

Pioderma gangrenoso superficial como complicación de mamoplastia

Superficial granulomatous pyoderma gangrenosum as a complication in mammoplasty



González de Vicente, R.

González de Vicente, R^{*}., Amorrortu, J^{**}., Gallo, S^{***}., Folch, J^{****}.,
González Martínez, R.^{*****}

Resumen

El Pioderma Gangrenoso (PG) es una rara enfermedad de etiología desconocida, sospechándose que pudiera ser debida a trastornos de autoinmunidad. Presentamos 2 casos de PG Granulomatoso en el postoperatorio mediato (3-6 semanas) en pacientes sometidas a mamoplastia (mastopexia con prótesis). Ambos casos se solucionaron mediante tratamiento con corticoesteroides.

Abstract

Pyoderma Gangrenosum (PG) is a rare disease whose etiology is unknown, suspecting that could be due to autoimmune disorders. We present 2 cases of Granulomatous PG in mediate postoperative (3-6 weeks) in patients undergoing mammoplasty (mastopexy with prosthesis). Both cases were solved by treatment with corticosteroids.

Palabras clave Pioderma gangrenoso granulomatoso,
Mastopexia, Mamoplastia de aumento.

Código numérico 521-523

Key words Pyoderma gangrenosum granulomatous,
Mastopexy, Augmentative mammoplasty.

Numeral Code 521-523

* Cirujano Plástico. Clínica Dual, Valencia. España.

** Profesor Asociado de Cirugía Plástica, Facultad de Medicina de Valencia. Cirujano Plástico del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Cirujano Plástico Clínica Dual, Valencia. Cirujano Plástico Clínica Quirón Valencia. España.

*** Profesot Titular de Tecnología Sanitaria Instituto de Formación Profesional "Tierno Galván", Moncada, Valencia. España.

**** Especialista en Medicina Laboral. Medicina Estética Clínica Dual, Valencia. España.

***** Cirujano Plástico. Clínica Dr. González, Castellón. España

Introducción

El Pioderma gangrenoso (PG), descrito inicialmente por Brusting y cols (1), es una afección dermatológica poco común de origen desconocido que se caracteriza por la aparición de úlceras cutáneas de carácter necrótico, de progresión rápida y recurrente.

Están descritas 4 variantes clínicas de PG (2-4): la forma ulcerativa o clásica; la forma ampollosa, dolorosa y menos destructiva en profundidad; la forma pustulosa, en la que las pústulas no llegan prácticamente a ulcerarse; y la forma granulomatosa, superficial o vegetante, sin bordes característicos, de aparición generalmente en el tronco, frecuentemente poco agresiva y que suele responder más fácilmente a los tratamientos.

En aproximadamente el 50% de los casos, el PG se asocia a enfermedades sistémicas con componente autoinmune (5), si bien la forma superficial granulomatosa parece tener un comportamiento diferente, por ser menos agresiva y no asociarse a enfermedades sistémicas.

La Etiología del PG es desconocida; podría considerarse que se trata de una foliculitis supurativa que aparece como consecuencia de una reactividad cruzada entre antígenos del epitelio intestinal y el folicular cutáneo, como la citoqueratina 18.

Su asociación a enfermedades autoinmunes, neoplasias, traumatismos y enfermedades inflamatorias crónicas, ha sugerido que factores no identificados todavía, producirían una alteración en la respuesta inmunológica que desencadenaría el PG. Es probable que el factor que da lugar a la aparición de un brote de PG y la base patogénica del paciente sean distintas de unos individuos a otros respecto a la potencial alteración o enfermedad sistémica asociada.

Casos clínicos

Caso 1: Paciente de 32 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, a quien 1 año antes se le había intervenido en otro centro clínico por ptosis e hipoplasia mamarias, habiéndosele efectuado mastopexia mediante técnica vertical y aumento del volumen mamario con prótesis en posición retropectoral (Fig. 1).

La paciente fue intervenida por nosotros, bajo anestesia general, efectuando una revisión del procedimiento quirúrgico anterior; para ello se reposicionaron las prótesis (no se cambiaron), se reacompló el tejido mamario y se redujo el tamaño de las areolas. Se cumple el protocolo pre y postquirúrgico habitual pautándose tratamiento con antibióticos durante 7 días y antiálgicos-antiinflamatorio durante 15 días. El postoperatorio inmediato transcurre dentro de lo habitual durante las 4 primeras semanas.

