

Pioderma gangrenoso como diagnóstico diferencial de isquemia crónica crítica de miembros inferiores

Pyoderma Gangrenosum as a Differential Diagnosis of Critical Chronic Lower Limb Ischemia

CARLOS F. MANGANIELLO¹, L. MARIANO FERREIRA², MARIANA S. CALLEGARI¹, LEANDRO SUAREZ¹, DELFINA GOROSITO¹, RICARDO LA MURA²

El pioderma gangrenoso es una enfermedad cutánea ulcerativa poco común, descrita por primera vez hace 80 años, agrupada dentro de las dermatosis neutrofílicas. (1) Las úlceras pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo, la región más común es la pretibial. No tiene serología ni histología específica, y el diagnóstico es fundamentalmente clínico. La etiología es inflamatoria-autoinmunitaria (no infecciosa). Puede ser secundario a un pequeño trauma cutáneo (accidental o postquirúrgico) por un fenómeno conocido como *patergia*, o asociarse a enfermedades sistémicas, en primer lugar la enfermedad inflamatoria intestinal (en especial colitis ulcerosa), pero también la artritis reumatoidea, gammapatías monoclonales, o ser parte de un síndrome paraneoplásico. (2,3)

Se presenta un paciente masculino de 87 años, con antecedentes de hipertensión arterial, con buena clase funcional hasta el momento. Comenzó su enfermedad actual 2 meses previos a su internación, con traumatismo de bajo impacto en la región anterior de pierna derecha. Realizó tratamiento antibiótico y analgésico de manera ambulatoria, pero evolucionó desfavorablemente, con lesiones ulcerosas, dolorosas, con fondo necrótico, en cara lateral interna y externa infrapatelar ipsilateral (Figura 1A).

Se decide su internación. Al ingreso tensión arterial 130/70 mmHg, frecuencia cardíaca 98 latidos por minutos, irregular, temperatura 37,8°, saturación de oxígeno al aire ambiente 95 %. Lúcido. Al examen del miembro inferior derecho, pulso femoral y poplíteo positivo débil (notoria diferencia con el pulso contralateral) con buena temperatura distal del pie. Electrocardiograma: ritmo de fibrilación auricular de moderada respuesta ventricular, buena progresión de ondas R en derivaciones precordiales.

Laboratorio: hematocrito 35 %, leucocitos: 6300 mm³ Plaquetas: 450.000/mm³. Eritrosedimentación 100 mm/h, hepatograma, función renal y estado ácido base normal. Hemocultivos: negativos.

Se efectúa eco Doppler arterial, que informa irregularidades cálcicas leves, flujo trifásico en femoral profunda y superficial, flujo monofásico poplíteo, tronco tibioperoneo, tibial anterior y posterior, y pedio; con espesores miointimales conservados.

Se decide *toilette* quirúrgica, con toma de biopsia de piel. Se comienza tratamiento antibiótico, glucocorticoides y opioides endovenosos para el manejo de dolor, y anticoagulación con heparina de bajo peso molecular. El paciente evoluciona favorablemente, afebril, con mejoría franca del manejo de dolor. Se disminuye la analgesia a antiinflamatorios no esteroides (AINES) y se rotan los glucocorticoides y anticoagulación a vía oral: meprednisona 40 mg y rivaroxaban 20 mg por día.

Se recibe resultado de laboratorio inmunológico: factor antinúcleo (FAN), anti DNA, complemento, anticuerpos anti citoplasma de neutrófilos (ANCA), anticuerpos anticardiolipina, todos con resultados negativos. En biopsia de piel: marcado infiltrado inflamatorio polimorfonuclear, algunas zonas organizadas en abscesos estériles. Reacción leucocitoclástica. Debe aclararse que la biopsia cutánea en el pioderma gangrenoso es inespecífica, y está indicada para excluir otras causas de ulceración: procesos infecciosos (bacterianos, micóticos) o neoplásicos. (2,3)

Con el diagnóstico de pioderma gangrenoso se continúa con tratamiento inmunosupresor (tratamiento de primera línea), con meprednisona 1 mg/kg, con muy buena respuesta, cicatrización progresiva de la lesión ulcerosa y desaparición del dolor. (4) (Figura 1B)

