

Pioderma gangrenoso: relato de caso

Pyoderma gangrenosum: case report

Marilho Tadeu Dornelas¹
Magno Cunha de Souza Guerra²
Gilson Lorena Maués³
Juliana Outemuro Maciel Pinheiro Luiz²
Fabrício Romagnoli de Arruda³
Marília de Pádua Dornelas Corrêa³

RESUMO

palavras-chave

Complicações Pós-Operatórias

Mamoplastia

Pioderma Gangrenoso

O Pioderma Gangrenoso (PG) é uma dermatose inflamatória neutrofílica rara, de etiologia desconhecida, associada a doenças sistêmicas em 50% dos casos. No presente trabalho, faz-se uma breve revisão sobre este distúrbio, demonstrando as repercussões sobre a Cirurgia Plástica. Relata-se o caso de uma paciente de 40 anos, submetida a mamoplastia redutora e abdominoplastia, com apresentação de lesões típicas de PG nas cicatrizes cirúrgicas no 6º dia pós-operatório e excelente resposta à terapêutica clínica. Discutem-se, ainda, as formas clínicas da doença, as bases diagnósticas e o tratamento atualmente disponível.

ABSTRACT

keywords

Postoperative Complications

Mammaplasty

Pyoderma Gangrenosum

The Pyoderma Gangrenosum is a rare neutrophilic inflammatory dermatose, of an unknown ethiology, associated to systemics illnesses in 50% of the cases. In this paper, we do a brief revision of this disturb, showing its repercussions in Plastic Surgery. A case of a 40 years old patient, submitted to a reduction mammoplasty and an abdominoplasty, presenting typical injuries of PG in the surgeries scars in the 6th postoperative day and excellent response to the clinical therapeutic, is related. We also discuss the illness clinical types, the diagnostic bases and the current available treatment.

INTRODUÇÃO

O pioderma gangrenoso (PG) é uma patologia cutânea inflamatória de incidência rara, descrita pela primeira vez na década de 30 por Brunsting et al. Possui um caráter obscuro, com etiologia desconhecida, curso crônico e comportamento imprevisível (SOUZA et al., 1993). Caracteriza-se por lesões inicialmente pustulosas, nodulares ou bolhosas, que evoluem para úlceras destrutivas, levemente elevadas e violáceas, apresentando centro necrótico, com sangue e pus. Geralmente se localizam em membros inferiores e tronco (BLITZ; RUDIKOFF, 2001).

O pioderma gangrenoso acomete principalmente mulheres jovens e cerca de 50% dos casos estão associados a comorbidades, destacando as doenças inflamatórias intestinais (doença de Crohn e retocolite ulcerativa

inespecífica), poliartrites, doenças hematológicas, entre outras (MENACHEM; GOTSMAN, 2004).

Atualmente, são reconhecidas quatro formas clínicas principais de PG: ulcerativa, pustulosa, bolhosa e vegetante. A histopatologia é inespecífica e não existem marcadores sorológicos (FRAGA et al., 2006). O diagnóstico é feito por exclusão, baseado nas características clínicas da doença (SOUZA et al., 1999).

O tratamento do pioderma gangrenoso não é específico e existem controvérsias na literatura acerca da eficácia das terapêuticas disponíveis (SERRA; BOIXAREU, 2001). O uso de antibioticoterapia de amplo espectro, corticoides, imunossuppressores e imunomoduladores apresenta bons resultados e deve estar associado a analgésicos e antissépticos tópicos (SANCHEZ et al., 2006).

O objetivo deste trabalho é relatar o caso raro de pioderma gangrenoso em uma paciente submetida a

1 Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Juiz de Fora - MG. E-mail: marilho.dornelas@ufjf.edu.br

2 Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Juiz de Fora.

3 Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento de Cirurgia Plástica - Juiz de Fora, MG.

mamoplastia redutora e abdominoplastia, assim como fazer uma breve revisão sobre essa dermatose, discutindo suas formas clínicas, diagnóstico e tratamento disponível.

RELATO DE CASO

Trata-se da paciente A.C.L.A., com 40 anos de idade, caucasiana, submetida à cirurgia de abdominoplastia e mamoplastia redutora, sem intercorrências.

Cerca de seis dias após a cirurgia (6º DPO), apresentou área eritematosa com descolamento de pele em cicatriz cirúrgica de mama direita (FIG. 1) associada a febre, sugerindo um processo infeccioso. Foram instituídos antibioticoterapia (ciprofloxacino 500mg de 12 em 12 horas) e curativos com sulfadiazina de prata a 1%. Contudo, não houve melhora do quadro.