En la quinta semana, se inicia una foliculitis supurativa o erosiva en el área periareolar de la mama derecha, sin alteraciones generales (no fiebre, ni dolor). Se toma

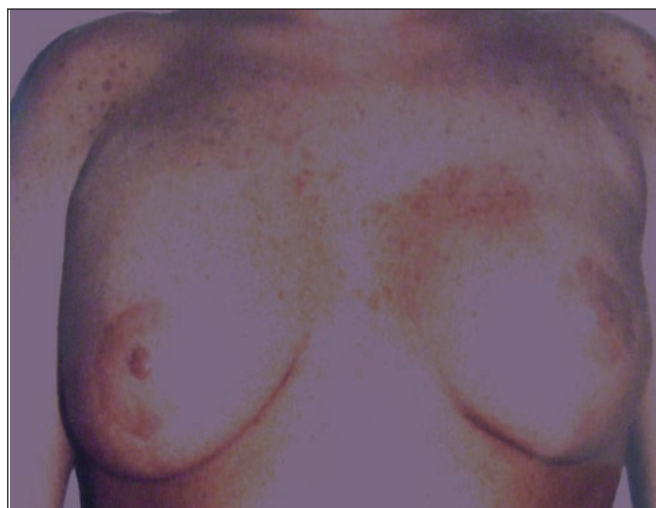


Fig. 1. Caso 1: Preoperatorio.

muestra para cultivo y ATB. Se inicia tratamiento con ampicilina oral y eosina 3% local.

Una semana más tarde, el cuadro clínico (Fig. 2) no ha mejorado y se ha extendido en forma de mancha de aceite 1 cm. más. El cultivo bacteriológico fue negativo. Se sospecha PG y se pauta tratamiento oral con 40 mg diarios de prednisona, manteniendo la cura local con eosina.



Fig. 2. Caso 1: Mama derecha, PG Granulomatosa (fase de foliculitis supurativa)

Una semana más tarde el cuadro está mejorando clínicamente, no ha aumentado su extensión y ha disminuido la foliculitis. Se pauta tratamiento con prednisona en dosis decreciente, 40 mg diarios con un día de descanso semanal y disminución de la dosis semanalmente en 10 mg.

A la cuarta semana de tratamiento, el área de foliculitis se encuentra totalmente cicatrizada. Esta cuarta semana la paciente ha estado tomando 10 mg diarios de prednisona. Se mantiene el tratamiento con prednisona en dosis de 5mg diarios una semana, descanso de un día, 2 mg diarios, descanso de un día, 2 mg diarios durante 6 días, sin tratamiento 15 días y control. En la revisión al segundo mes de iniciado el tratamiento se considera el



Fig.3. Caso 1: PGG cicatrizado a los 2 meses de tratamiento.

problema solucionado (Fig. 3) y la paciente es dada de alta clínica provisional.

Caso 2: Paciente de 36 años de edad, sin antecedentes patológicos dignos de interés. Había sido intervenida quirúrgicamente en otro centro sanitario años atrás, para aumentar el volumen de sus mamas y en el momento actual, según la paciente, éstas eran “grandes y caídas”, y deseaba “subirlas sin disminuir el volumen, a ser posible”.

Se planificó tratamiento quirúrgico y se intervino bajo anestesia general efectuándose mastopexia en T invertida de rama horizontal corta y recambio protésico, manteniendo el mismo volumen y posición de los implantes (retropectoral).

Se cumple el protocolo pre y postquirúrgico habitual que incluye tratamiento con antibióticos durante 7 días y antiálgicos-antiinflamatorio durante 15 días. El postoperatorio inmediato transcurre dentro de lo habitual durante los primeros 15 días; se retiran drenajes a los 4 días y suturas a los 15 días de la intervención.



Fig 4. Caso 2: Mama derecha. PGG Cicatrizado (imagen a los 2 meses de tratamiento)

A los 21 días de postoperatorio, se aprecia cuadro de foliculitis en el lado interno de la cicatriz areolar y en la vertical de la cicatriz de pexia de la mama derecha. Se diagnostica clínicamente como PG y se pauta tratamiento similar al del caso 1.

Dos meses después, la paciente se encuentra en la situación que mostramos en la figura 4.

