

Pioderma gangrenoso en mamoplastia posbariátrica

Pyoderma gangrenosum in postbariatric mammoplasty

D. Cassaloni¹, A. Mendoza², C. Gallastegui³, M. García Jorquera⁴, M. Checchi⁵

RESUMEN

El pioderma gangrenoso es una patología infrecuente, de origen desconocido, caracterizada por la presencia de úlceras cutáneas de carácter necrótico, de aparición recurrente y rápida progresión. Puede manifestarse en cualquier área anatómica a partir de procesos quirúrgicos o traumáticos, que actúan como disparadores de la reacción autoinmune localizada. En pacientes con cirugía reciente, los signos y síntomas de esta patología se asemejan a una infección posoperatoria. El tratamiento se basa en el uso de corticosteroides e inmunosupresores, contraindicando la conducta quirúrgica dado que la misma puede exacerbar la enfermedad.

Presentamos un caso de pioderma gangrenoso en mastoplastia posbariátrica con inclusión de prótesis.

Palabras claves: pioderma gangrenoso, patergia, mamoplastia.

ABSTRACT

Pyoderma gangrenosum is a rare pathology of unknown origin, characterized by the presence of necrotic skin ulcers of recurrent appearance and rapid progression. It can emerge in any anatomic area, after surgeries or traumatic procedures which act as triggers of the localized immune reaction. In patients who have undergone recent surgeries, the signs and symptoms from this pathology resemble a post-operative infection. The treatment consist of corticosteroids and/or immunosuppressants. Surgical procedure is contraindicated since it can exacerbate the disease. We present a case of pyoderma gangrenosum in mastopexy with breast implant insertion post bariatric surgery.

Key words: pyoderma gangrenosum, patergia, mammoplasty.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2020;26(3):148-152. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202003/0148-0152](https://doi.org/10.32825/RACP/202003/0148-0152)

INTRODUCCIÓN

El pioderma gangrenoso (PG) es una patología infrecuente, de origen desconocido¹, caracterizada por la presencia de úlceras cutáneas dolorosas, de bordes irregulares y violáceos, de carácter necrótico y de rápida progresión, ya descrita en el año 1930 por Brunsting, Goeckerman y O'Leary².

El PG puede presentarse en cualquier área anatómica, incluyendo las mamas, y su localización más frecuente es a nivel de los miembros inferiores³. Su aparición puede verse desencadenada a partir de procesos quirúrgicos o traumáticos que actúan como disparadores de la reacción autoinmune localizada.

Cabe mencionar su íntima asociación a enfermedades sistémicas como colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, artritis reumatoidea y neoplasias hematológicas, donde la alteración de la respuesta inmune es el denominador común³ (**Cuadro 1**).

La relación entre la cirugía mamaria y el PG es infre-

cuente⁴. Aun así la encontramos descripta en la literatura en relación a múltiples procedimientos quirúrgicos, incluyendo cirugía reconstructiva mamaria, mamoplastias de aumento y de reducción⁵.

La importancia de realizar un correcto diagnóstico radica en su similitud con la infección de sitio quirúrgico, teniendo en cuenta que el PG presenta buena respuesta al tratamiento sistémico con corticoides e inmunosupresores⁶ y una contraindicación franca al manejo quirúrgico, dado que este produce una exacerbación del cuadro cutáneo, denominada como fenómeno de patergia⁷. Para establecer el diagnóstico definitivo, se han propuesto criterios mayores y menores⁸ (**Cuadro 2**).

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de 33 años, de sexo femenino, con antecedentes personales de *bypass* gástrico en 2010 y fístulas perianales. Se presenta a la consulta para realización de mastopexia bilateral con inclusión de prótesis mamarias. Al momento de la consulta, paciente normonutrida (albúmina 4,34 g/dl) con BMI de 23 (**Figura 1**).

Se realizó mastopexia bilateral con inclusión de prótesis redondas texturizadas en plano subfascial, de 275 cc en mama derecha y 300 cc en mama izquierda, para compensar una anisomastia.