Com 12 dias de evolução, surgiram eritema e pústulas na incisão abdominal, adquirindo caráter necrótico (FIG. 2), além de aumento da extensão da lesão em mama direita, com bordos irregulares e exsudação purulenta (FIG. 3). Tal fato determinou a internação da paciente. A rotina hematológica mostrou leucocitose e anemia (TAB. 1).

Outros exames complementares foram solicitados: PCR (41UI/mL; elevado) e EAS (normal). A ultra-sonografia feita em abdômen apontou coleção líquida extensa em tecido subcutâneo, retirada por drenagem através das linhas de sutura. As culturas realizadas do material obtido deste procedimento foram negativas. A hemocultura demonstrou crescimento da bactéria *Serratia marscescens*, indiferente à evolução do caso. A biópsia de pele da cicatriz cirúrgica abdominal resultou em infiltração inflamatória neutrofílica inespecífica (FIG. 4).

Foi instituída terapia de suporte com hidratação venosa e antibioticoterapia (vancomicina, meropenem e metronidazol). Também foi realizado transfusão de duas unidades de concentrado de hemácias para corrigir anemia apontada em hemograma prévio.

O aparecimento clínico súbito das lesões e sua evolução necrótica, a biópsia histopatológica de pele e os exames laboratoriais levaram ao diagnóstico presuntivo de pioderma gangrenoso quatro dias após sua internação, descartando-se outras patologias.

A partir desse momento, foram iniciadas corticoterapia (hidrocortisona 100mg EV, de 8 em 8 horas, por 15 dias) e administração de imunoglobulina (2g EV por dia, durante sete dias), com expressiva diminuição da extensão das lesões. Foram realizados curativos com Fibracol Plus® (composto por colágeno e alginato a 10%).



Figura 1 - Início do quadro em mama direita (6º DPO)



Figura 2 - Lesões na incisão cirúrgica abdominal, no dia da internação (12º DPO).



Figura 3 - Aspecto da lesão em mama direita, no dia da internação (12º DPO).

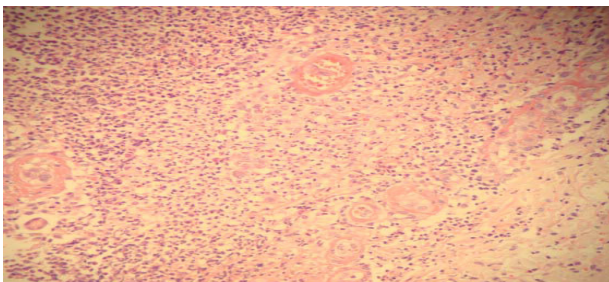


Figura 4 - Estudo histopatológico de pele de cicatriz cirúrgica abdominal (coloração HE, em médio aumento de microscópio óptico)



Figura 5 - Lesão em mama direita, no dia da alta hospitalar, mostrando início de cicatrização em bordos.



Figura 6 - Aspecto das lesões abdominais no dia da alta hospitalar, sem evidências de necrose.

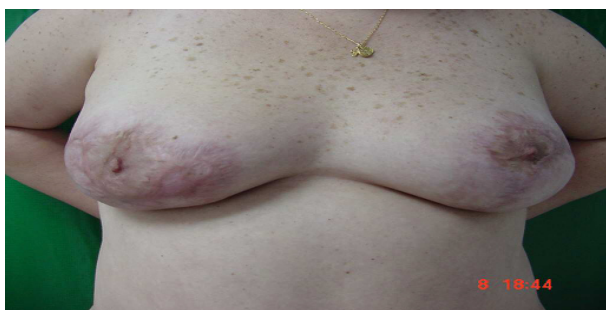


Figura 7 - Aspecto das mamas, após 10 meses de acompanhamento.



Figura 8 - Cicatrizes abdominais após 10 meses de acompanhamento.