Discusión

Como decimos en el apartado de introducción, la etiología del PG es desconocida y podría considerarse que se trata de una foliculitis supurativa que aparece como consecuencia de una reactividad cruzada entre antígenos del epitelio intestinal y del folicular cutáneo, como la citoqueratina 18.

La asociación del PG a enfermedades autoinmunes, neoplasias, traumatismos y enfermedades inflamatorias crónicas, ha sugerido que factores no identificados todavía, producirían una alteración en la respuesta inmunológica que desencadenaría el PG.

Como dice Wustrack (6), el PG es una enfermedad cutánea infrecuente con diferentes manifestaciones clínicas en cuanto a su presentación y que plantea dificultades en su diagnóstico clínico si no tenemos la sospecha de encontrarla ante ella (7). Histológicamente ocurre casi lo mismo; el patólogo, para establecer la probabilidad de diagnóstico tiene que pensar en ella.

Por otra parte, su incidencia es baja o infrecuente y se suele citar en la bibliografía al respecto el hecho de que la Clínica Mayo en 53 años (1930-1982) reunió 183 casos (7), que no parecen muchos.

El PG Granulomatoso postquirúrgico plástico-estético de la mama ha sido comunicado cada vez más frecuentemente desde los años 90 hasta la actualidad (8-14). Algunos casos están asociados a enfermedades digestivas autoinmunes y otros no tenían patología de base previa, lo que hace que pensar que la patergia no es frecuentemente un indicador. Ouazzani, y cols. (15), piensan que el PG postquirúrgico es en sí una entidad específica que tiene algunos aspectos clínicos del PG y otros que son exclusivamente propios, como: a) una evolución hacia pequeñas áreas de dehiscencia de sutura, que progresivamente van confluyendo formando un área de tejido ulcerado sin granulaciones, b) aparición de los síntomas que pueden tardar hasta 6 semanas después del proceso quirúrgico, c) no afectación del complejo areola-pezones, y d) una rápida respuesta a los inmunomoduladores.

En general, sin el tratamiento adecuado la enfermedad progresa rápida y destructivamente, lo que puede crear confusión con una fascitis necrotizante, si bien los cultivos bacterianos son negativos.

Con respecto al tratamiento, existen incógnitas al respecto y está basado en la utilización de corticosteroides y/o inmunosupresores (ciclosporina, tacrolimus, etc.) (16). En nuestro caso el uso de corticosteroides solucionó

el problema. El tratamiento local, con el proceso controlado, es el de cicatrización de una ulceración o herida cutánea.

En general, la sospecha diagnóstica de esta patología es difícil en si misma y requiere pensar en esta posibilidad. En nuestro caso la aproximación diagnóstica se produjo por ser una exulceración (lesión aguda con pérdida de continuidad de la piel que solo afecta a la epidermis) de progresión rápida, con cultivos bacterianos negativos, en un área de agresión quirúrgica y fundamentalmente por el hecho de haber colaborado con el Servicio de Dermatología del Hospital General Universitario de Valencia durante muchos años y haber tenido la oportunidad de participar en la comunicación de algunos casos a finales de los años 90 (4).

Los 2 casos que presentamos, sobre todo el segundo, adolecen de cierta falta de documentación iconográfica ya que estaban englobados en la rutina de tratamiento quirúrgico de la mamoplastia y no se planificaron para una comunicación. El espacio transcurrido entre ambos casos ha sido mayor de 1,5 años. Para el primer firmante del artículo son los 2 primeros casos vistos en 18 años de práctica y el segundo firmante ha tratado 5 casos en 35 años.

Ninguna de las pacientes tenía historia clínica de antecedentes de patología inmunológica alguna, en la exploración analítica básica preoperatoria no había alteraciones dignas de interés y marcadores de hepatitis C y VIH negativos. La primera paciente era consumidora ocasional de marihuana.

La aparición de este tipo de patología asociada a procedimientos de Cirugía Estética afortunadamente es muy poco frecuente, pero cuando se da puede ser dramática si no pensamos en ella, tan dramática como una gangrena de Fournier o una fascitis necrotizante. Evidentemente la aparición de esta patología en un paciente necesita una cuidadosa y meticulosa atención del equipo de Cirugía Estética-Plástica responsable de la intervención.

