Pioderma gangrenoso: complicación severa tras cirugía de contorno corporal

Pyoderma gangrenosum: severe complication after body contouring surgery

Dr. Matías Del Río[1], Dra. Josefina Gazmuri[1], Dr. José Ramón Rodríguez[1,2]

RESUMEN

El pioderma gangrenoso (PG) es una enfermedad cutánea inflamatoria poco frecuente, caracterizada por lesiones que evolucionan rápidamente hacia úlceras dolorosas y expansivas. Representa un desafío diagnóstico y terapéutico significativo, ya que con frecuencia se confunde con otras afecciones ulcerativas, especialmente infecciosas. Este error diagnóstico dificulta considerablemente el manejo eficaz del PG, el cual típicamente requiere un inicio oportuno de terapias inmunosupresoras o, más recientemente, inmunomoduladores. Describimos el caso de un paciente masculino de 47 años que desarrolló PG como complicación posterior a una lipoabdominoplastia, presentando lesiones ulcerativas extensas en la zona quirúrgica. Inicialmente se asumió un origen infeccioso, por lo que recibió múltiples esquemas antimicrobianos y desbridamientos quirúrgicos, con empeoramiento progresivo de las lesiones y compromiso sistémico. Una vez sospechado el PG e iniciado el tratamiento adecuado, se logró un rápido control de la enfermedad, lo que permitió la cicatrización de las heridas y la posterior realización de injertos cutáneos. Este caso resalta la importancia crítica del reconocimiento y tratamiento precoz del PG para mejorar el pronóstico y reducir la morbilidad y mortalidad asociadas.

Palabras clave: pioderma gangrenoso, lipoabdominoplastia, úlcera cutánea, retraso del tratamiento, terapia de inmunosupresión, inmunomodulación.

ABSTRACT

Pyoderma gangrenosum (PG) is a rare inflammatory skin disorder characterized by cutaneous lesions that rapidly evolve into painful, expanding ulcers. It poses significant diagnostic and therapeutic challenges, often being mistaken for other ulcerative conditions, particularly infection. Such misdiagnosis greatly hinders effective management of PG, which typically requires timely initiation of immunosuppressive, or more recently, immunomodulatory therapies. This report details the case of a 47-year-old male that developed PG as a complication following lipoabdominoplasty, presenting extensive ulcerative lesions at the surgical site. Initially presumed to be of infectious origin, the patient underwent multiple courses of antimicrobial therapy and surgical debridements, leading to continuous worsening of lesions and systemic compromise. Once PG was suspected and correct treatment was initiated, rapid disease control was achieved, enabling wound healing and subsequent skin grafting. This case underscores the critical importance of early recognition and treatment in PG, allowing improved outcomes and minimizing mortality and morbidity.

Key words: pyoderma gangrenosum, lipoabdominoplasty, skin ulcer, treatment delay, immunosuppression therapy, immunomodulation.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2025;31(4):178-181. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202504/0178-0181

INTRODUCCIÓN

El pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis inflamatoria no infecciosa que se presenta como una afección cutánea ulcerativa crónica[1,2]. Pertenece al espectro de las dermatosis neutrofílicas, un grupo de enfermedades caracterizadas por la acumulación de neutrófilos maduros en la piel[3]. Es una enfermedad poco común, con una incidencia estimada de 3 a 10 casos por millón de personas por año. Afecta a personas de todas las edades, mayormente entre los 20 y 50 años, con una leve predominancia en mujeres[2]. Aunque su fisiopatología aún no está completamente esclarecida, la evidencia sugiere una disfunción tanto del sistema inmune innato como del adaptativo[4].

El PG puede presentarse de forma aislada, como parte de síndromes, o asociado a enfermedades sistémicas como la enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasias hematológicas y enfermedades reumatológicas[2,3]. También se asocia a heridas quirúrgicas debido a la patergia, una respuesta cutánea exagerada ante traumatismos menores[2].