REV ARGENT CARDIOL 2024;92:294-296 <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v92.i4.20808>

Dirección para correspondencia: Carlos F. Manganiello. E-mail: cfmanganiello@hotmail.com



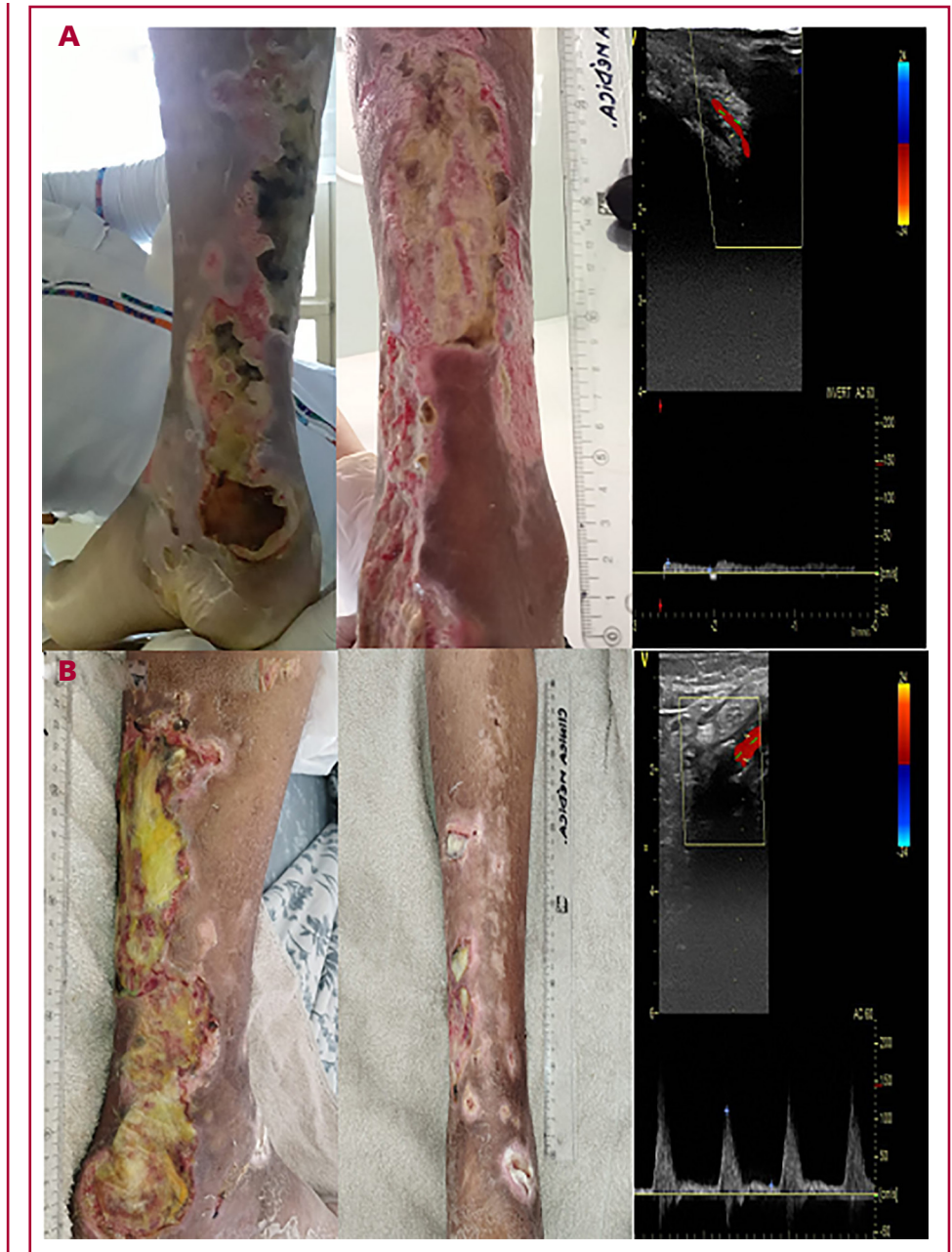
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

¹ Servicio de Medicina Interna, Hospital Subzonal "Dr. Miguel Capredoni", Bolívar, Buenos Aires, Argentina.

