

Pioderma vegetante

Fumis MA¹, Bidabehere MB², Gubiani ML³, Boldrini MP³, Pinardi BA⁴

Resumen

El pioderma vegetante es una dermatosis inflamatoria crónica con afectación mucocutánea, considerado marcador de enfermedad inflamatoria intestinal, especialmente de la colitis ulcerosa. En términos clínicos se caracteriza por placas vegetantes con bordes sobreelevados. Comunicamos el caso de un paciente con diagnóstico de pioderma vegetante.

PALABRAS CLAVE: pioderma, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn.

Dermatol Rev Mex 2018 January;62(1):62-66.

Pyoderma vegetans.

Fumis MA¹, Bidabehere MB², Gubiani ML³, Boldrini MP³, Pinardi BA⁴

Abstract

Pyoderma vegetans is a chronic inflammatory dermatosis with mucocutaneous involvement, considered marker of inflammatory bowel disease, especially ulcerative colitis. It is clinically characterized by verrucous plaques with elevated borders. We report the case of a male diagnosed with vegetative pyoderma.

KEYWORDS: pyoderma; colitis, ulcerative; Crohn disease

¹ Residente de Dermatología de segundo año.

² Residente de Dermatología de tercer año.

³ Médicas dermatólogas.

⁴ Médica dermatóloga, Jefa del Servicio.
Servicio de Dermatología, Nuevo Hospital San Roque,
Córdoba, Argentina.

Recibido: mayo 2017

Aceptado: septiembre 2017

Correspondencia

Dra. María Agustina Fumis
agusfumis@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Fumis MA, Bidabehere MB, Gubiani ML, Boldrini MP, Pinardi BA. Pioderma vegetante. Dermatol Rev Mex. 2018 ene;62(1):62-66.

ANTECEDENTES

El pioderma vegetante es una dermatosis inflamatoria crónica poco frecuente con afectación mucocutánea, comúnmente asociada con enfermedades inflamatorias intestinales.¹

La patogenia se desconoce, a pesar de que como posibles causas se han sugerido factores inmunológicos y microbiológicos.¹

En términos clínicos se observan lesiones cutáneas localizadas en el rostro, el cuero cabelludo, la axila y los genitales. En la superficie mucosa se denominan pioestomatitis, la mucosa oral es el sitio más comúnmente afectado.^{2,3}

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 35 años de edad, con antecedente patológico de colitis ulcerosa, en tratamiento con mesalazina, trimebutina y simeticona a diario, desde hacía seis meses tenía una placa vegetante de 7 x 8 cm, de bordes netos eritematosos y pústulas que asientan sobre base eritematosa, cubierta de costras serohemáticas y melicéricas, localizada en la región malar, el dorso nasal y la región infranasal derecha, dolorosa (**Figura 1**), sin afectación mucosa. Había recibido previamente tratamiento con amoxicilina/ácido clavulánico durante 15 días, sin mejoría.

El estudio bacteriológico y micológico de las lesiones cutáneas fue negativo. El estudio anatómopatológico mostró una epidermis con intensa hiperplasia pseudoepiteliomatosa, en la dermis adyacente infiltrado inflamatorio de leucocitos polimorfonucleares neutrófilos y fibrosis (**Figura 2**). Las tinciones de PAS y de Ziehl-Neelsen fueron negativas para microorganismos. La inmunofluorescencia directa fue negativa.

Los estudios de laboratorio de rutina se encontraban dentro de parámetros normales. La serología para VIH fue positiva.



Figura 1. Placa vegetante de 7 x 8 cm, de bordes netos eritematosos y pústulas que asientan sobre base eritematosa, cubierta de costras serohemáticas y melicéricas.

Con base en los hallazgos clínicos y métodos complementarios se estableció el diagnóstico de pioderma vegetante. Se inició tratamiento con meprednisona a dosis de 40 mg/día durante dos meses y terapia antirretroviral, con buena evolución clínica.

DISCUSIÓN

El pioderma vegetante fue descrito por primera vez por Hallopeau en 1898. Luego, en 1949, McCarthy describió hallazgos similares localizados en la mucosa oral y acuñó el término "pioestomatitis vegetante".⁴