Clínicamente, el PG se presenta de varias formas, siendo su variante clásica (ulcerativa) la más frecuente, que representa el 85% de los casos[1]. Se manifiesta como una pápula, pústula o nódulo que evoluciona rápidamente hacia una úlcera dolorosa de expansión acelerada[5,6]. Estas úlceras se caracterizan por un centro necrótico friable con exudado hemorrágico o purulento, bordes eritemato-violáceos socavados y un halo eritematoso circundante[1,2]. Aunque las extremidades inferiores son las más frecuentemente afectadas, cualquier área del cuerpo puede verse comprometida[6].

El PG representa un desafío diagnóstico y terapéutico, ya que tradicionalmente ha sido considerado un diagnóstico de exclusión y no cuenta con guías estandarizadas de tratamiento[1,5].

Se presenta un caso de PG como complicación de una cirugía estética, con el objetivo de destacar la importancia de un diagnóstico preciso y precoz, dado su impacto directo en la elección del tratamiento y en el pronóstico del paciente.

1. Departamento de Cirugía Plástica, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile
2. Miembro Titular de la Sociedad Chilena de Cirugía Plástica

✉ **Correspondencia:** Josefina Gazmuri. josefina.gazmuri@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 07/10/2025 | Aceptado: 14/11/2025

Figura 1. Noveno día postoperatorio. Presencia de dolor, eritema y necrosis superficial perilesional.

Figura 2. Tres semanas después de la cirugía. Progresión de las lesiones, con compromiso del tejido subcutáneo y exposición de la aponeurosis.

Figura 3. Un mes de evolución. Aumento en la extensión del defecto cutáneo.

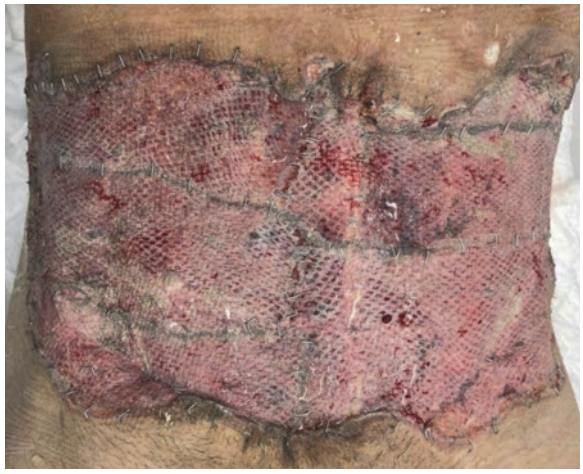

Figura 4. Día 60 postoperatorio. Injerto cutáneo de espesor parcial el día del alta hospitalaria.

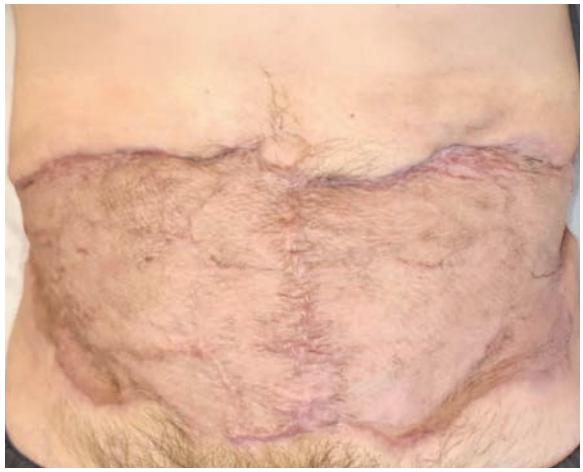

Figura 5. Resultado final, tres meses después del injerto cutáneo de espesor parcial.

CASO CLÍNICO

Un hombre sano de 47 años se sometió a una lipoabdominoplastia estética sin complicaciones inmediatas. Al noveno día postoperatorio presentó eritema, dolor y necrosis superficial en el área quirúrgica (**Figura 1**). Ante la sospecha de celulitis abdominal, se realizó una tomografía computarizada que evidenció extensa inflamación y edema, atribuidos parcialmente a cambios postoperatorios. Se inició tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico y el paciente fue dado de alta.

