

Daniel Finch Domínguez-Gil, Ana Llull Ramos, Ainhoa Álvarez Valdivielso, Rosa Villar Quintana, Francisco Montaner Barceló.

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Son Espases

Caso

Presentamos el caso de un paciente de 59 años, con antecedentes de diabetes tipo II, hipertensión arterial, enfermedad isquémica crónica en extremidades inferiores (tratado mediante bypass femoro-poplíteo hacía 4 años por el servicio de cirugía vascular (ACV)) y enfermedad de Crohn. Durante un ingreso a cargo del servicio de digestivo (DIG), por descompensación de su patología de base, se realizó una interconsulta al servicio de Traumatología (TRA) para descartar patología infecciosa subsidiaria de desbridamiento quirúrgico a nivel de extremidad inferior derecha (EID), por un cuadro consistente en una placa eritematosa empastada con múltiples focos de supuración activa en cara posterior de muslo derecho y múltiples nódulos blandos fluctuantes superficiales a nivel de la rodilla del mismo lado.

Valorado a su vez en dicho momento por el servicio de Dermatología (DER), quien orienta como patología infecciosa, pendiente de resultados de cultivos.

Se orientó como celulitis abcesificada y se procedió a realizar desbridamiento quirúrgico y toma de muestras por parte de TRA.

Tras los resultados de Microbiología se realizó el diagnóstico de Piomiositis en muslo derecho y abscesos subcutáneos en rodilla derecha, ambos positivos para *Staphylococcus aureus* meticilin-resistente.

El paciente fue dado de alta a hospital de convalecencia y reingresó al cabo de dos meses por cuadro de shock séptico con fiebre e hipotensión que precisó de ingreso en UCI.

Presentaba ulceración en cara anterior de rodilla con exposición ósea de la rótula y ulceraciones a nivel del pie con exposición ósea del 5º metatarsiano.

Valorado conjuntamente por equipo de TRA, ACV y Cirugía plástica (CPL). Se consideró que el paciente presentaba una isquemia crítica de la extremidad con patología infecciosa sobreañadida, no subsidiaria a tratamiento de revascularización ni de cobertura cutánea. Finalmente, dada la gravedad clínica del paciente, se procedió a realizar la amputación supracondílea de la EID en una cirugía conjunta de TRA y ACV.

El paciente fue ingresado a cargo de TRA durante el periodo postoperatorio, realizandose seguimiento a su vez por los servicios de medicina interna y Digestivo.

El muñón de amputación siguió una evolución tórpida, con dehiscencia de la herida, eritema, aspecto necrótico y ulceración de crecimiento progresivo.

Se realizaron varios tratamientos incluyendo desbridamientos quirúrgicos sucesivos y cobertura antibiótica que se extendieron durante varias semanas con escasa mejoría.

Tras descartar varios posibles diagnósticos y tras revaloración por servicio de DER, se orientó como un cuadro de Pioderma gangrenoso (PG).

Se inició tratamiento con corticoides sistémicos, experimentando la lesión una rápida mejoría.



Discusión

El PG es una enfermedad dermatológica que se presenta en forma de úlceras cutáneas. Se trata de una enfermedad reactiva e inflamatoria, no infecciosa, que se encuentra asociado a enfermedades sistémicas, entre ellas las pertenecientes al grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales, en al menos el 50% de los pacientes. Se engloba dentro del grupo de las dermatosis neutrofílicas. Los hallazgos clínicos típicos son lesiones de tipo nodular que progresan hacia lesiones ulceradas con bordes violáceos y aspecto necrótico.

Algunos pacientes presentan fenómeno de patergia positivo, por lo que ante un traumatismo o agresión cutánea, como puede ser un desbridamiento o una incisión quirúrgica, la lesión podría extenderse y dificultar su tratamiento. El diagnóstico es de exclusión y fundamentalmente clínico, aunque apoyado por los hallazgos histológicos. El tratamiento se basa en corticoides o tratamiento con inmunomoduladores de nueva generación, aunque no existen guías internacionales definidas y se debe de individualizar en función del paciente y la severidad de la lesión.

A pesar de ser una patología bien conocida, a menudo se produce un retraso diagnóstico debido a que presenta un amplio espectro de diagnósticos diferenciales y a que no existen pruebas diagnósticas concluyentes.

Conclusión

El PG es una entidad infrecuente pero que debe entrar en el diagnóstico diferencial de una lesión ulcerada y en la cual deberíamos de pensar ante la aparición de una herida postquirúrgica con evolución desfavorable, sobre todo en un paciente con una enfermedad sistémica, como puede ser una enfermedad inflamatoria intestinal.