Por otra parte, solucionada la enfermedad o el brote de la misma, es necesario que la paciente entienda de manera clara lo que ha ocurrido y evalúe los riesgos de someterse a una nueva intervención para corregir las cicatrices secuela del PG. La tentación de revisar estas cicatrices quirúrgicamente para mejorarlas, es asumir un nuevo riesgo; en los casos que presentamos, la primera paciente se ha conformado con la secuela y la segunda ocasionalmente plantea la posibilidad de que le revisemos y mejoremos sus cicatrices.

Conclusiones

La aparición de lesiones foliculares, cercanas a un área quirúrgica, con aspecto de foliculitis, que se ulceran progresivamente tendiendo a confluír provocando una exulceración más que una ulceración franca, sin mal olor, con estudio bacteriológico negativo y con mala o nula respuesta a la antibioterapia, deben hacer pensar que nos en-

contramos ante un Pypoderma Gangrenoso Granulomatoso Superficial.

Dirección del autor

Dr. Ricardo González de Vicente
Clínica Dual.
C/ Colón, 4
46001 Valencia, España.
e-mail: rgdv@telefonica.net

Bibliografía

1. **Brunsting, LA., Goeckenman, WH., O'Leary, PA.:** "Pyoderma gangrenosum: clinical and experimental observations in five cases occurring in adults". Arch. Dermatol. 1930; 22: 655.
2. **Wilson-Jones, E., Winkelmann, RK.:** "Superficial granulomatous pyoderma: A localized vegetative form of pyoderma gangrenosum". J. Am Acad. Dermatol. 1988; 18: 511.
3. **Powell, FC., Su, WPD., Perry, HO.:** "Pyoderma gangrenosum: Classification and management". J. Am. Acad. Dermatol. 1996; 34 (3): 395.
4. **Salvat, C., Grau, M., Miquel, F J., et al.:** "Pyoderma gangrenosum: unusual complication following mammaplasty reduction". Int. J. Dermatol. October 1998; 37(10):794.
5. **Valecillos, M., Oliver, A., Rondón-Lugo, E., et al.:** "Pyoderma Granulomatoso superficial recalcitrante y embarazo. Presentación de un caso y revisión de la literatura". Derm. Venez 1998; 36: 68.
6. **Wustrack, KO., Zarem, HA.:** "Pyoderma gangrenosum: recognition and management". Plast. Reconstr Surg. 1978, 62(3):423.
7. **Powell, FC., Perry, HO.:** "Pyoderma gangrenosum in childhood". Arch. Dermatol. 1984; 120: 757.
8. **Gateley, CA., Foster, ME.,** "Pyoderma gangrenosum of the breast". Br. J. Clin Pract. 1990; 44: 713-714.
9. **Gudi, VS., Julian, C., and Bowers, PW.:** "Pyoderma gangrenosum complicating bilateral mammaplasty". Br. J. Plast. Surg. 2000, 53(5): 440.
10. **Rozen, S., Nahabedian, M.Y. et al.:** "FACS Management Strategies for Pyoderma Gangrenosum: Case Studies and Review of Literature". Ann. Plast. Surg. 2001: 47(3):310.
11. **Lifchez, SD., and Larson, DL.:** "Pyoderma gangrenosum after mammaplasty in a otherwise healthy patient". Ann. Plast. Surg. 2002; 49(4):410.
12. **Poucke, SV., Jorens, PG., Peeters, R., et al.:** "Pyoderma gangrenosum: a challenging complication of bilateral mastopexy". Int. Wound. J. 2004; 1(3): 207.
13. **Eulufi, A., Calderon, W., Piñeros, JL., et al.:** "Pyoderma gangrenosa en cirugía plástica: Comunicación de tres casos". Rev. Med. Chile. 2006; 134:339.
14. **Davis, M., Alexander, J., Prawer, S.:** "Pyoderma gangrenosum of the breasts precipitated by breast surgery". J. Am. Acad. Dermatol. 2006; 55(2):317.
15. **Ouazzani, A., Berthe, JV., de Fontaine, S.:** "Post-surgical pyoderma gangrenosum: a clinical entity". Acta. Chir. Belg. 2007, 107(4):424.
16. **Gettler, S.L., Rothe, M.J., Grin C. Grant-Kels, J.M.:** "Optimal Treatment of Pyoderma Gangrenosum". Am. J. of Clin. Dermatol. 2003; 4(9):597.