El paciente reingresó con fiebre, aumento del dolor, seroma abundante y proteína C reactiva (PCR) de 20 mg/dl, lo que motivó su hospitalización e inicio de piperacilina/tazobactam y vancomicina, junto con cura-

ciones diarias. A pesar de encontrarse inicialmente estable, la condición del paciente se deterioró, evolucionando con fiebre persistente, PCR de 40 mg/dl y progresión de las lesiones (**Figura 2**). Ante la sospecha de fascitis necrosante, se escaló el tratamiento antibiótico a imipenem y vancomicina, y se realizó desbridamiento quirúrgico. Durante el procedimiento se observó líquido seroso sin mal olor y bolsillos perilesionales, sin compromiso de fascia ni músculo. Se tomaron cultivos, que posteriormente informaron crecimiento de *Staphylococcus epidermidis* multisensible, y se instauró terapia de presión negativa (TPN).

A pesar de las intervenciones, el paciente evolucionó con inestabilidad hemodinámica que requirió drogas vasoactivas, ventilación mecánica invasiva, PCR persistentemente elevada, falla multiorgánica y empeoramiento de las lesiones cutáneas (**Figura 3**). El manejo incluyó desbridamientos quirúrgicos seriados con TPN, cultivos para gérmenes atípicos, hongos y micobacterias, y escalamiento del tratamiento a imipenem, clindamicina, daptomicina y anidulafungina, pese a que todos los cultivos permanecieron negativos. Una biopsia tomada durante el desbridamiento quirúrgico informó "posiblemente en contexto de pioderma gangrenoso", lo que motivó el inicio de metilprednisolona, colchicina e infliximab, con rápida estabilización hemodinámica y mejoría de las lesiones.

Tras ocho desbridamientos quirúrgicos, 46 días de hospitalización y terapia inmunosupresora agresiva, el defecto se cubrió con éxito mediante injertos de piel de espesor parcial tomados de los muslos y cubiertos con TPN. Los injertos se integraron completamente (**Figuras 4 y 5**), sin desencadenar patergia en los sitios donantes.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de PG es complejo debido a la ausencia de criterios diagnósticos estandarizados y la variedad de condiciones que simulan esta patología, incluyendo infecciones, enfermedades vasculares, neoplasias, vasculitis, lesiones tisulares exógenas y manifestaciones de enfermedades autoinmunes[2,6].

Para facilitar el diagnóstico, Su et al. propusieron criterios diagnósticos en 2004, seguidos por el puntaje PARACELSUS en 2018. Sin embargo, ambos enfoques mantuvieron el PG como diagnóstico de exclusión[4]. En 2018, Maverakis et al. publicaron criterios de consenso que exigían una biopsia lesional con infiltrado neutrofílico en el borde ulcerado, lo cual retrasa el diagnóstico y el tratamiento[5].

Existe la falsa creencia de que el PG es una enfermedad autolimitada con lesiones de extensión limitada. Sin embargo, si no se diagnostica de manera oportuna, puede impactar significativamente la morbilidad y mortalidad, con una tasa de mortalidad tres veces mayor que la población general[7]. En sus formas más graves, puede provocar compromiso sistémico y hemodinámico[8].

El manejo del PG presenta dificultades debido a la ausencia de guías universalmente aceptadas[1]. El tratamiento combina cuidado de heridas, la evitación de factores desencadenantes, control del dolor y uso de tratamientos tópicos y/o sistémicos, siendo la inmunosupresión la piedra angular[6,7]. Las lesiones pequeñas pueden responder a terapia tópica con corticosteroides, inhibidores de la calcineurina e inyecciones intralesionales, mientras que los casos graves requieren inmunosupresores sistémicos como corticosteroides y ciclosporina[1,9]. El desarrollo de las terapias biológicas está cambiando el tratamiento desde una inmunosupresión generalizada hacia una inmunomodulación dirigida, donde los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa, especialmente infliximab, son los más prometedores[4]. Aunque las terapias invasivas como la TPN e injertos cutáneos conllevan riesgo de patergia, constituyen una opción viable cuando se combinan con inmunosupresión para controlar la respuesta inflamatoria inherente a la enfermedad[10].

