



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 199/172 - ÚLCERAS DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA

F. Vizcaíno Rodríguez<sup>a</sup>, J. Romero Recio<sup>b</sup>, E. Rodríguez Rey<sup>c</sup> e I. Coronel Pérez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Osuna. Área de Gestión Sanitaria de Osuna. Sevilla. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puebla de Cazalla. Área de Gestión Sanitaria de Osuna. Sevilla. <sup>c</sup>Dermatóloga. Hospital de la Merced. Área de Gestión Sanitaria de Osuna. Sevilla.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 62 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, exfumador desde 2009, cardiopatía hipertensiva, fibrilación auricular, cardiopatía Isquémica, EPOC GOLD II, adenopatías mediastínicas y esplenomegalia en seguimiento por neumología, que acude a urgencias por placas ulceradas de bordes rojo violáceos en miembro inferior. Es ingresado en la UCI, donde le aparecen lesiones costrosas de distribución lineal localizadas en muslo izquierdo y escroto, indicándose tratamiento con aciclovir. No obstante, el paciente evoluciona con empeoramiento de las lesiones cutáneas, desarrollándose úlceras necróticas que iban extendiéndose de forma rápida a pesar del tratamiento antibiótico y sobre todo tras la manipulación de las mismas en las curas.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración el paciente presentaba úlceras de 2 a 20 cm en ambos miembros inferiores, con bordes necróticos y lecho exudativo que profundizaban hasta la fascia muscular. La analítica realizada en Urgencias mostró: leucocitosis 11,93 mil/mm<sup>3</sup>, neutrofilia 70%, eosinófilos 0,20%). En el cultivo del exudado de la úlcera se aisló: *Escherichia coli*, *Morganella morganii*, *Proteus mirabilis*, beta-lactamasa de espectro extendido, bacteroides ste bivia, Flora mixta aerobia-anaerobia. Se realizaron biopsias cutáneas en dos ocasiones, con diagnóstico histopatológico de: pioderma gangrenoso.

**Juicio clínico:** Pioderma gangrenoso.

**Diagnóstico diferencial:** Se realiza fundamentalmente con úlceras infecciosas o vasculares, vasculitis, tumores y traumatismos.

**Comentario final:** El pioderma gangrenoso es una dermatosis neutrofílica, no infecciosa a pesar de su nombre, que cursa con úlceras dolorosas y profundas. Puede ser idiopático, pero es importante descartar algunas patologías internas con las que se relaciona prácticamente en la mitad de los casos, especialmente la enfermedad inflamatoria intestinal, alteraciones hematológicas y artritis reumatoide. El diagnóstico de la enfermedad es de exclusión, no existe ninguna prueba específica. Los cultivos negativos y las analíticas y biopsias son inespecíficas. Una característica fundamental del pioderma gangrenoso es que presenta fenómeno de patergia. Éste consiste en la inducción de nuevas lesiones ante traumatismos, lo cual es importante en el abordaje terapéutico de la enfermedad. El tratamiento se realiza con corticoides orales fundamentalmente, aunque para minimizar sus efectos secundarios se usan también inmunosupresores como ciclosporina o tacrolimus. Otros tratamientos efectivos pueden ser la sulfona y la minociclina.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Gameiro A, Pereira N, Cardoso JC, Goncalo M. Pyoderma gangrenosum: challenges and solutions. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2015;8:285-93.
2. Wollina U. Pyoderma gangrenosum. A review. Orphanet J Rare Dis. 2007;2:19.
3. Suárez-Pérez JA, Herrera-Acosta E, López-Navarro N, Vilchez-Márquez F, Prieto JD, Bosch RJ, Herrera E. Actas Dermosifiliogr. 2012;103:120-6.