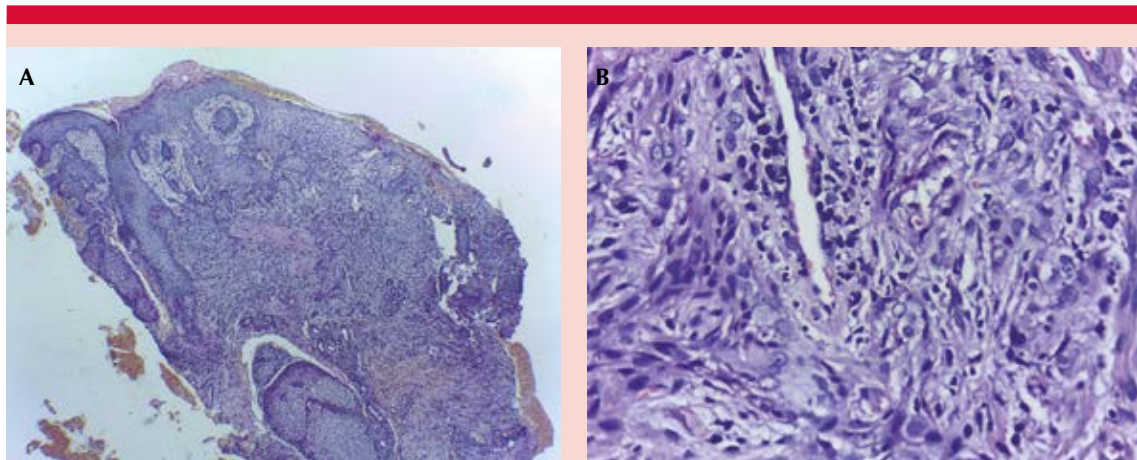


Figura 2. A. En el extremo izquierdo se observa intensa hiperplasia pseudoepiteliomatosa y, en el extremo opuesto, úlcera con exudado fibrinoleucocitario (hematoxilina-eosina 40x). B. Infiltrado de polimorfonucleares neutrófilos (hematoxilina-eosina 100x).

Se manifiesta hacia finales de la tercera década de la vida; la proporción de incidencia entre el sexo femenino y el masculino es de 3:1.⁵ Los factores predisponentes incluyen infecciones bacterianas, halógenos, tatuajes y reacción de cuerpo extraño en pacientes con afectación del sistema inmunitario.³

La causa se desconoce, aunque se cree que se debe a una disfunción del sistema inmunitario o a estados de inmunosupresión.⁶ Estos trastornos incluyen las enfermedades inflamatorias intestinales, leucemia, alcoholismo, linfoma difuso de células T, desnutrición crónica e infección por VIH, aunque también se han reportado casos en pacientes sanos.^{2,4}

Se considera marcador específico de la enfermedad inflamatoria intestinal, se asocia con colitis ulcerosa en 53% y con la enfermedad de Crohn en 11% de los pacientes.^{4,7} Los síntomas mucocutáneos pueden ser precedidos por la afección intestinal varios años; sin embargo, las lesiones orales y cutáneas pueden ser marcadores de enfermedad subclínica.^{1,8}

En términos clínicos se caracteriza por pápulo-pústulas, vesículas y costras que confluyen formando placas vegetantes con bordes sobrelevados. Las lesiones son asimétricas y se localizan usualmente en el rostro, el cuero cabelludo, las axilas y, con menor frecuencia, en el abdomen, el tronco y la zona distal de las extremidades.^{2,5} En la mucosa oral se manifiesta con pústulas friables y placas exofíticas sobre una base eritematosa que a menudo evolucionan a la ulceración. Las lesiones pueden ser dolorosas.^{1,2}

El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos e histológicos.⁹ Las características histológicas distintivas son la hiperplasia pseudoepiteliomatosa, neutrofilia epidérmica y dérmica o microabscesos eosinofílicos. Típicamente no hay formación de granulomas^{2,4} y la inmunofluorescencia directa e indirecta son negativas.⁷

Los cultivos de la lesión pueden desarrollar al menos una bacteria patógena, como *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Pseudomonas aeruginosa* o *Escherichia coli*.⁴

El laboratorio es usualmente normal, puede encontrarse una velocidad de sedimentación elevada y eosinofilia periférica.^{4,7}

Los diagnósticos diferenciales deben establecerse con otras enfermedades que causan lesiones vegetantes crónicas, destacan principalmente el pioderma gangrenoso variedad ulcerosa y vegetante.

El pioderma gangrenoso ulceroso se localiza en sitios de cirugía o traumatismos, puede manifestar el fenómeno de patergia. Típicamente se observa en los miembros inferiores, como una úlcera erosiva de contorno violáceo-azulino, que en su evolución puede profundizarse con exposición de músculo y tendón. A la histología muestra formación de abscesos con intensa infiltración neutrofílica dérmica que se extiende al panículo y a las zonas de necrosis tisular.

