

Pioderma gangrenoso y osteomielitis crónica: una rara asociación

Fernando Javier Vázquez, Inés Oria, Carla Saucedo, Julián Freue, Darío Aguera

INTRODUCCIÓN

El pioderma gangrenoso (PG) es una rara enfermedad inflamatoria neutrofílica de la piel, que usualmente se presenta en adultos entre la tercera y quinta década de vida. Las lesiones pueden ser solitarias o múltiples y comienzan como nódulos o pústulas dolorosas que finalmente se ulceran y confluyen para formar lesiones aún más extensas.¹⁻⁵ El PG puede ser idiopático o estar asociado a diferentes enfermedades, como artritis reumatoidea, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedades oncohematológicas, gammopatía monoclonal y mieloma múltiple.^{2-4,6-10} Si bien existen algunos informes que lo asocian a osteomielitis aséptica,¹¹⁻¹³ son muy escasos los estudios acerca de PG asociado a la osteomielitis crónica.¹⁴

PRESENTACIÓN DEL CASO

Una mujer de 74 años hipertensa y obesa fue sometida a un reemplazo total de rodilla con colocación de una prótesis en agosto de 2005. A los tres meses consultó por presentar tres úlceras intensamente dolorosas sobre la herida quirúrgica (Fig. 1). Su estado general era bueno y se encontraba afebril. Se realizó una biopsia de una de las úlceras cuyo resultado histopatológico fue compatible con PG, mientras que el cultivo del tejido fue ne-

Figura 1. Lesiones del pioderma gangrenoso sobre la herida quirúrgica.



gativo para gérmenes comunes, micosis y tuberculosis. Se punzó la articulación de la rodilla y el líquido articular obtenido resultó negativo para gérmenes comunes y oportunistas. Finalmente se decidió realizar una artroscopia con toma de tejido y líquido para cultivos, los cuales también fueron negativos, por lo que se descartó una artritis séptica como causa del PG. La paciente comenzó tratamiento con 60 mg de metil prednisona, con buena respuesta y resolución de las úlceras. Sin embargo, al reducir la dosis de corticoides a menos de 10 mg reaparecieron las úlceras dolorosas sobre la herida quirúrgica y al reinstalar 60 mg de metil prednisona las úlceras se cerraron en pocos días.

En un intento de suprimir o reducir al máximo la dosis de corticoides se intentó asociar otros inmunosupresores (ciclosporina y aziotropina), pero la paciente evolucionó con mala tolerancia gástrica, aumento del tamaño de las úlceras y del dolor, y fue necesario mantener la dosis de prednisona en 60 mg para controlar parcialmente las lesiones que persistían como pequeñas úlceras con secreción purulenta y estéril. Se realizaron una videoendoscopia digestiva alta y una videocolonoscopia, que descartaron neoplasias y enfermedad inflamatoria intestinal. En abril de 2007 fue derivada a nuestro centro, un hospital de comunidad de alta complejidad, para ser revaluada.

Se biopsia una de las úlceras y se revisan las biopsias previas confirmándose el diagnóstico de PG. A pesar de tener una radiografía de la rodilla sin particularidades se realizó un centellograma óseo con Tc 99 que demostró una hipercaptación a nivel de la tibia. Se completó la evaluación con una tomografía axial de rodilla que demostró una lesión lítica en la tibia por debajo del vástago metálico de la prótesis, compatible con una osteomielitis. Los tejidos blandos por encima de la lesión se encontraban indemnes, sin fístula ni signos de flogosis.

Se tomó una nueva biopsia por punción guiada por tomografía que mostró características histológicas de osteomielitis crónica y cuyo cultivo fue positivo para enterococo sensible a penicilina.

Se interpretó el cuadro como PG secundario a osteomielitis crónica bacteriana por enterococo y se inició tratamiento con ampicilina endovenosa y en 10 días se logró reducir

la dosis de metil prednisona a menos de 10 mg y finalmente suspenderla con solución completa del PG.

Un año después de finalizado el tratamiento antibiótico la paciente se encuentra asintomática y sin medicación.

DISCUSIÓN

El caso descrito resulta de gran interés debido a que las características clínicas, histológicas y la respuesta al tratamiento corticoide son típicas del PG. Sin embargo, el sitio de aparición de las lesiones, sobre una herida quirúrgica estéril, no es una forma de presentación habitual, aunque remeda la presentación de estas lesiones sobre las heridas de las ostomías en los pacientes operados de una enfermedad inflamatoria intestinal.¹⁵ Siguiendo un pensamiento lógico se descartó una infección de la herida quirúrgica y de la articulación como causa del PG.