² Servicio de Cirugía Vascular, Clínica la Sagrada Familia, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Fig. 1. A. INGRESO: de izquierda a derecha: lesión ulcerosa al ingreso de la internación, antes y después de toilette quirúrgica. A la derecha: Doppler con flujo monofásico de arteria tibial anterior. **B. POST TRATAMIENTO:** de izquierda a derecha: tejido de granulación y cicatrizal luego de un mes de tratamiento con meprednisona 40 mg por día. A la derecha: Doppler con recuperación del flujo trifásico en arteria tibial anterior.



La ecografía Doppler es el estudio no invasivo de primera línea para la valoración del árbol arterial y caracterización de lesiones vasculares con una exactitud comparable a la angiografía. El patrón de flujo normal (trifásico) puede verse suplantado por un patrón espectral monofásico en diversas condiciones fisiológicas y patológicas. La presencia de flujo monofásico en arterias sin alteraciones parietales puede estar dado por la presencia de vasodilatación distal, ya sea de naturaleza fisiológica debido a un estado hiperdinámico (ejercicio), o bien debido a la presencia de lesiones vasculares de los tejidos blandos que determinen hiperflujo distal. Arterias ecográficamente normales, pero con alteración

del tono vasomotor que genera flujo monofásico pueden encontrarse en procesos inflamatorios-infecciosos tales como la erisipela o la celulitis. De todos modos, la patología arterial más habitual es la aterosclerosis parietal arterial, con sitios de estenosis significativos que generan flujo monofásico distal debido a la disminución de la resistencia arterial distal como respuesta a la isquemia. (5,6)

En conclusión, las úlceras en miembros inferiores dolorosas en territorios arteriales, son en su gran porcentaje de origen vascular obstructivo, pero debemos tener como diagnóstico diferencial el pioderma gangrenoso, sobre todo en pacientes con antecedente

de trauma previo o enfermedades autoinmunitarias u oncológicas concomitantes, ya que el tratamiento difiere radicalmente para ambas patologías: para la enfermedad estenótica arterial será la revascularización, y para el pioderma gangrenoso el tratamiento inmunosupresor. (Tabla 1)

Consideraciones éticas

No aplica

Tabla 1. Diagnóstico diferencial entre úlcera arterial y pioderma gangrenoso

	Úlcera arterial	Pioderma gangrenoso
Dolor	Presente	Presente
Temperatura distal	Frío	Caliente
Pulsos distales	Ausentes	Ausentes
Eco Doppler	Onda monofásica distal	Onda monofásica distal
Arteriografía	Lesiones significativas	Sin lesiones
Tratamiento	Revascularización	Glucocorticoides

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

(Ver formularios de conflicto de intereses de los autores en la web)

Financiamiento

Este trabajo no contó con financiamiento

BIBLIOGRAFÍA

1. Brunsting LA, Goeckerman WH, O'Leary PA. Pyoderma (Ecthyma) Gangrenosum: Clinical and experimental observations in five cases occurring in adults. *Arch Derm Syphilol.* 1930;22:655-80. <https://doi.org/10.1001/archderm.1930.01440160053009>
2. Maverakis E, Marzano AV, Le ST, Callen JP, Brüggem MC, Guenova E, et al. Pyoderma gangrenosum. *Nat Rev Dis Primers* 2020;6:81. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0213-x>
3. Ferrándiz-Pulido C, García-Patos Briones V. Pioderma gangrenoso. Diagnóstico y tratamiento. *Piel.* 2008;23:24-9. [https://doi.org/10.1016/S0213-9251\(08\)70969-9](https://doi.org/10.1016/S0213-9251(08)70969-9)
4. Teagle A, Hargest R. Management of pyoderma gangrenosum. *J R Soc Med* 2014;107:228-36. <https://doi.org/10.1177/0141076814534407>
5. Sánchez L, Dellamea M, Sanjuan I, Sáez A, Togni F, Sosa M. Flujo monofásico distales: no todo es aterosclerosis. *Rev Argent Diagnost Imag* 2014.
6. Perea G, Corneli M, Glenny P, Barrangu S, Izaguirre A, Elissamburu P, et al. Consenso de Ecografía Doppler Vascular. Sociedad Argentina de Cardiología. *Rev Argent Cardiol* 2020;88:1-56.