Al 10mo día posquirúrgico, la paciente planteó la imposibilidad de permanencia en la ciudad. Dada su buena evolución, se la autorizó a regresar a su lugar de residencia, con la condición de que mantuviera el contacto y los controles semanales.

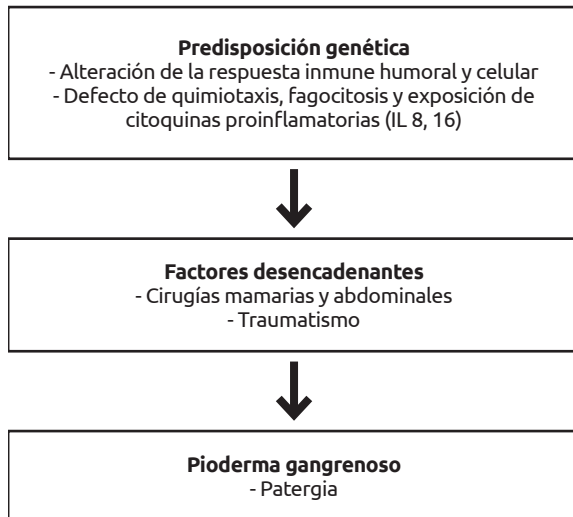
1. Cirujano Plástico, médico de staff. Subdirector de carrera de especialista UBA, sede Houssay.
2. Residente 1º año Cirugía Plástica UBA.
3. Residente 2º año Cirugía Plástica UBA.
4. Residente 3º año Cirugía Plástica UBA.
5. Jefa de Servicio de Cirugía Plástica. Directora de carrera de especialista UBA, sede Houssay.

Hospital Houssay

✉ Correspondencia: revista@sacper.org.ar

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 12/08/2020 | Aceptado: 04/09/2020



Cuadro 1. Fisiopatología: en individuos con cierta predisposición genética, la presencia de un factor desencadenante, como podría ser una cirugía mamaria o abdominal, determina una reacción inflamatoria de la piel que produce disrupción epidérmica, desencadenando la aparición de una pápula o pústula en la zona lesionada (reacción de patergia).

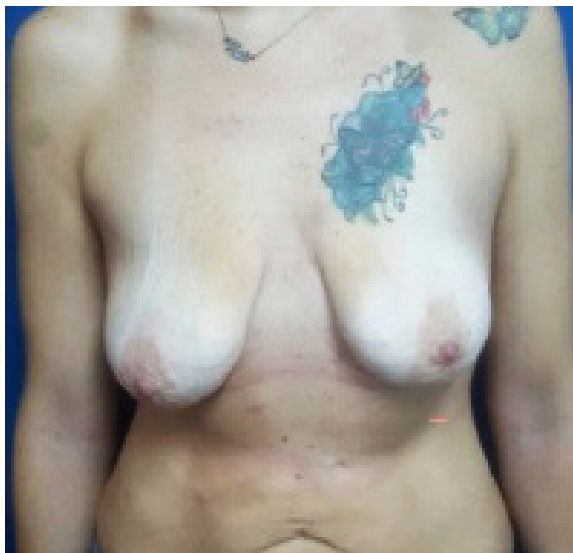


Figura 1. Foto preparatoria. Nótese la anisomastia.

Al 12mo día posquirúrgico consultó vía telefónica por dehiscencia cicatrizal bilateral (**Figura 2**), motivo por el cual se le solicitó que concurriera al hospital de forma inmediata.

La paciente concurrió a la consulta presencial al 15to día postquirúrgico, momento en el cual se define su internación. Se decide realizar toilette quirúrgica con reavivamiento de bordes y cierre sin tensión (**Figura 3**), tratamiento antibiótico endovenoso (cefalotina 1 g cada 12 horas), analgésicos endovenosos y dexametasona 8 mg endovenosa (única dosis), debido a una dermatitis de contacto en la zona perilesional.