El pioderma gangrenoso vegetante, en general, no se asocia con enfermedades sistémicas, se localiza típicamente en el tronco y se caracteriza,

desde el punto de vista histológico, por hiperplasia pseudoepiteliomatosa, formación de fístulas y granulomas en empalizada en el contexto de abscesos neutrofílicos dérmicos.¹⁰

Otros diagnósticos a considerar son el pénfigo vegetante y las micosis profundas, así como también tuberculosis cutis verrucosa y carcinoma de células escamosas, que deberán descartarse mediante cultivos para hongos y micobacterias, así como también con inmunofluorescencia directa (**Cuadro 1**).^{2,3}

El manejo terapéutico se basa en tratar la enfermedad subyacente. El tratamiento antimicrobiano debe indicarse en caso de cultivos positivos. El tratamiento de cualquier enfermedad intestinal concomitante puede ser eficaz en el control de las lesiones cutáneas y orales.⁴

La primera elección terapéutica son los corticosteroides sistémicos en dosis moderadas o altas. Otras opciones, como la azatioprina, dapsona, mofetil micofenolato, ciclosporina e infliximab

Cuadro 1. Diagnósticos diferenciales^{2,8,9}

	Pioderma vegetante	Pioderma gangrenoso	Pénfigo vegetante
Clínica	Placas vegetantes. Pápulo-pústulas	Úlcera con borde eritematoso y base necrótica	Placas vegetantes. Pústulas
Edad	Final de la tercera década de la vida	Indeterminada	Edad media
Histología	Hiperplasia pseudoepiteliomatosa. Neutrófilos epidérmicos o dérmicos. Microabscesos eosinófilos	Hiperplasia pseudoepiteliomatosa ocasionalmente presente. Granulomas. Abscesos neutrófilos	Hiperplasia pseudoepiteliomatosa. Espongiosis eosinofílica. Microabscesos eosinófilos
Inmunofluorescencia directa/indirecta	Negativa	Negativa	Positiva
Trastornos intestinales	Frecuentes	Frecuentes	Raros
Tratamiento	Corticosteroides orales. Azatioprina. Dapsona. Mofetil micofenolato. Ciclosporina	Corticosteroides orales. Dapsona. Ciclosporina. Tacrolimus. Mofetil micofenolato	Corticosteroides orales. Azatioprina. Dapsona
Pronóstico	Bueno	Bueno	Malo sin tratamiento

se han prescrito como tratamiento de segunda línea con resultados exitosos.^{1,11}

CONCLUSIONES

El pioderma vegetante es una enfermedad de manifestación poco frecuente, de causa desconocida, concomitante con estados de inmunosupresión. Comunicamos un caso asociado con colitis ulcerosa en el que destacó el diagnóstico reciente de infección por VIH. Resaltamos el papel del dermatólogo en el diagnóstico de enfermedades subyacentes a partir de la piel.

REFERENCIAS

1. Clark LG, Tolkachjov SN, Bridges AG, Camilleri MJ. Pyostomatitis vegetans (PSV)-pyodermatitis (PDV): a clinicopathologic study of 7 cases at tertiary referral center. *J Am Acad Dermatol* 2016;75(3):578-584.
2. Adışen E, Tezel F, Gürer MA. Pyoderma vegetans: a case for discussion. *Acta Derm Venereol* 2009;89(2):186-188.
3. Canpolat F, Cemil BÇ, Yilmazer D, Yeşilli O, et al. Pyoderma vegetans associated with ulcerative colitis: A case with good response to steroids. *Case Reports Dermatol* 2011;3(1):80-84.
4. Aksu Çerman A, Aktaş E, Kivanç Altunay İ, Demirkessen C. Pyoderma vegetans misdiagnosed as verrucous carcinoma. *Am J Dermatopathol* 2016;38(2):148-150.
5. Matias FAT, Rosa DJF, Carvalho MTF, Castañon MCMN. Pyodermatitis-pyostomatitis vegetans: case report and review of medical literature. *An Bras Dermatol* 2011;86(4):137-140.
6. Harish K, Varghese T, Najeeba R, Harikumar R. Pyoderma vegetans and ulcerative colitis. *J Postgrad Med* 2006;52:302-303.
7. Wang H, Qiao S, Zhang X, Liu C. A case of pyodermatitis-pyostomatitis vegetans. *Am J Med Sci* 2013;345(2):168-171.
8. Nigen S, Poulin Y, Rochette L, Lévesque MH, et al. Pyodermatitis-pyostomatitis vegetans: two cases and review of the literature. *J Cutan Med Surg* 2003;7(3):250-255.
9. Papadopoulos AJ, Schwartz RA, Kapila R, Samady JA, et al. Pyoderma vegetans. *J Cutan Med Surg* 2001;5(3):223-227.
10. Powell FC, Hackett BC, Wallach D. Piodermia gangrenosa. En: Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K, editores. *Fitzpatrick Dermatología en Medicina General*. Tomo I. 8ª ed. México DF: Editorial Médica Panamericana; 2014;370-378.
11. Mehravaran M, Kemény L, Husz S, Korom I, et al. Pyodermatitis-pyostomatitis vegetans. *Br J Dermatol* 1997;137(2):266-269.