

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v67i2.8752>

Dermatitis pustulosa erosiva secundaria a terapia de presión negativa e injertos cutáneos sobre una herida quirúrgica de tórpida evolución

Erosive pustular dermatosis associated to negative pressure therapy and skin grafts on a surgical wound of torpid evolution.

Kevin Díez-Madueño,¹ Elena Conde-Montero,² Catiana Silvente-San Nicasio,² Claudia García-Martín,¹ Pablo De la Cueva-Dobao³

Resumen

ANTECEDENTES: La dermatitis pustulosa y erosiva es una dermatitis neutrofílica de curso crónico, caracterizada por la aparición de pústulas, erosiones y costras. Aunque típicamente afecta la piel cabelluda, puede aparecer en cualquier territorio cutáneo. El manejo diagnóstico-terapéutico de este padecimiento es un verdadero reto cuando afecta áreas especiales.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 45 años intervenido mediante cirugía micrográfica de Mohs por un dermatofibrosarcoma protuberans, localizado en el hombro derecho; tuvo herida quirúrgica con curación desfavorable. Tras meses de tratamiento con un injerto de piel total, injertos en sello y terapia de presión negativa se llegó al diagnóstico de dermatitis pustulosa y erosiva secundaria a terapia de presión negativa y práctica de injertos cutáneos. Tras la retirada de la terapia de presión negativa y la aplicación de corticosteroides tópicos, la epitelización fue total.

CONCLUSIONES: Exponemos a nuestro saber el primer caso de dermatitis pustulosa y erosiva secundaria a la terapia de presión negativa e injertos cutáneos. Incluir la dermatitis pustulosa y erosiva en el diagnóstico diferencial de la aparición de úlceras, erosiones y costras en el contexto de una herida quirúrgica de tórpida evolución es fundamental para elegir el tratamiento adecuado y evitar procedimientos agresivos e innecesarios.

PALABRAS CLAVE: Dermatofibrosarcoma protuberans; corticosteroides; injerto.

Abstract

BACKGROUND: Erosive pustular dermatosis is a neutrophilic dermatosis of chronic course, characterized by the appearance of pustules, erosions and scabs. Although it typically affects the scalp, it can appear in any cutaneous territory. The diagnostic-therapeutic management of this disease is a real challenge when it affects special areas.

CLINICAL CASE: A 45-year-old male patient went under Mohs micrographic surgery for a dermatofibrosarcoma protuberans and he presented a surgical wound on right shoulder with an unfavourable healing. After months of treatment with a split-thickness skin graft, punch grafting and negative wound pressure therapy, the diagnosis of erosive pustular dermatosis secondary to negative wound pressure therapy and the practice of skin grafts was reached. A spectacular relieve of the wound was observed, and complete epithelialization was achieved in two weeks after the withdrawal of negative wound pressure therapy and the application of topical corticosteroids.

¹ Médico interno residente de Dermatología.

² Facultativo Especialista de Área de Dermatología.

³ Jefe del Servicio de Dermatología. Departamento de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Leonor y Hospital Virgen De la Torre, Madrid, España.

Recibido: enero 2022

Aceptado: marzo 2022

Correspondencia

Kevin Díez Madueño
kevin3diez@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Díez-Madueño K, Conde-Montero E, Silvente-San Nicasio C, García-Martín C, De la Cueva-Dobao P. Dermatitis pustulosa erosiva secundaria a terapia de presión negativa e injertos cutáneos sobre una herida quirúrgica de tórpida evolución. Dermatol Rev Mex 2023; 67 (2): 251-255.