La paciente presentó evolución favorable, por lo que se decidió el alta al 5to día posterior al cierre de la herida. Al 25to día de la última intervención, la paciente remi-

Criterios mayores
1. Rápida progresión (expansión del margen 1 a 2 cm por día o >50% en un mes) de la úlcera necrótica, dolorosa, de borde irregular y violáceo.
2. Exclusión de otra causa de úlcera cutánea.
Criterios menores
1. Historia sugestiva de patergia.
2. Enfermedad sistémica asociada a PG.
3. Hallazgos histopatológicos compatibles (neutrofilia estéril en dermis, inflamación mixta, vasculitis linfocítica).
4. Rápida respuesta al tratamiento sistémico con glucocorticoides.

Cuadro 2. Deben cumplirse ambos criterios mayores y al menos un criterio menor para el diagnóstico de PG.

te fotografías de ambas mamas, en las que se evidencian nuevas lesiones ulceradas con dehiscencia de herida quirúrgica (**Figura 4**).

Frente a dichos hallazgos se sospecha como diagnóstico presuntivo PG. Se procede a nueva internación en la que se realiza toma de biopsia de las úlceras en la región central y en la conjunción del área sana con el área necrótica (**Figura 5**).

Tras la confirmación histopatológica de PG (**Figura 6**), se desestima el tratamiento quirúrgico y se inicia tratamiento, junto con el Servicio de Clínica Médica y Reumatología, con prednisona 60 mg/día (20 mg por la mañana y 40 mg por la tarde), y posterior descenso a 40 mg/día.

Debido a que está contraindicada la agresión con toilette quirúrgica, se lavaron diariamente las heridas con solución fisiológica y tratamiento local con crema de ácido fusídico y betametasona.

Tras 30 días de tratamiento, se observó el cierre completo de ambas mamas.

La paciente presentó buena evolución, teniendo a los 2 años un resultado estético aceptable (**Figura 8**).

DISCUSIÓN

El PG es una enfermedad cutánea y de etiología desconocida^{1,9}. Se trata de una patología infrecuente, con una incidencia estimada de 3 casos por millón/año en los EE.UU.¹⁰. Podría considerarse como una foliculitis supurativa que se da como consecuencia de una reactividad cruzada entre antígenos del epitelio intestinal y del folículo cutáneo, como la citoqueratina 18,¹¹ y pueden simular una infección estreptocócica grave¹².

El PG es una entidad que puede presentarse de varias formas clínicas: ulcerativa o clásica (la más prevalente), ampollosa, pustulosa, vegetativa, periostomal, genital, mamaria, infantil y posquirúrgica^{7,13}.

El PG se destaca por la presencia de lesiones ulceradas cutáneas, dolorosas, de aspecto infeccioso, con secreción purulenta, inodoras, con estudios bacteriológicos negativos (a menos que se presente con sobrein-

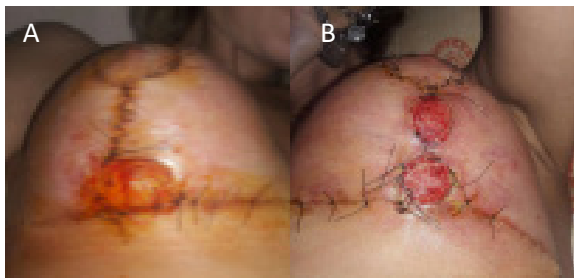


Figura 2. Dehiscencia de herida quirúrgica en mama derecha (A) y mama izquierda (B). Foto remitida por la paciente, por vía telefónica.

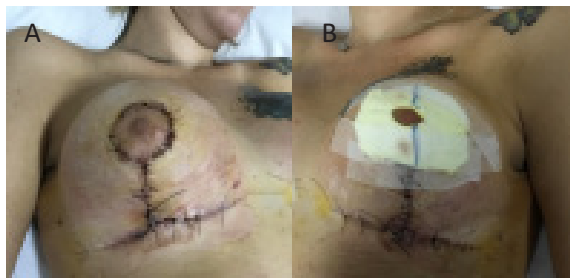


Figura 3. Posoperatorio inmediato de reanimación de bordes y cierre de herida sin tensión en mama derecha (A) y mama izquierda (B).