TABELA 1

| Resultado do hemograma realizado à internação | |
|---|-------------------------------|
| Parâmetros | Valores |
| Hemácias | 3,34 milhões/ mm ³ |
| Hemoglobina | 9,7 mg/dL |
| Hematócrito | 32% |
| Leucócitos | 22.000 |
| Segmentados | 79% |
| Linfócitos | 17% |
| Bastões | 3% |
| Monócitos | 1% |
| Plaquetas | 377.000 |

A paciente recebeu alta hospitalar após 20 dias de internação, apresentando evidente melhora do quadro (sem exsudação purulenta em mama direita, sem evidências de necrose em cicatrizes abdominais, como mostram as figuras 5 e 6 respectivamente) e ausência de efeitos colaterais da terapêutica. Foi orientada a manter administração de corticoide (prednisona 20mg, via oral, três vezes ao dia, durante três semanas) e utilização de curativos com Fibracol Plus® em dias alternados até cicatrização.

Após seguimento por dez meses, observou-se remissão completa das lesões, boa cicatrização e não houve recaídas (Figuras 7 e 8). A paciente optou por não fazer correção cirúrgica das cicatrizes.

DISCUSSÃO

O Pioderma Gangrenoso (PG) é uma patologia cutânea inflamatória, neutrofilica, não infecciosa, de ocorrência rara. Caracteriza-se por úlceras de pele, com curso crônico, recorrente e, por vezes, destrutivo (SOUZA et al., 1993). Desde o primeiro relato em 1930 por Brusting et al., permanece com etiologia incerta e patogenia desconhecida (provável distúrbio de imunidade celular).

Sua incidência não é bem estabelecida na literatura, porém estima-se que ocorra entre 1 e 1,5 novo caso por ano em 100.000 habitantes (MARTINEZ et al., 2005). A faixa etária mais acometida é entre 25 e 55 anos, havendo predileção pelo sexo feminino (2,7:1). Cerca de 50% dos casos associam-se a enfermidades sistêmicas, tais como doenças inflamatórias intestinais (retocolite ulcerativa e doença de Crohn), doenças hematológicas, reumatológicas, hepatite, neoplasias, entre outras (BENNET et al., 2000). A paciente relatada não apresentava história clínica ou exame laboratorial compatíveis com nenhuma dessas patologias. Porém, o estresse cirúrgico pode ter precipitado o surgimento de PG, já que há associação entre traumas e aparecimento dessa dermatose (fenômeno de patergia) em 30% dos casos (VILLALAZ et al., 2002).

O pioderma gangrenoso se manifesta pela presença de lesões bolhosas ou nodulares, com bordos irregulares e eritematosos, substituídas rapidamente por úlceras dolorosas, de coloração violácea, com centro necrótico, odor fétido e drenagem de exsudato hemopurulento. Acomete preferencialmente tórax e membros inferiores (BLITZ; RUDIKOFF, 2001). O caso relatado iniciou-se na forma de eritema e descolamento cutâneo ao redor das cicatrizes cirúrgicas da mama direita, evoluindo para pústulas e ulcerações com áreas de necrose em linha de sutura abdominal, num intervalo de seis dias.

Atualmente são descritas quatro formas clínicas de PG: ulcerativa (mais frequente, apresentando úlceras com bordas eritematosas), pustulosas (comum em exacerbações de doenças inflamatórias intestinais), bolhosas (bolhas hemorrágicas, relacionadas a doenças mieloproliferativas) e vegetante (úlceras superficiais solitárias não dolorosas) (FRAGA et al., 2006). O caso abordado é incluído na forma ulcerosa.

O diagnóstico de pioderma gangrenoso é basicamente clínico, feito através da exclusão de outras patologias. Os exames laboratoriais são inespecíficos, revelando leucocitose à custa de segmentados e provas inflamatórias tocadas (por exemplo, PCR elevado, como no

caso abordado). O estudo histopatológico (biópsia) possui baixa especificidade, demonstrando infiltrado polimorfonuclear neutrofílico, necrose liquefativa e trombose secundária de vênulas (SOUZA et al., 1999). O PG não possui marcadores sorológicos específicos ou achados laboratoriais patognomônicos (SERRA; BOIXAREU, 2001).

Portanto, deve-se basear o diagnóstico de pioderma gangrenoso na morfologia das lesões (úlceras necrotizantes dolorosas), evolução clínica (início súbito e progressão rápida) e exclusão de outros agentes causais (VILLALAZ et al., 2002). A paciente estudada enquadra-se nos termos acima mencionados, apresentando história clínica compatível com PG, exames complementares e biópsia inespecíficos e ausência de fatores etiológicos que justificassem as lesões.

O tratamento baseia-se no uso de agentes tópicos para manter local limpo e úmido, na administração de antibióticos de amplo espectro, imunossuppressores (talidomida, ciclosporina, ciclofosfamida, entre outros), corticoides (prednisona ou hidrocortisona) e imunoglobulina venosa (SANCHEZ et al., 2006).

