

## **Pioderma gangrenoso: excelente respuesta a tratamiento tópico**

### ***Pyoderma gangrenosum: excellent response to topical therapy***

#### **Sr. Editor:**

El pioderma gangrenoso es una dermatosis inflamatoria poco frecuente que se incluye en el grupo de las dermatosis neutrofilicas. Aunque se desconoce su etiología, en su patogénesis se ha postulado una disregulación del sistema inmune. Su presentación clínica más frecuente es la aparición de grandes úlceras dolorosas en extremidades inferiores.

Actualmente no existe una terapia de elección. Ninguno de los tratamientos propuestos ha sido persistentemente eficaz y los inmunosupresores sistémicos siguen siendo la terapia más utilizada. La ciclosporina oral ha demostrado ser eficaz en varios reportes, pero existe poca evidencia de su utilidad por vía tópica para esta enfermedad.

Presentamos nuestra experiencia con dos pacientes portadores de grandes úlceras de pioderma gangrenoso, quienes presentaron una excelente y rápida respuesta al tratamiento tópico con la formulación en ungüento de ciclosporina 5%, clobetasol 0,05% y gentamicina 0,2%, aplicada dos veces al día.

Una mujer de 29 años consultó por una dolorosa úlcera de 9 x 8 cm en la región mamaria derecha y otra úlcera similar de 6 x 6 cm en la región suprapúbica, lesiones de uno y dos años de evolución, respectivamente, no precedidas por intervenciones quirúrgicas o traumatismos previos. Se había tratado anteriormente con antibióticos orales y prednisona, sin mejoría significativa. El estudio histopatológico era consistente con el diagnóstico clínico de pioderma gangrenoso y la asociación con posibles patologías sistémicas fue descartada.

Al iniciar tratamiento tópico se evidenció mejoría clínica con marcado alivio del dolor a las dos semanas, resolución casi total a las 4 semanas y cicatrización completa a las 18 semanas, momento en el que se suspendió la terapia. La paciente se encuentra desde hace tres años libre de enfermedad.

Un paciente varón de 18 años, sin antecedente de traumatismo previo, desarrolló una dolorosa úlcera en su pierna izquierda, que alcanzó en 6

semanas un tamaño de 6 x 6 cm (Figura 1). Su estudio histopatológico era consistente con el diagnóstico clínico de pioderma gangrenoso y se descartó la asociación con posibles patologías sistémicas.

Al iniciar tratamiento tópico se observó alivio del dolor y resolución casi total a las 3 semanas, cicatrización completa a las 13 semanas, y luego de suspender el tratamiento ha permanecido por 4 años libre de enfermedad.

Recientemente hemos iniciado este tratamiento en otros 3 pacientes que serán parte de una nueva publicación. Su respuesta inicial al tratamiento ha sido tan favorable como la observada en estos dos casos presentados.

Estas experiencias sugieren que el tratamiento tópico en ungüento con ciclosporina, clobetasol y gentamicina, puede ser una alternativa terapéu-



**Figura 1.** Pioderma gangrenoso: pierna del segundo paciente con gran úlcera antes de iniciar tratamiento (arriba) presenta cicatrización completa a las 18 semanas de tratamiento (abajo).

tica eficaz para el tratamiento de algunos casos de pioderma gangrenoso, incluso en aquellos pacientes portadores de úlceras de gran tamaño. Antes de iniciar el tratamiento nos parece fundamental establecer correctamente el diagnóstico y diferenciar la enfermedad de múltiples otras causas de ulceración crónica, como infecciones bacterianas, por micobacterias, o micóticas profundas, enfermedad vascular periférica, vasculitis (ej. poliarteritis nodosa), neoplasias (ej. carcinoma espinocelular, linfoma cutáneo), paniculitis, entre otras. Recomendamos realizar siempre el estudio histopatológico corriente y complementarlo con muestras para cultivos o inmunofluorescencia directa, cuando se requiera. Además, por la elevada asociación de pioderma gangrenoso con enfermedades sistémicas como la enfermedad inflamatoria intestinal, artritis reumatoide, gamapatías monoclonales, vasculitis y tumores sólidos, se debe solicitar exámenes complementarios y realizar un seguimiento adecuado de estos pacientes. Es pertinente considerar en el estudio de estos casos: hemograma, velocidad de sedimentación, perfil hepático, función renal, examen de orina completa, factor reumatoideo, anticuerpos antinucleares, electroforesis de proteínas y/o cuantificación de inmunoglobulinas, estudio endoscópico (colonoscopia), y estudios de imagenología para descartar neoplasias, entre otros.

Es indudable que se necesita más evidencia científica para apoyar nuestros hallazgos con el tratamiento tópico propuesto. Pensamos que, por ser esta patología muy poco frecuente, la

difusión de nuestra experiencia es un aporte para que otros dermatólogos puedan considerar en su plan de manejo esta alternativa terapéutica y puedan reportar sus resultados, en beneficio de poder validarla.

**María Soledad Bertoló<sup>1</sup>, Marcelo Ruiz<sup>2</sup>,  
Caterina Contreras<sup>a</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Dermatología y Venereología.  
Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.  
Docente Universidad de Chile.

<sup>2</sup>Servicio de Dermatología Hospital Las  
Higueras, Talcahuano, Chile.

<sup>a</sup>Alumna de Medicina Universidad de Chile,  
Santiago, Chile.

## Referencias

1. Hadi A, Lebwohl M. Clinical features of pyoderma gangrenosum and current diagnostic trends. *J Am Acad Dermatol* 2011; 64 (5): 950-4.
2. Miller J, Yentzer BA, Clark A, Jorizzo JL, Feldman SR. Pyoderma gangrenosum: a review and update on new therapies. *J Am Acad Dermatol* 2010; 62 (4): 646-54.

Conflictos de intereses: ninguno por declarar.

Correspondencia a:  
Marcelo Ruiz  
Avenida Inglesa 485, Depto. 101, Concepción, Chile.  
E-mail: marceloalruiz@gmail.com