento. Predomina en el sexo femenino^{2,5}. En Chile, no hay comunicaciones de PG periileostómico, siendo el objetivo de esta comunicación aportar una experiencia clínica a la literatura nacional.

CASO CLÍNICO

Mujer de 39 años, con historia de proctocolitis ulcerosa idiopática, de dos años de evolución, quien presentó un episodio de actividad severa, con compromiso pancolónico. Evolucionó en forma tórpida pese al tratamiento médico, siendo sometida, electivamente, en abril de 2001, a una

colectomía total e ileostomía de Brooke en fosa iliaca derecha, como primer tiempo. El estoma se suturó a la piel con puntos intradérmicos de material absorbible. Seis semanas después de la cirugía, desarrolló en la vecindad de la ileostomía una zona enrojecida, indurada e intensamente dolorosa, de 1 x 0,5 cm. Se prescribió pasta de hidrocoloides, polvos de karaya y control a la semana. Evolucionó con ulceración de la piel, la que se extendió rápidamente, comprometiendo toda el área alrededor de la ileostomía, apareciendo primero en su borde medial. La lesión era de bordes irregulares, socavados, de color púrpura, con trayectos subcutáneos, puentes de piel, sangrado fácil y secreción purulenta.

Pese al tratamiento tópico con métodos convencionales la lesión evolucionó muy tórpidamente. Se practicó una biopsia que fue, compatible con el diagnóstico de pioderma gangrenoso.

El tratamiento local consistió en aseo con solución salina isotónica, siempre, e intermitentemente, polvos de karaya, hidrocoloides en pasta y

Correspondencia a: EU Heidi Hevia C. Montemaría 85, Jardín del Mar Viña. E-mail: hmheviac@vtr.net

lámina, alrededor de la ileostomía³, mechas de alginato de calcio periileal³ y clara de huevo en el área de adhesión de la bolsa, para proteger y aumentar la adhesividad. Las bolsas drenables con hidrocoloide se cambiaban inicialmente cada dos días. Una vez que las lesiones fueron regresando, las curaciones se distanciaron, se comenzó a retirar el alginato y la pasta hidrocoloide, manteniéndose sólo con las bolsas con hidrocoloide. Fue atendida semanalmente por la estomaterapeuta, quien realizaba las curaciones y el seguimiento fotográfico.

Al cabo de 7 meses de curaciones y de tratamiento médico (esteroides hasta alcanzar el tiempo de acción de la azatioprina) se produjo remisión del proceso inflamatorio y desaparición de las úlceras, quedando una zona cicatricial, despigmentada e irregular.

En abril de 2002 se realizó resección del recto, con reservorio ileal en J e ileostomía en asa, en lado contralateral (FII). Tres meses después se practicó el cierre de la ileostomía. El recto durante toda la evolución presentó actividad inflamatoria.

Actualmente la paciente se encuentra con la piel abdominal cicatrizada, con función esfinteriana normal, continencia fecal total para gases y heces, frecuencia de deposiciones 3-4 veces al día, pastosas, sin fugas durante el día ni la noche. Su dieta es sin restricciones, realiza una vida normal y está reincorporada a su vida familiar, social y a su antiguo trabajo.

DISCUSIÓN

La causa del pioderma gangrenoso es desconocida⁴, siendo la patogenia más probable una alteración del sistema inmunitario⁴ (Faller, Tappe). Otras etiologías incluyen isquemia, bacteremias con siembras en la piel, inmunosupresión, factores dermonecroticos o una vasculitis hipersensitiva (Faller).

El trauma local causado por un mal asentamiento de las bolsas por las prótesis de ostomías u otros, también puede precipitar la aparición de un pioderma gangrenoso, fenómeno conocido como patergia^{2,5,6}.

Llegar al diagnóstico de PG periileostómico puede ser difícil, puesto que úlceras paraestoma-

les se pueden presentar por otras causas, tales como: úlceras por dermatitis de contacto causada por una mala protección de la piel, en relación a materiales inadecuados de los dispositivos, o con una dermatitis química irritativa, causada por la fuga de las deposiciones en la piel. En estos casos las lesiones son más superficiales, sin puentes socavados de piel, menos dolorosas y regresan tan pronto se retira el agente causal, respondiendo satisfactoriamente a las medidas locales de curación. Más raras son las úlceras periileostómicas debidas a granulomas infectados, lesión cutánea maligna ulcerada, o fistula de la ileostomía hacia la piel en enfermedad de Crohn.