Como se destacó anteriormente, el tratamiento del PG incluye estrategias que difieren considerablemente del de otras úlceras cutáneas, especialmente las de origen infeccioso. Por lo tanto, un diagnóstico certero es fundamental para guiar el manejo adecuado. El desbridamiento quirúrgico, habitual en otras condiciones, puede ser catastrófico en el PG al desencadenar patergia[1]. Por el contrario, los tratamientos inmunosupresores están contraindicados en presencia de infecciones activas o neoplasias malignas[5]. La biopsia de tejidos y los cultivos son herramientas fundamentales para establecer el diagnóstico diferencial[8]. No obstante, los cultivos positivos no descartan el PG, ya que puede coexistir una sobreinfección o contaminación de la muestra, como ocurrió en nuestro caso. Es crucial mantener un alto índice de sospecha, con indicadores clave que incluyen dolor intenso, progresión rápida de la lesión, falta de respuesta a antibióticos y empeoramiento tras desbridamiento quirúrgico[6].

El retraso en el diagnóstico y tratamiento deteriora significativamente la calidad de vida del paciente, su salud mental y capacidad laboral[9]. Además, puede llevar a complicaciones estéticas como cicatrices y desfiguración, así como secuelas funcionales a largo plazo[2,7].

CONCLUSIONES

El PG es una enfermedad cutánea poco frecuente pero potencialmente grave, en la que el desconocimiento incrementa el riesgo de diagnósticos erróneos y manejo inadecuado.

Debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de lesiones que no mejoran a pesar de un tratamiento infeccioso adecuado.

El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno son fundamentales para detener la progresión y evitar intervenciones innecesarias que puedan agravar el cuadro.

BIBLIOGRAFÍA

1. *George C, Deroide F, Rustin M. Pyoderma gangrenosum - a guide to diagnosis and management. Clin Med (Lond). 2019;19(3):224–8. Disponible en: https://doi.org/10.7861/clinmedicine.19-3-224*
2. *Ruocco E, Sangiuliano S, Gravina AG, Miranda A, Nicoletti G. Pyoderma gangrenosum: an updated review. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2009;23(9):1008–17. Disponible en: https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2009.03199.x*
3. *Marzano AV, Damiani G, Ceccherini I, Berti E, Gattorno M, Cugno M. Autoinflammation in pyoderma gangrenosum and its syndromic form (pyoderma gangrenosum, acne and suppurative hidradenitis). Br J Dermatol. 2017;176(6):1588–98. Disponible en: https://doi.org/10.1111/bjd.15226*
4. *Tan MG, Tolkachjov SN. Treatment of Pyoderma Gangrenosum. Dermatol Clin. 2024;42(2):183–92. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.det.2023.12.002*
5. *Maverakis E, Ma C, Shinkai K, Fiorentino D, Callen JP, Wollina U, et al. Diagnostic Criteria of Ulcerative Pyoderma Gangrenosum: A Delphi Consensus of International Experts. JAMA Dermatol. 2018;154(4):461–6. Disponible en: https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2017.5980*
6. *Ahronowitz I, Harp J, Shinkai K. Etiology and management of pyoderma gangrenosum: a comprehensive review. Am J Clin Dermatol. 2012;13(3):191–211. Disponible en: https://doi.org/10.2165/11595240-000000000-00000*
7. *Barbe M, Batra A, Golding S, Hammond O, Higgins JC, O'Connor A, et al. Pyoderma Gangrenosum: A Literature Review. Clin Podiatr Med Surg. 2021;38(4):577–88. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.cpm.2021.06.002*
8. *Sanchez IM, Lowenstein S, Johnson KA, Babik J, Haag C, Keller JJ, et al. Clinical Features of Neutrophilic Dermatosis Variants Resembling Necrotizing Fasciitis. JAMA Dermatol. 2019;155(1):79–84. Disponible en: https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2018.3890*
9. *Dissemond J, Marzano AV, Hampton PJ, Ortega-Loayza AG. Pyoderma Gangrenosum: Treatment Options. Drugs. 2023;83(14):1255–67. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s40265-023-01931-3*
10. *Almeida IR, Coltro PS, Gonçalves HO, Westin AT, Almeida JB, Lima RV, et al. The role of negative pressure wound therapy (NPWT) on the treatment of pyoderma gangrenosum: A systematic review and personal experience. Wound Repair Regen. 2021;29(3):486–94. Disponible en: https://doi.org/10.1111/wrr.12910*