

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

COLITIS ULCERATIVA Y PIODERMA GANGRENOSO

Por:

Dra. Milagros del Carmen Hernández Urra<sup>1</sup>, Dr. Mario Hernández Cubas<sup>2</sup> y Dra. Ketty Yanet Monteagudo Hernández<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Gastroenterología. Máster en Infectología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM-VC. e-mail: [milagroshu@hamc.vcl.sld.cu](mailto:milagroshu@hamc.vcl.sld.cu)
2. Especialista de I Grado en Gastroenterología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara.

*Descriptorios DeCS:*

COLITIS ULCEROSA/inmunología  
PIODERMA GANGRENOSO/inmunología

*Subject headings:*

COLITIS ULCERATIVE/immunology  
PYODERMA GANGRENOUS/immunology

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad caracterizada por una inflamación difusa y crónica de la mucosa del colon que afecta al recto en el 95 % de los pacientes, y se extiende en sentido proximal y continuo<sup>1</sup>. Clínicamente se caracteriza por diarrea con sangre, moco o ambos, en las heces, y evoluciona en forma de brotes de actividad<sup>2</sup>.

Existen una serie de manifestaciones extraintestinales asociadas que es importante reconocer, ya que en ocasiones aparecen antes de que se inicien las manifestaciones clínicas intestinales; estas pueden ser articulares, dérmicas, oftalmológicas, hepatobiliares y renales<sup>2,3</sup>. Entre las dermatológicas, la complicación más grave es el pioderma gangrenoso, con una frecuencia de 2 a 12 %, que tiene un curso independiente de la enfermedad intestinal y, por lo común, se asocia a enfermedad grave. Su localización más frecuente es en los miembros inferiores, y puede ser única o múltiple<sup>4,5</sup>. Su control terapéutico es complejo, y precisa a menudo de inmunosupresores<sup>6,7</sup>.

Presentación del paciente

Paciente femenina de 42 años, raza mestiza, con antecedentes de salud, que hace cuatro años comenzó con un cuadro de enterorragia; se le realizó colonoscopia y se observó que la mucosa colónica tenía aspecto granujiento, con pérdida del patrón vascular, eritema difuso, úlceras de pequeño tamaño, exudado y friabilidad (Fig 1).



Fig 1 Se observa mucosa colónica con aspecto granujiento y úlceras de pequeño tamaño.

Luego del diagnóstico, se le suministró a la paciente tratamiento con mesalazina y esteroides al inicio de la terapia.

Durante el curso de su enfermedad, presentó períodos de exacerbaciones de los síntomas digestivos, diarreas con sangre fundamentalmente, y remisiones de estos. Asimismo, le apareció una lesión en la cara dorsal del pie derecho que fue valorada por varios dermatólogos, para lo cual realizó disímiles tratamientos; se le tomó muestra para estudio hístico, donde se informó liquen simple crónico. Finalmente, luego de aproximadamente un año de evolución, la lesión se curó pero dejó una cicatriz (Fig 2). Durante este tiempo, la paciente no tuvo manifestaciones digestivas de su enfermedad de base. Ha presentado también lesiones cutáneas de menor envergadura que se manifiestan por pequeñas zonas eritematosas que forman luego pústulas, las que al romperse dejan solución de continuidad puntiforme en la piel, para luego observarse pequeña mancha hiperpigmentada residual. Esto siempre ocurre en miembros inferiores, sobre todo a nivel de la cara interna de los muslos; sin embargo, esto no la motivó a buscar asistencia médica.



Fig 2 Obsérvese la cicatriz en el dorso del pie derecho, como secuela del pioderma.

En esta ocasión, la paciente tuvo un período aproximado de dos semanas en que presentó diarreas con sangre y fiebre de 38-39 grados, esporádica. Luego de ello, se percató de varias lesiones que comenzaron en la cara interna del muslo como una pústula que se extendía de manera concéntrica para después ulcerarse, que abarcaron zonas de 5-15 cm aproximadamente, en número de seis y en diferentes estadios evolutivos. Estas presentaban bordes algo violáceos, elevados y rodeados de eritemas.

La paciente fue valorada por el especialista en Gastroenterología y se pensó en la posibilidad diagnóstica de un pioderma gangrenoso, por lo que se ingresó por este servicio. Luego, fue evaluada en conjunto por las especialidades de Caumatología, Angiología, Dermatología, Medicina Interna y Gastroenterología, las que concordaron con el planteamiento diagnóstico y se decidió realizar necrectomía y toma de muestra para realizar estudio hístico. Además, se inició un tratamiento con esteroides por vía parenteral e inmunosupresores (azatioprina). Posterior a ello, se informó en la biopsia pioderma gangrenoso, lo que corroboró el diagnóstico. Se mantuvo la cura de las lesiones en la unidad de Caumatología; la paciente aún se mantiene ingresada, está evolucionando satisfactoriamente y ha respondido bien al tratamiento; estará lista para el injerto de piel que propiciará el cierre definitivo de las lesiones.

#### Comentario

El pioderma gangrenoso constituye una entidad poco frecuente, y el no pensar en ello conduce a un subdiagnóstico de esta enfermedad, lo cual motivó la presentación de la paciente; debe tenerse en cuenta que no es exclusivo de la colitis ulcerosa.

### **Referencias bibliográficas**

1. Paul D, Terry P, Francois Villinger D. George A, Bubenik, MD. Melatonin and ulcerative colitis: Evidence, biological mechanisms, and future research. *Inflamm Bowel Dis.* 2009;15(1):134-40.
2. Martín de Carpi J, Chávez Caraza K, Vicente Villa MA, González Enseñat MA, Vilar Escrigas P, Vila Miravet V, *et al.* Skin manifestations of pediatric inflammatory bowel disease *An Pediatr (Barc).* 2009;70(6):570-7.
3. Rubin DT, Turner JR. Surveillance of dysplasia in inflammatory bowel disease. The gastroenterologist-pathologist partnership. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2006;4(11):1309-13.
4. Tilg H, Kaser A. Diet and relapsing ulcerative colitis. *take off the meat. An Intern J Gastroent Hepatol.* 2004;53:1479-84.
5. Popivanova BK, Kazuya K, Yu Wu, Toshikazu K, Takashi K, Shiuchi K, *et al.* Blocking TNF- $\alpha$  in mice reduces colorectal carcinogenesis associated with chronic colitis. *J Clin Invest.* 2008;118(2):560-70.
6. Graham L. AGA reviews the use of corticosteroids, immunomodulators, and infliximab in IBD. *Am Fam Physician.* 2007;75:410-2.
7. Vergara-Fernández O, Vega R, Morales-Olivera JM, Gamboa-Domínguez A, Uscanga L, Takahashi-Monroy T. Pioderma gangrenoso periestomal en colitis ulcerativa; primer reporte de un caso en México. *Rev Gastroenterol Mex [Internet].* 2008 [citado el 2 de septiembre de 2009];73(2):[aprox.4 p.]. Disponible en: <http://www.gastro.org.mx/docs/7389.pdf>

Recibido: 27 de mayo de 2010

Aprobado: 9 de junio de 2010