

# ENFOQUE DE ENFERMERÍA DEL PIODERMA GANGRENOSO

## IMPLICACIONES CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS

AUTORAS

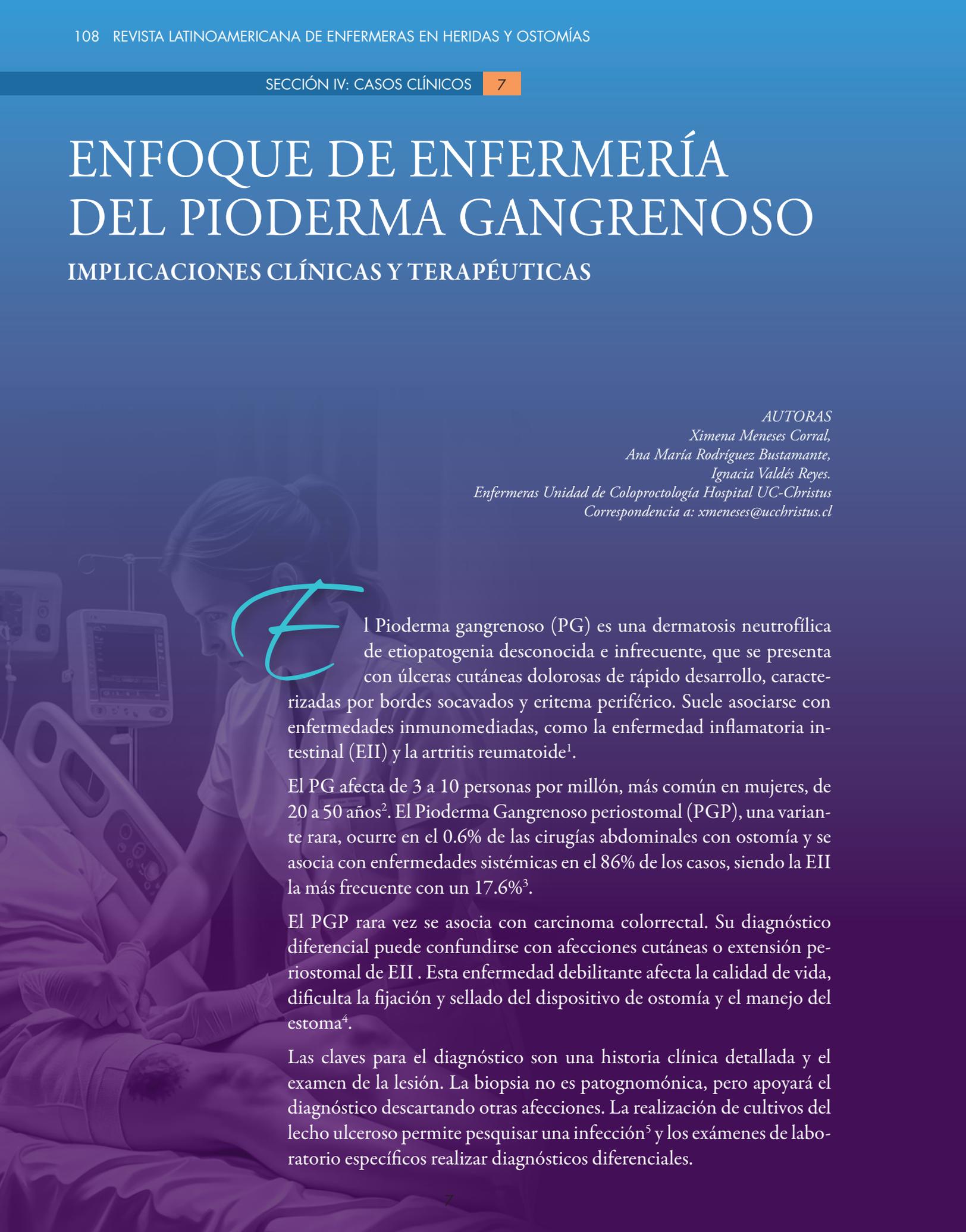
*Ximena Meneses Corral,*

*Ana María Rodríguez Bustamante,*

*Ignacia Valdés Reyes.*

*Enfermeras Unidad de Coloproctología Hospital UC-Christus*

*Correspondencia a: xmeneses@ucchristus.cl*



**E**

l Pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis neutrofílica de etiopatogenia desconocida e infrecuente, que se presenta con úlceras cutáneas dolorosas de rápido desarrollo, caracterizadas por bordes socavados y eritema periférico. Suele asociarse con enfermedades inmunomediadas, como la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y la artritis reumatoide<sup>1</sup>.

