



IF-007 - Pioderma gangrenoso y comorbilidades asociadas: Revisión de 31 casos

G. Starita Fajardo¹, D. de Perosanz Lobo², A. González García¹, M. Fernández Guarino², P. Jaén² y L. Manzano¹

¹Medicina Interna, ²Dermatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Resumen

Objetivos: El pioderma gangrenoso (PG) se engloba dentro de las llamadas dermatosis neutrofílicas y se caracteriza por la presencia de pústulas eritematosas que progresan rápidamente a úlceras necróticas con borde violáceo deprimido. En más de la mitad de los casos se asocia con enfermedades sistémicas. El objetivo de nuestro trabajo fue describir las características epidemiológicas, clínicas y enfermedades concomitantes de los pacientes con PG diagnosticados en nuestro en los últimos 10 años.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional en el Hospital Ramón y Cajal, desde enero de 2000 a febrero de 2018. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de PG. Se estableció el diagnóstico de PG siguiendo los siguientes criterios: histología sugestiva de PG, ausencia de aislamiento microbiológico y respuesta adecuada al tratamiento con glucocorticoides.

Resultados: De los 38 casos con histología confirmada, se excluyeron 7 por no comportarse clínicamente como PG. Finalmente se estudiaron 31 pacientes. La mediana de edad fue de 48 años. 16 (51%) hombres y 15 (49%) mujeres. La mayoría de los pacientes (22 casos, 71%) presentaron enfermedades concomitantes con asociación conocida. De ellas, la más común fue la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), representada con 14 casos (45%), de los cuales 10 fueron colitis ulcerosa (CU) y 4 enfermedad de Crohn (EC). En lo que respecta a los factores de riesgo cardiovascular, la asociación más frecuente fue con la hipertensión arterial con un total de 8 pacientes (26%), seguido de la diabetes mellitus tipo 2 con 4 (13%). En el grupo con comorbilidades asociadas, se observó mayor porcentaje de pacientes (50% vs 33%, $p = 0,4$) que fueron tratados con inmunosupresores sistémicos además de corticoterapia. Los esquemas en estos pacientes fueron: azatioprina en 6 (55%), infliximab en 5 (45%), metotrexato en 3 (27%), ciclosporina sistémica en 1 (9%) y 1 único caso que precisó inmunoglobulinas intravenosas (IVIG) por la gravedad y escasa respuesta a tratamiento convencional. No encontramos mortalidad asociada al PG en nuestra serie.



Discusión: El PG es una entidad inflamatoria cutánea que en la mayoría de las ocasiones se asocia a otras condiciones inflamatorias sistémicas o factores de riesgo vascular. En nuestra cohorte, el grupo de pacientes con comorbilidades requirió mayor uso de otras estrategias inmunomoduladoras además de corticoides. Esto puede deberse a que la respuesta a corticoides sea más refractaria en las formas asociadas a enfermedad de base. Otro dato a destacar en nuestra revisión, sería la ausencia de asociación de PG con enfermedad hematológica maligna, patología que se describe en la literatura como una asociación frecuente.

Conclusiones: El PG es una enfermedad inflamatoria infrecuente. Dada la elevada asociación con otras patologías parece recomendable la búsqueda de una enfermedad subyacente en los pacientes con PG. En nuestra muestra, los pacientes con PG y comorbilidades asociadas precisaron de una mayor carga de tratamiento inmunosupresor.