El 75% de los casos de pioderma gangrenoso está asociado a una enfermedad sistémica, más comúnmente a enfermedad inflamatoria del intestino: colitis ulcerosa o Crohn (activa o inactiva). La relación entre ambas enfermedades es desconocida, reportándose la presencia de autoanticuerpos contra la piel, antígenos intestinales y proteasas epidermolíticas que se han extraído de las deposiciones de los pacientes con PG³ (Tappe). También se describe en múltiples enfermedades con fenómenos autoinmunes, como la hepatitis crónica activa, artritis reumatoide, leucemia mieloide, policitemia vera, mieloma, etc.

No hay exámenes específicos para el diagnóstico de pioderma gangrenoso, el cual sólo puede ser hecho después de una exclusión de otras causas de ulceración dolorosa⁵.

Weenig et al, de la Mayo Clinic, informaron que existe una variedad de lesiones ulceradas que semejan estrechamente al pioderma gangrenoso, cuyas causas se resumen en: a) vasculares como las producidas en el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (Lupus), o úlceras venosas de las piernas (insuficiencia de perforante); b) vasculitis, especialmente granulomatosis de Wegener y poliarteritis nodosa; c) compromiso cutáneo de procesos malignos, principalmente linfomas y leucemias; d) infecciones cutáneas primarias, destacando las infecciones micóticas profundas como esporotricosis, herpes simplex tipo 2, TBC y amebiasis cutánea; e) daño provocado por drogas o autoinducidas por el paciente (síndrome de Münchhausen), etc⁷. Estos autores concluyeron que el diagnóstico equivocado de PG no es infrecuente (10%), exponiendo a los pacientes a riesgos

importantes asociados con su tratamiento. Una investigación completa (incluyendo biopsia) se requiere en todos los pacientes sospechosos de PG, con el fin de descartar diagnósticos que simulan dicha afección⁷.

El PG a menudo se sitúa en las extremidades inferiores a nivel de la tibia, también en glúteos, abdomen, superficie periestomal y cara. Se ha descrito en otras áreas, como mucosa de la vulva, manos y mamas.

La resección de la enfermedad activa del intestino o curetaje de un seno perineal, cuando existen, puede conducir a la curación del PG. En el caso del pioderma gangrenoso periileostómico la escisión de la piel periestomal, el injerto y relocalización del estoma, pueden llevar a la recidiva de la lesión en el mismo, o en el nuevo sitio.

En general, los casos comunicados de PG responden bien al tratamiento con corticoides, asociado a otros inmunomoduladores, como en nuestro caso, aunque a largo plazo.

El desgaste físico y psicológico que sufren estos pacientes durante el período que dura la enfermedad inflamatoria intestinal, el estoma y luego la lesión dérmica hace necesario trabajar con redes de apoyo para lograr su recuperación, representando esta patología un gran desafío para todo el equipo de salud. Esta paciente, en particular, no tomó contacto con otros ostomizados ni asociaciones, al contrario de lo preconizado por Tappe A.

Pensamos que los pacientes en estas condiciones deben recibir el apoyo del equipo profesional y de sus familiares más cercanos.

REFERENCIAS

1. SHINADA H, ERICAWA M, SATOH H, KUMAGI E, SASAKI I, FUNAYAMA Y. Management of Peristomal Pyoderma Gangrenosum. *WCET Journal* 1997; 17: 12-5.
2. TJANDRA JJ, HUGHES L. Parastomal Pyoderma Gangrenosum in Inflammatory Bowel Disease. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 938-42.
3. HAMPTON BG, BRYANT R. Ostomies and continent diversions Nursing management. *Mosby Year Book*. USA. 1992; 113-4.
4. LÓPEZ DE M, AMARO P, ARANIBAL L, SEGOVIA L. Pioderma Gangrenoso: experiencia clínica en 11 pacientes. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 1044-50.
5. HUHES, JACKSON J, MARK, CALLEN, JEFFREY P. Pyoderma Gangrenosum. *JAMA* 2000; 284: 1546-8.
6. PÉREZ L, LÓPEZ P, GONZÁLEZ R, AMÉSTICA O, URBINA F, BENAVIDES A. Pioderma Gangrenoso Postcesárea. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002; 66: 28-33.
7. WEENIG R, DAVIS M, DAHL P, DANIEL SU WP. Skin Ulcers misdiagnosed as Pyoderma Gangrenosum. *N Engl J Med* 2002; 347: 1412-8.