El PG afecta de 3 a 10 personas por millón, más común en mujeres, de 20 a 50 años<sup>2</sup>. El Pioderma Gangrenoso periostomal (PGP), una variante rara, ocurre en el 0.6% de las cirugías abdominales con ostomía y se asocia con enfermedades sistémicas en el 86% de los casos, siendo la EII la más frecuente con un 17.6%<sup>3</sup>.

El PGP rara vez se asocia con carcinoma colorrectal. Su diagnóstico diferencial puede confundirse con afecciones cutáneas o extensión periostomal de EII. Esta enfermedad debilitante afecta la calidad de vida, dificulta la fijación y sellado del dispositivo de ostomía y el manejo del estoma<sup>4</sup>.

Las claves para el diagnóstico son una historia clínica detallada y el examen de la lesión. La biopsia no es patognomónica, pero apoyará el diagnóstico descartando otras afecciones. La realización de cultivos del lecho ulceroso permite pesquisar una infección<sup>5</sup> y los exámenes de laboratorio específicos realizar diagnósticos diferenciales.

Respecto al tratamiento no hay una línea determinada, lo que sí se advierte en la literatura es el manejo precoz del PGP para evitar secuelas, teniendo en cuenta la patología de base, comenzando inmunosupresión sistémica utilizando corticoides, macrólidos inmunosupresores e Inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa. Los tratamientos tópicos para el manejo local de la lesión ayudan a controlar la sobreinfección y favorecen el seguimiento. El cambio de sitio de la ostomía o el cierre precoz de éstas se debe realizar con precaución por el riesgo de patergia<sup>6</sup>.

**Propósito:** Presentar un caso de PGP desarrollando un plan terapéutico interdisciplinar, supervisar la respuesta al tratamiento y proporcionar intervención al paciente de manera efectiva y oportuna.

**Palabras claves:** Pioderma gangrenoso, ileostomía, colitis ulcerosa, complicaciones periestomales.

**Fuente financiamiento:** El tratamiento fue financiado por el paciente.

**Declaración de conflictos de interés:** Los autores declaran no tener conflictos de interés.

**Declaración a la privacidad y consentimiento informado:** La autora principal ha obtenido el consentimiento informado del paciente referido a este caso clínico.

## METODOLOGÍA

Paciente masculino, de 67 años, idioma nativo inglés (comprensión de español básico), profesor, separado, con pareja, residente en La Serena. Tiene antecedentes de hipertensión arterial, colitis ulcerosa diagnosticada a los 27 años, tratada con sulfasalazina, corticoides y mesalazina; Colectomía total e ileostomía en 2012. En el 2018 se diagnostica cáncer de recto localizado, reali-

zándose quimioterapia, radioterapia y posterior proctectomía e ileostomía terminal definitiva.

Desde el 2018 hasta la fecha permanece estable con patología de base y ostomía. Realiza controles anuales con enfermera especialista.

El 20/04/2024 consulta por telemedicina al equipo tratante, refiriendo la aparición de lesiones periestomales de aproximadamente 1 mes de evolución, exacerbadas las últimas 2 semanas, agregando dolor local EVA 6/10. Sin lesiones en otra parte del cuerpo. Se decide hospitalización para diagnóstico, manejo y tratamiento el 22/4/2024

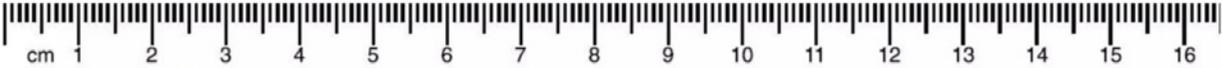
Para la valoración piel periestomal se utilizó la herramienta SACS, Imagen 1.