CONCLUSIONS: *We report to our knowledge the first case of erosive pustular dermatosis secondary to negative wound pressure therapy and skin graft. Being aware of erosive pustular dermatosis when treating a post-surgical wound may help to promptly detect this dermatological condition and might help to carry out an early alternative therapy to avoid more aggressive procedures.*

KEYWORDS: *Dermatofibrosarcoma protuberans; Corticosteroids; Graft.*

ANTECEDENTES

La dermatosis pustulosa erosiva es una dermatosis inflamatoria infradiagnosticada que afecta principalmente a los ancianos. La aparición de pústulas, erosiones y costras recurrentes caracterizan la enfermedad. Debido a que las pústulas no están siempre presentes, la sospecha clínica y diagnóstico se retrasan con frecuencia. Además, debido a la baja respuesta al tratamiento, comúnmente requiere un control a largo plazo. Por tanto, la dermatosis pustulosa erosiva frecuentemente se considera un verdadero reto diagnóstico-terapéutico.¹ Múltiples factores se han sugerido como desencadenantes de la enfermedad: traumatismos, heridas, fotoenvejecimiento y múltiples procedimientos terapéuticos. Comunicamos un caso de dermatosis pustulosa erosiva en el contexto de una herida posquirúrgica injertada y tratada complementariamente con terapia de presión negativa.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 45 años de edad sin antecedentes personales de interés, remitido a nuestra unidad de heridas y cicatrización debido a una herida posquirúrgica de tórpida evolución. El paciente había sido diagnosticado de un dermatofibrosarcoma protuberans localizado en el hombro derecho 6 meses atrás, por lo que fue

tratado mediante cirugía micrográfica de Mohs. Se requirieron dos pases para la completa extirpación del tumor. La herida ocupaba la región supraescapular y se incluyó en profundidad hasta la fascia muscular. Se realizó un injerto cutáneo de piel total para la reconstrucción y cierre del defecto. El sitio donante fue el abdomen del paciente. Se aplicó un dispositivo de presión negativa de uso único para apoyar el prendimiento del injerto programando cambios de vendajes cada 5 días. De manera inesperada múltiples úlceras y costras aparecieron progresivamente en la herida con mala respuesta a la terapia de presión negativa. En la primera visita a nuestra unidad de heridas y cicatrización, la herida e injerto mostraban múltiples erosiones, costras amarillentas y úlceras (**Figura 1**). Se decidió un tratamiento basado en injertos en sello y nuevamente se aplicó terapia de presión negativa. Debido a que la progresión de la herida se siguió de un mayor número de úlceras y erosiones, se decidió suspender la terapia de presión negativa y se estudió un nuevo diagnóstico diferencial. Teniendo en cuenta el aspecto clínico y la evolución de las lesiones, se consideró el diagnóstico de dermatosis pustulosa erosiva. Se inició entonces un tratamiento basado en corticosteroides tópicos (betametasona al 1% en crema) y sulfato de cinc en solución. No se aplicaron nuevos vendajes ni apósitos. Tras dos semanas con este esquema de tratamiento la herida se curó y se



Figura 1. Erosiones dispersas, úlceras superficiales y múltiples costras en la herida injertada.



Figura 2. Epitelización completa tras la retirada del dispositivo de presión negativa e inicio de corticosteroides tópicos.

alcanzó total epitelización (**Figura 2**). Debido al contexto clínico, evolución, aspecto de las lesiones descritas y la respuesta al tratamiento con corticosteroides, se llegó al diagnóstico de dermatitis pustulosa erosiva.

DISCUSIÓN

La dermatitis pustulosa erosiva es una enfermedad inflamatoria incluida en el espectro de las dermatitis neutrofílicas. Se trata de una dermatitis infradiagnosticada, descrita en 1977 en la piel cabelluda.² Consiste en la erupción crónica de múltiples pústulas, erosiones y costras marrón-amarillentas. A pesar de que la dermatitis pustulosa erosiva aparece frecuentemente en la piel cabelluda o en las piernas, puede aparecer en cualquier parte del tegumento.³ La etiopatogenia de la dermatitis pustulosa erosiva es incierta. Debido a que su manifestación puede ser inespecífica y recordar otros trastornos dermatológicos, puede confundirse con daño actínico, cáncer cutáneo no melanoma (carcinoma escamoso), dermatitis facticia, infecciones cutáneas (impétigo, herpes), dermatitis neutrofílica