Na paciente em questão, foram utilizados curativos com alginato (Fibracol Plus®) até cicatrização. Durante a internação, foram instituídos antibióticos (vancomicina por oito dias, meropenem por 15 dias e metronidazol por três dias), hidrocortisona e imunoglobulina intravenosa por sete dias. Houve uma evidente regressão das lesões, o que determinou sua alta depois de 20 dias de internação, com prescrição de corticoide oral por mais três semanas.

Estima-se que 69% dos casos de PG melhorem no primeiro ano de evolução e 95% nos primeiros três anos (VILLALAZ et al., 2002). O caso relatado demonstrou remissão total das lesões, apresentando excelente cicatrização após dez meses de seguimento.

CONCLUSÃO

O pioderma gangrenoso é uma patologia rara, associada a doenças sistêmicas ou traumas (como estresse cirúrgico), devendo ser lembrada em pacientes com início súbito das lesões descritas, que apresentam culturas negativas e não respondem a antibioticoterapia isolada. A associação de corticoides, antibióticos de amplo espectro e imunoglobulina intravenosa demonstrou, na literatura e no caso relatado, um excelente resultado no tratamento de PG.

Enviado em 03/06/2008

Aprovado em 26/06/2008

REFERÊNCIAS

- BENNET, M. L.; JACKSON, J. M.; JORIZZO, J. L.; FLEISCHER, A. B.; WHITE, W. L.; CALLEN, J. P. Pyoderma gangrenosum. A comparison of typical and atypical forms with an emphasis on time to remission. Case review of 86 patients from 2 institutions. *Medicine*, Baltimore, v. 79, n. 1, p. 37-46, 2000.
- BLITZ, N. M.; RUDIKOFF, D. Pyoderma gangrenosum. *Mount Sinai Journal of Medicine*, New York, v. 68, n. 4-5, p. 287-297, 2001.
- FRAGA, J. C. S.; VALVERDE, R. V.; SOUZA, V. L.; GAMONAL, A. Pioderma gangrenoso: apresentação atípica. *Anais Brasileiros de dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 81, supl. 3, p. 305-308, 2006.
- MARTINEZ, C. A. R.; PRIOLLI, D. G.; RAMOS, R. F. B.; NONOSE, R.; SCHMIDT, K. H. Remissão completa do pioderma gangrenoso após colectomia total em doente portador de retocolite ulcerativa inespecífica. *Arquivos Médicos do ABC*, Santo André, v. 30, n. 2, p. 106-110, 2005.
- MENACHEM, Y.; GOTSMAN, I. Clinical manifestations of pyoderma gangrenosum associated with inflammatory bowel disease. *Israel Medical Association Journal*, Israel, v. 6, n. 2, p. 88-90, 2004.
- SANCHEZ, T. G.; SCHNEIDER, G.; PEREIRA, M. C.; AZEVEDO, L. E. L.; SOUZA, M. M.; AZEVEDO, G. L.; SOUZA, M. M.; VALENTE, R. W. Pioderma gangrenoso: relato de caso. *Comunicações em Ciências da Saúde*, Distrito Federal, v. 17, n. 3, p. 237-241, 2006.
- SERRA-BALDRICH, E.; BOIXAREU, M. T. J. Pioderma gangrenoso: consideraciones. *Actas de Dermatología y Dermatopatología*, Cidade do México, v. 40, n. 2, p. 115-122, 2001.
- SOUZA, C.S.; CHIOSSI, M. P. V.; TAKADA, M. H.; FOSS, N. T.; ROSELINO, A. M. F. Pioderma gangrenoso: casuística e revisão de aspectos clínico-laboratoriais e terapêuticos. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v. 74, n. 5, p. 465-472, 1999.
- SOUZA, M. A. A.; RÉGNIER, G. C.; CARNEIRO, S. C. S.; PEREIRA, A. C. Pioderma gangrenoso. Revisão bibliográfica. *Jornal Brasileiro de Medicina*, São Paulo, v. 65, n. 2, p. 53-60, 1993.
- VILLALAZ, A. T.; BAUTISTA, V. H.; MCKINSTER, C. D.; PÉREZ, R. B. Uso de la inmunoglobulina intravenosa en la fase aguda del pioderma gangrenoso, Reporte de un caso. *Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas*, Cidade do México, v. 11, n. 1, p. 25-27, 2002.