A su ingreso el estoma estaba vital, 18mm de diámetro, bajo perfil, orificio de drenaje 3 horaria. Piel periestomal L4 TI-TIV de 2 x 2 cm, con 0.5 cm de profundidad, bordes irregulares, moderado exudado turbio, sin mal olor, tejido friable de hipergranulación, Fotografía 1.

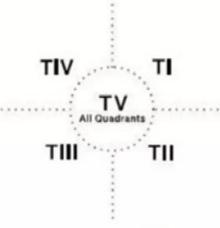
Se realizó curación avanzada con arrastre mecánico utilizando solución fisiológica y toma de cultivo aeróbico. Dermatología realizó biopsia



1
IMAGEN
SACS



**The SACS™ Instrument Ruler**  
A content-validated clinical instrument for objective assessment and classification of peristomal skin lesions.<sup>1</sup>

Type of Lesion (L)					Topographical Location (T)
					
<b>L1</b> <b>Hyperemic lesion</b> Peristomal skin reddening with intact skin	<b>L2</b> <b>Erosive lesion</b> Open lesion not extending into subcutaneous tissue; partial-thickness skin loss	<b>L3</b> <b>Ulcerative lesion</b> Open lesion extending into subcutaneous tissue and below; full-thickness skin loss	<b>L4</b> <b>Ulcerative lesion</b> Full-thickness skin loss with non-viable, dead tissue (necrotic, fibrinous)	<b>LX</b> <b>Proliferative lesion</b> Abnormal growths present (ie, hyperplasia, granulomas, neoplasms)	

Patient #/Initials/Name: \_\_\_\_\_ Clinician Name: \_\_\_\_\_  
 SACS™ Classification (L,T): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Location: \_\_\_\_\_

1. Beltz J, et al. Content validation of a standardized algorithm for ostomy care Ostomy Wound Manage. 2010 in press. Instrument translated and adapted for the U.S. AP-006684-US This instrument has received the endorsement of the Italian ET Association, the AIOGS. SACS is a trademark of ConvaTec Inc. ©2010 ConvaTec Inc.

de lesión periestomal e indicó exámenes de inmunosupresión. Se continúa curación utilizando polihexanida con betaina (PB) tópica. Como apósito primario carboximetilcelulosa con Ag +, pasta sellante de hidrocólido y sistema de 2 piezas convexo de 60 mm rígido.

El 23/4/2024, la biopsia indicó dermatosis neutrofilica mixta, sugerente de PGP, y el cultivo periestomal mostró *Staphylococcus gallolyticus/equinus*. Se inició tratamiento con antibióticos orales y corticoides locales. Evolucionó favorablemente en 48 horas y se dio alta con curación avanzada ambulatoria.

### Protocolo Curación avanzada:

Arrastre mecánico utilizando solución fisiológica (SF) y polihexanida con betaina (PB), aplicación de corticoide tópico en pomada en lesiones

periestomales, cobertura con apósito transparente no adhesivo, pasta sellante de hidrocólido en pliegues e instalación de sistema de 2 piezas convexo 60 mm rígido. Frecuencia de curación cada 48 horas.

### Plan de tratamiento al alta hospitalaria:

- Minociclina 100 mg/ día por 8 semanas VO.
- Clobetasol 0.05%. Aplicar pomada diariamente por 1 mes en toda la superficie periestomal, excepto en la mucosa.

Cambio de sistema de ostomía cada 48 horas según protocolo. Se educó al paciente y pareja sobre cambios diarios en casa (barrera idiomática). Control de enfermería cada 48 horas.

El 15/5/2024 la lesión L3 en TIV - TI (50% de regresión aproximadamente). Continuó protocolo de curación con aplicación de clobetasol

según indicación de dermatología y cambio de dispositivo cada 5 días, Fotografía 2.

El 20/6/2024 la piel periostomal 99% epitelizada, L2 en TIV equivalente al 1%. Tejido periostomal cicatrizado en cuna.