(pioderma gangrenoso, foliculitis decalvante), entre otras enfermedades (psoriasis, dermatitis pustulosas, dermatitis ampollares). Las causas más frecuentemente reportadas de dermatitis pustulosa erosiva son: atrofia secundaria a daño actínico, insuficiencia venosa crónica, heridas (úlceras, injertos, traumatismos y quemaduras) y procedimientos terapéuticos (crioterapia, cirugía, trasplante capilar, láser, terapia fotodinámica).⁴

Aunque la biopsia es el patrón de referencia para el diagnóstico de dermatitis pustulosa erosiva,⁵ considerando que no existen rasgos histológicos definitivos, una clínica compatible junto con la adecuada respuesta al tratamiento pueden ser suficientes para su diagnóstico. La piedra angular en el tratamiento de la dermatitis pustulosa erosiva son los corticosteroides tópicos. Pueden prescribirse como primera línea en monoterapia o combinados con otros esquemas terapéuticos. La administración de corticosteroides tópicos seguidos de inhibidores de la calcineurina se considera una estrategia eficaz para el control de la enfermedad a largo

plazo.⁶ El óxido de cinc como tratamiento complementario es una opción segura, económica y eficaz para la fase de mantenimiento cuando la fase aguda se ha estabilizado mediante corticosteroides tópicos.⁷

Los injertos de piel total son un método reconstructivo frecuente y eficaz para el cierre de heridas quirúrgicas. Los injertos en sello son una alternativa útil al injerto de piel total en determinados contextos. Debido a que el prendimiento de un injerto puede ser ineficaz cuando nos encontramos ante un hematoma, un seroma o datos de sobreinfección, la terapia de presión negativa puede colaborar en la mejoría de la adherencia y la supervivencia del injerto. Los dispositivos de terapia de presión negativa de uso único son una alternativa efectiva y aceptada para un manejo terapéutico ambulatorio.⁸ Un fracaso recurrente en la epitelización de un tejido injertado bien vascularizado en un paciente de mediana edad, junto con una evolución clínica inusual, nos alertó y permitió que planteásemos un nuevo diagnóstico diferencial. La asociación entre dermatosis pustulosa erosiva e injertos cutáneos y vendajes o apósitos compresivos se ha mencionado de forma separada en la bibliografía con anterioridad.^{9,10} Aunque ambos factores hayan podido jugar un papel, se asumió el diagnóstico de dermatosis pustulosa erosiva secundaria a terapia de presión negativa e injertos cutáneos, debido a que la terapia de presión negativa se usó en todos los intentos de curación, siendo su retirada seguida de mejoría temprana no observada hasta entonces. Asimismo, la dermatosis pustulosa erosiva en el sitio receptor del injerto se ha descrito tras meses del procedimiento, siendo un fenómeno subagudo o tardío.⁹ En nuestro caso la dermatosis pustulosa erosiva se manifestó muy tempranamente, en los primeros cambios de apósito y las primeras curaciones.

Tener en cuenta la posibilidad de aparición de una dermatosis pustulosa erosiva en el

contexto de una herida quirúrgica ayudará a alcanzar el diagnóstico temprano de esta enfermedad. Ello nos permitirá dar el tratamiento correcto, evitando procedimientos agresivos, como la realización de múltiples injertos y otras intervenciones quirúrgicas innecesarias.

CONCLUSIONES

La dermatosis pustulosa erosiva en localizaciones distintas a la piel cabelluda es con frecuencia un verdadero reto diagnóstico-terapéutico. Reportamos a nuestro saber el primer caso de dermatosis pustulosa erosiva secundaria a terapia de presión negativa e injertos cutáneos. Ante la existencia de pústulas, erosiones o costras en una herida injertada, debemos plantearnos el diagnóstico diferencial de dermatosis pustulosa erosiva. La terapia de presión negativa podría sumarse a la lista de posibles causas de dermatosis pustulosa erosiva.