Figura 4. Nuevas lesiones ulceradas con dehiscencia de herida en ambas mamas. Foto remitida por la paciente, por vía telefónica.

Informe Histopatológico

Paciente:	██████████	Fecha:	12/jun/201
Protocolo:	0100738	H. Clínica:	30682402
Médico:	Cassaloni (CEMAC)	Edad:	33
Procedencia:	Accord Salud		

Material: 1) Piel; mama der centro; biopsia
 2) Piel; mama der periferia; biopsia
 3) Piel; mama izq centro; biopsia

Diagnóstico

1); 2) y 3) Imagen histológica compatible con pioderma gangrenoso debiendose correlacionar con características clínicas de la lesión.

Figura 6. Informe histopatológico, confirmando el diagnóstico de PG.

fección), de bordes irregulares y con una exacerbada respuesta al trauma, conocida como patergia^{7,14}, tal y como pudimos observarlo en nuestra paciente.

En pacientes con cirugía reciente, los signos y síntomas de esta patología se asemejan a una infección posoperatoria, pero a diferencia de esta, el PG no responde al tratamiento antibiótico y presenta cultivos negativos. Por otro lado, los síntomas pueden tardar en aparecer hasta 6 semanas después del proceso quirúrgico, dificultando aún más el diagnóstico definitivo^{15,16}.

El diagnóstico diferencial principal de esta entidad es la fascitis necrosante, de rápido progreso, pero que presenta crepitación y signos de toxicidad sistémica¹⁷. No se ha encontrado ningún marcador diagnóstico específico, el mismo se basa en la presunción y descarte de otras patologías¹⁸.

Cabe sospecharlo en los casos en que se presenta dehiscencia de sutura, que progresivamente confluye en un



Figura 5. Úlcera necrótica, que respeta complejo areola-pezón, de la cual se toma biopsia x3 para estudio histopatológico.

área de tejido ulcerado. Cuando afecta la mama, el PG no afecta el complejo areolapezón¹⁹ y presenta una rápida respuesta al tratamiento con corticoides y/o inmunosupresores⁶. Uno de los esteroides más usados es la prednisona, en dosis de 1 a 2 mg/kg/día, o la metilprednisolona, 1 g/día. Cuando no se obtiene respuesta a los corticoides, pueden usarse inmunosupresores como la ciclosporina 5 a 10 mg/kg/día. Se han probado también otros fármacos en su tratamiento, como metotrexato, azatioprina, talidomida y tacrolimus⁶.

En los casos de PG, el tratamiento quirúrgico está contraindicado, ya que puede exacerbar la enfermedad, por eso se prefieren los cierres por segunda intención, a pesar de las secuelas cicatrizales que pueden ocasionar.

CONCLUSIONES

Para llegar al diagnóstico del PG, el principal factor es la sospecha del mismo, sobre todo en lesiones que



Figura 7. A y B: Resultado a los 2 años posteriores al tratamiento con glucocorticoides.

se ulceran progresivamente con mala respuesta al tratamiento antibiótico y que se exacerban con el tratamiento quirúrgico.

Debido a la infrecuencia de esta enfermedad, es fundamental el manejo interdisciplinario para alcanzar un tratamiento efectivo y seguro.

El reconocimiento y tratamiento precoz es importante para prevenir serias morbilidades físicas y psicológicas.

DECLARACIONES ÉTICAS

Conflictos de interés: los autores declaran no presentar conflictos de interés.

Aprobación ética: todos los estudios realizados con participantes humanos fueron realizados según los estándares éticos del comité de investigación nacional y con la Declaración de Helsinki de 1964 y sus enmiendas posteriores o estándares éticos comparables. Para este reporte de caso no se requiere aprobación ética.

Consentimiento informado: el consentimiento informado fue obtenido de todos los pacientes incluidos en este estudio.

Consentimiento del paciente: el paciente firmó el consentimiento informado respecto de la publicación de su información y fotografías.