A pesar de una búsqueda exhaustiva de las enfermedades que habitualmente se asocian al PG, ninguna causa pudo ser constatada y trascurrieron dos años en los cuales se la interpretó como un PG idiopático y córtico-dependiente hasta que pudo ser demostrada una osteomielitis crónica como causa del PG. Resulta muy interesante, por un lado, la ausencia de signos y síntomas de la infección, tanto locales como sistémicos, excepto por el PG (única manifestación de enfermedad) durante dos años. Por otro lado, el hecho de su asociación con una osteomielitis crónica bacteriana es extremadamente raro.

Existen varios informes¹¹⁻¹³ de pyoderma gangrenoso en

una infrecuente asociación con la osteomielitis crónica estéril. Esta entidad afecta a niños y adultos en forma recurrente en diferentes huesos axiales (clavículas, esternón, pelvis, columna y a veces costillas), presentando dolor y signos de inflamación en los sitios afectados. Suele acompañarse de fiebre, leucocitosis, eritrosedimentación acelerada y tiene un curso intermitente. El diagnóstico se confirma a través de la biopsia que revela una osteomielitis abacteriana.

Sin embargo, la asociación de PG con osteomielitis crónica bacteriana es un hecho excepcional, como lo demuestra la escasa bibliografía existente al respecto.¹⁴

Consideramos que tanto la forma de presentación y evolución del PG, lo silente de la osteomielitis, como la asociación de ambas entidades son muy interesantes y extremadamente raras.

CONCLUSIÓN

El PG es una entidad rara. Su presentación sobre una herida quirúrgica es excepcional, excepto sobre las ostomías en pacientes operados con EII, y debe sospecharse la relación con el procedimiento realizado.

Cuando el curso del PG es tórpido o se torna córtico-dependiente debe sospecharse que el PG no es idiopático y debe buscarse intensamente una causa potencialmente curable.

La asociación de PG y osteomielitis bacteriana crónica es excepcional.

REFERENCIAS

- 1- Callen JP. Neutrophilic dermatoses. *Dermatol Clin.* 2002;20(3):409-19.
- 2- Mir-Madjlessi SH, Taylor JS, Farmer RG. Clinical course and evolution of erythema nodosum and pyoderma gangrenosum in chronic ulcerative colitis: a study of 42 patients. *Am J Gastroenterol.* 1985;80(8):615-20.
- 3- Powell FC, Schroeter AL, Su WP, et al. Pyoderma gangrenosum: a review of 86 patients. *Q J Med.* 1985;55(217):173-86.
- 4- Hickman JG. Pyoderma gangrenosum. *Clin Dermatol.* 1983;1(1):102-13.
- 5- Holt PJ, Davies MG, Saunders KC, et al. Pyoderma gangrenosum: clinical and laboratory findings in 15 patients with special reference to polyarthritis. *Medicine (Baltimore).* 1980;59(2):114-33.
- 6- Callen JP. Pyoderma gangrenosum and related disorders. *Med Clin North Am.* 1989;73(5):1247-61.
- 7- Ross HJ, Moy LA, Kaplan R, et al. Bullous pyoderma gangrenosum after granulocyte colony-stimulating factor treatment. *Cancer.* 1991;68(2):441-3.
- 8- Su WP, Schroeter AL, Perry HO, et al. Histopathologic and immunopathologic study of pyoderma gangrenosum. *J Cutan Pathol.* 1986;13(5):323-30.
- 9- Weenig RH, Davis MD, Dahl PR, et al. Skin ulcers misdiagnosed as pyoderma gangrenosum. *N Engl J Med.* 2002;347(18):1412-8.
- 10- Calin A. Keratoderma blennorrhagica and mucocutaneous manifestations of Reiter's syndrome. *Ann Rheum Dis.* 1979;38 Suppl 1:suppl 68-72.
- 11- Nurre LD, Rabalais GP, Callen JP. Neutrophilic dermatosis-associated sterile chronic multifocal osteomyelitis in pediatric patients: case report and review. *Pediatr Dermatol.* 1999;16(3):214-6.
- 12- Williamson D, Sibbald RG. Chronic recurrent multifocal osteomyelitis: a rare association with pyoderma gangrenosum in adults. *Br J Dermatol.* 2002;147(3):611-3.
- 13- Chamot AM, Benhamou CL, Kahn MF, et al. [Acne-pustulosis-hyperostosis-osteitis syndrome. Results of a national survey. 85 cases]. *Rev Rhum Mal Osteoartic.* 1987;54(3):187-96.
- 14- East-Innis A, Desnoes R, Thame K, et al. Pyoderma gangrenosum associated with osteomyelitis in a paediatric patient: a case report. *West Indian Med J.* 2005;54(3):207-9.
- 15- Lyon CC, Smith AJ, Beck MH, et al. Parastomal pyoderma gangrenosum: clinical features and management. *J Am Acad Dermatol.* 2000;42(6):992-1002.