REFERENCIAS

1. Starace M, Iorizzo M, Trüeb RM, Piccolo V, et al. Erosive pustular dermatosis of the scalp: a multicentre study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020; 34 (6): 1348-1354. doi:10.1111/jdv.16211.
2. Burton JL. Case for diagnosis. Pustular dermatosis of scalp. *Br J Dermatol* 1977; 97 (s15): 67-68. doi:10.1111/j.1365-2133.1977.tb14339.x.
3. Patton D, Lynch PJ, Fung MA, Fazel N. Chronic atrophic erosive dermatosis of the scalp and extremities: A recharacterization of erosive pustular dermatosis. *JAAD* 2007; 57 (3): 421-427. [doi:10.1016/j.jaad.2007.04.026]
4. Gallo G, Ribero S, Conti L, Baglioni E, et al. Erosive pustular dermatosis: not only scalp. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020; 34 (8). doi:10.1111/jdv.16314. <https://doi.org/10.1111/jdv.16314>.
5. Starace M, Loi C, Bruni F, Alessandrini A, et al. Erosive pustular dermatosis of the scalp: Clinical, trichoscopic, and histopathologic features of 20 cases. *JAAD* 2017; 76 (6): 1109-1114.e2. doi:10.1016/j.jaad.2016.12.016.
6. Junejo MH, Kentley J, Rajpopat M, Tan XL, et al. Therapeutic options for erosive pustular dermatosis of the scalp: a systematic review. *Br J Dermatol* 2021; 184 (1): 25-33. doi:10.1111/bjd.19026.
7. Di Altobrando A, Patrizi A, Vara G, Merli Y, Bianchi T. Topical zinc oxide: an effective treatment option for erosive pus-

- tular dermatosis of the leg. Br J Dermatol 2020; 182 (2): 495-497. doi:10.1111/bjd.18453.
8. Gupta S. Optimal use of negative pressure wound therapy for skin grafts. IWJ 2012; 9: 40-47. doi:10.1111/j.1742-481X.2012.01019.x.
 9. Roche-Kubler B, Monnin C, Aubin F, Dupond AS. Erosive pustular dermatosis of the scalp and thigh associated with skin graft recipient and donor sites. EJD 2015; 25 (3): 269-271. doi:10.1684/ejd.2015.2528.
 10. Dawn G, Loney M, Zamiri M, Shaffrali F, et al. Erosive pustular dermatosis of the leg associated with compression bandaging and fungal infection. Br J Dermatol 2003; 148 (3): 489-492. doi:10.1046/j.1365-2133.2003.05094.x.

Dermatología Comunitaria México AC

Comunica con mucho agrado a todos los interesados, la apertura de su página web que pone a su disposición en la dirección: dermatologiacomunitaria.org.mx

Nuestro objetivo es dar a conocer: quiénes somos, nuestra historia desde los inicios, las etapas por las que hemos atravesado, quiénes han participado en nuestras actividades, las instituciones que nos han apoyado. Cuál es nuestra visión y razón de ser, entre lo que destaca la atención dermatológica a los grupos marginados, la enseñanza constante de la dermatología básica al personal de salud del primer nivel de atención en las áreas remotas y la investigación. Aunque los problemas dermatológicos no son prioritarios por su letalidad, sí lo son por su enorme frecuencia y la severa afectación en la calidad de vida de los que los padecen.

Les mostramos la estructura de nuestros cursos y cómo los llevamos a cabo.

La sección de noticias comparte con los interesados nuestro quehacer mes con mes y el programa anual tiene como objetivo invitarlos a participar en nuestras actividades.

Desde enero de este año está funcionando el Centro Dermatológico Ramón Ruiz Maldonado para personas de escasos recursos y para recibir a los pacientes afectados por las así llamadas enfermedades descuidadas *neglectas*, que nos envía el personal de salud que trabaja en las áreas remotas. Se encuentra ubicado temporalmente en el Fraccionamiento Costa Azul del puerto de Acapulco.

Con un profundo sentido de amistad y reconocimiento le hemos dado este nombre para honrar la memoria de quien fuera uno de los dermatólogos más brillantes de nuestro país, que alcanzó reconocimiento nacional e internacional. Además de haber alentado nuestras actividades participó, acompañado de su familia, en muchas de nuestras jornadas en las comunidades.

Contacto con las doctoras Guadalupe Chávez López y Guadalupe Estrada Chávez.