Finaliza tratamiento de corticoide tópico y antibiótico según indicación médica. Continúa con cambios de sistema de ostomía cada 5 días, Fotografía 3.



## RESULTADOS

La piel periostomal logró un 99% de cicatrización quedando un lecho en forma de cuna tal como lo describe la literatura<sup>7</sup>.

En este caso la remisión del PGP se logró con el uso de corticoides tópicos sin requerir de terapia sistémica.

El tratamiento multidisciplinar, oportuno y adecuado logró la cicatrización del PGP en 70 días, requiriendo 30 curaciones avanzadas con el protocolo de curaciones descrito anteriormente, permitiendo al paciente retomar las actividades de su vida diaria.

## DISCUSIÓN

Dada la historia médica del paciente ostomizado, se debe considerar la posibilidad de complicaciones dermatológicas, como el PGP, especialmente cuando existen factores de riesgo asociados<sup>5</sup>.

En este caso, hubo una respuesta satisfactoria a una línea de tratamiento; sin embargo, no es aplicable a todos los escenarios clínicos, tal como lo indica la evidencia. El seguimiento de enfermería permite la detección precoz de posibles complicaciones en pacientes ostomizados, logrando así un diagnóstico oportuno y el inicio del tratamiento adecuado.

## REFERENCIAS

1. Maverakis E, Marzano AV, Le ST, Callen JP, Brüggem M-C, Guenova E, et al. Pyoderma gangrenosum. Nat Rev Dis Primers [Internet]. 2020 [citado el 29 de julio de 2024];6(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-020-0213-x>
2. Julve-Herrera L, Villalba-Ferrer F, García-Coret MJ, García-Costa B. Cuidados y tratamiento del pioderma gangrenoso periestomal. A propósito de tres casos. Enferm Clin [Internet]. 2021 [citado el 29 de julio de 2024];31(2):120–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.11.004>
3. Medina DT, Recalde JA, Vélez VM, Bravo VF, Sánchez RC. Pioderma Gangrenoso. Mediciencias UTA [Internet]. 2020 [citado el 29 de julio de 2024];4(2):54–9. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1236>
4. Becker SL, Rios-Duarte JA, Morrison GM, Xia E, Mostaghimi A, Himed S, et al. Perioperative management and clinical outcomes of peristomal pyoderma gangrenosum. Arch Derm Res [Internet]. 2024 [citado el 30 de julio de 2024];316(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38446235/>
5. Turrión-Merino L, Hermosa-Zarza E, Miguel L, Muñoz-Zato E. Pioderma gangrenoso periestomal: presentación de 4 casos y revisión de los factores de riesgo y la respuesta terapéutica. Actas Dermosifiliogr [Internet]. 2016 [citado el 29 de julio de 2024];107(3):e13–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.04.022>
6. Ferrándiz-Pulido C, García-Patos Briones V. Pioderma gangrenoso. Diagnóstico y tratamiento. Piel (Barc, Internet) [Internet]. 2008 [citado el 31 de julio de 2024];23(1):24–9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-piel-formacion-continuada-dermatologia-21-articulo-pioderma-gangrenoso-diagnostico-tratamiento-13115155?code=bFNu2P4lnKgtpk0ZaAqD7o9yh8Emlr&newsletter=true>
7. Almutairi D, LeBlanc K, Alavi A. Peristomal skin complications: what dermatologists need to know. Int J Dermatol [Internet]. 2018 [citado el 10 de septiembre de 2024];57(3):257–64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28833037/>

# SOCIEDAD CHILENA DE HIPERTENSIÓN



**Sociedad Científica** sin fines de lucro integrada por profesionales que por sus intereses y preparación científica y profesional se dediquen ya sea al estudio, investigación o enseñanza de la Hipertensión Arterial. Entre otras actividades se realizan Congresos anuales, webinars con invitados nacionales e internacionales, cursos on line y presenciales, simposios, etc.

**Cuota socios:** \$45.000 anuales.

Informaciones en [www.hipertension.cl](http://www.hipertension.cl) o al teléfono **2 2753 5560**

Síguenos en nuestras redes sociales:



/Sochiptension