Fondos: ninguno

BIBLIOGRAFÍA

1. Ehrl DC, Heidekrueger PI, Broer PN. *Pyoderma gangrenosum after breast surgery: a systematic review. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 2018, vol. 71, no 7, p. 1023-1032.
2. Brunsting LA, Goeckerman WH, O'Leary PA. *Pyoderma (echthyma) gangrenosum: clinical and experimental observations in five cases occurring in adults. Archives of Dermatology*, 1982, vol. 118, no 10, p. 743-768.
3. Tuffaha SH, et al. *Pyoderma gangrenosum after breast surgery: diagnostic pearls and treatment recommendations based on a systematic literature review. Annals of plastic surgery*, 2016, vol. 77, no 2, p. e39-e44.
4. Zaouak A, et al. *Breast pyoderma gangrenosum. Presse medicale (Paris, France: 1983)*, 2019, vol. 48, no 9, p. 1007.
5. Tolkachjov SN, et al. *Postoperative pyoderma gangrenosum: a clinical review of published cases. En Mayo Clinic Proceedings. Elsevier*, 2016, p. 1267-1279
6. Doren, Erin Louise; Aya-Ay ML. *Pyoderma gangrenosum following breast reduction: treatment with topical tacrolimus and steroids. Aesthetic Surgery Journal*, 2014, vol. 34, no 3, p. 394-399.
7. Mansur AT, et al. *Pyoderma gangrenosum on the breast: a case presentation and review of the published work. The Journal of dermatology*, 2010, vol. 37, no 1, p. 107-110.
8. George C, Deroide F, Rustin M. *Pyoderma gangrenosum—a guide to diagnosis and management. Clinical Medicine*, 2019, vol. 19, no 3, p. 224.
9. Davis MDP; Alexander JL, Prawer SE. *Pyoderma gangrenosum of the breasts precipitated by breast surgery. Journal of the American Academy of Dermatology*, 2006, vol. 55, no 2, p. 317-320.
10. Goshtasby PH, Chami RG, Johnson RM. *A novel approach to the management of pyoderma gangrenosum complicating reduction mammoplasty. Aesthetic surgery journal*, 2010, vol. 30, no 2, p. 186-193.
11. González De Vicente R, et al. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 2011, vol. 37, no 1, p. 51-54.
12. Grillo MA, et al. *Postsurgical pyoderma gangrenosum complicating reduction mammoplasty. Aesthetic plastic surgery*, 2012, vol. 36, no 6, p. 1347-1352.
13. Nart IF, et al. *Pyoderma gangrenoso. Piel: Formación continua en dermatología*, 2012, vol. 27, no 3, p. 132-144.
14. Callen JP, Jackson JM. *Pyoderma gangrenosum: an update. Rheu-*

- matic Disease Clinics of North America*, 2007, vol. 33, no 4, p. 787-802.
15. 15 Ouazzani A, Berthe J-V, De Fontaine S. Post-surgical pyoderma gangrenosum: a clinical entity. *Acta chirurgica Belgica*, 2007, vol. 107, no 4, p. 424-428.
 16. 16 Mella JR, Maselli AM, Guo L. A Deceptive Diagnosis: Pyoderma Gangrenosum After Breast Surgery —A Case Series and Literature Review. *Annals of plastic surgery*, 2019, vol. 83, no 4S, p. S21-S30.
 17. 17 Ruocco E, et al. Pyoderma gangrenosum: an updated review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2009, vol. 23, no 9, p. 1008-1017.
 18. 18 Larcher L, et al. Aesthetic breast augmentation mastopexy followed by postsurgical pyoderma gangrenosum (PSPG): clinic, treatment, and review of the literature. *Aesthetic plastic surgery*, 2015, vol. 39, no 4, p. 506-513.
 19. 19 Touil LL, et al. Postsurgical pyoderma gangrenosum versus necrotizing fasciitis: can we spot the difference?. *Annals of Plastic Surgery*, 2017, vol. 78, no 5, p. 582-586.