

## **Pioderma gangrenoso pós-mamoplastia redutora**

### **Pyoderma gangrenosum after reduction mammoplasty**

DOI:10.34119/bjhrv4n4-215

Recebimento dos originais: 11/07/2021

Aceitação para publicação: 11/08/2021

#### **Juliane Cabral Silva**

Docente em Medicina pelo Centro Universitário Cesmac.

Endereço: Rua Esther Silveira Costa, 62 - Farol, Maceió, Alagoas. 082 9 9647-4710.

#### **Felipe Araújo Mendonça Costa**

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Alagoas - UFAL, membro

Especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

Endereço: The Square, sala 250, Jatiúca, Maceió, Alagoas. 082 3026-980.

#### **Marcus Vinícius Quirino Ferreira**

Graduando em Medicina pelo Centro Universitário Cesmac.

Endereço: Rua Deputado José Lages, 613, apto 503, Ponta Verde, Maceió, Alagoas. 082 99940-9058.

#### **Rafael de Almeida Omena**

Graduando em Medicina pelo Centro Universitário Cesmac.

Condomínio aldebaran beta quadra T lote 9, Jardim Petrópoles, Maceió, Alagoas. 082 98823-7454.

E-mail: rafael\_omena95@hotmail.com

#### **Ingrid Ramalho Dantas de Castro**

Graduanda em Medicina pela Centro Universitário Tiradentes de Alagoas.

Endereço: Rua Escritor Antônio Saturnino de Mendonça Júnior, 57, apto 903, Jatiúca, Maceió, Alagoas. 082 99926-3948.

#### **Aflaudízio Ferreira Lima Júnior**

Graduado em Medicina pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – Uncisal.

Endereço: Rua Travessa da Harmonia, 280 A, Farol, Maceió, Alagoas. 082 99930-3274.

#### **Edgar Valente de Lima Neto**

Doutor PhD em Ciências na área de Gastroenterologia Cirúrgica pela Universidade Federal de São Paulo, Mestre em Gastroenterologia Cirúrgica pela Universidade Federal de São Paulo. Título de Especialista em Gastroenterologia pela Federação Brasileira de Gastroenterologia e Associação Médica Brasileira. Título de Especialista em Cirurgia Geral MEC. Residência Médica em Cirurgia Geral

no Hospital Federal dos Servidores Públicos do Estado do Rio de Janeiro. Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Membro Titular da Federação Brasileira de Gastroenterologia. Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Alagoas. Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas. Professor Adjunto da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas.

Avenida Fernandes Lima, Km 05 Hosp Acucar - Farol, Maceió – AL. 082 99981- 4762.

### **Edeildo Mendonça Costa**

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Alagoas – UFAL, membro Especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia. Mestre em Cirurgia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. The Square, sala 250, Jatiúca, Maceió, Alagoas. 082 3026-9800.

#### **RESUMO**

**Introdução:** O pioderma gangrenoso (PG) é uma doença inflamatória e neutrofílica rara, ligada ao fenômeno de patergia ou a doenças sistêmicas. É de etiologia indeterminada. Complicação pós-operatória rara, cujas manifestações são lesões ulceradas e dolorosas com evolução rápida e progressiva. **Método:** Relato e revisão sobre PG, incluindo as repercussões na cirurgia plástica. **Resultados:** Com diagnóstico firmado de PG e início do tratamento com drogas imunossupressoras houve reversão do quadro. Passado dezoito meses, há nível satisfatório de aceitação pela paciente. **Conclusão:** Este relato elucidada uma patologia pouco frequente, ocorrida pós- mamoplastia redutora e sua abordagem para a resolução desta doença. O cirurgião plástico deve conhecer tal distúrbio, pois aumenta seu arsenal terapêutico em caso de ocorrência pós-cirúrgica.

**Palavras-Chave:** Pioderma gangrenoso, Mamoplastia, Complicação Pós- Operatória.

#### **ABSTRACT**

**Introduction:** Pyoderma gangrenosum (PG) is a rare inflammatory and neutrophilic disease, linked to the phenomenon of pathergy or systemic diseases. It is of undetermined etiology. Rare postoperative complication, whose manifestations are ulcerated and painful lesions with rapid and progressive evolution. **Method:** Report and review on PG, including the repercussions on plastic surgery. **Results:** With confirmed diagnosis of PG and initiation of treatment with immunosuppressive drugs there was reversion of the condition. After eighteen months, there is a satisfactory level of patient acceptance. **Conclusion:** This report elucidates an uncommon pathology, which occurred post-mammoplasty and its approach to the resolution of this disease. The plastic surgeon must know this disorder, because it increases his therapeutic arsenal in case of post-surgical occurrence.

**Keywords:** Pyoderma Gangrenosum, Mammoplasty, Postoperative Complication.

## **1 INTRODUÇÃO**

O pioderma gangrenoso é uma doença inflamatória ulcerativa e dolorosa, com formação de bolhas e pústulas do tipo autoimune e não infecciosa, cuja causa ainda é uma incógnita. Há uma predominância no sexo feminino<sup>1,2,3</sup>. O diagnóstico é feito baseado na evolução clínica e exclusão de outras doenças. O atraso no tratamento pode resultar em complicações debilitantes, necessitando, por isso, de tratamento precoce<sup>3,4</sup>. Este trabalho relata o caso de uma paciente do sexo feminino que desenvolveu pioderma gangrenoso pós-mamoplastia redutora.

## 2 RELATO DO CASO

Paciente caucasiana, de 41 anos de idade, digitadora, submetida à mastoplastia de redução associada à histerectomia por videocirurgia. A paciente recebeu alta hospitalar no 1º dia pós-operatório (DPO), assintomática até o 5º DPO, sob antibioticoterapia ciprofloxacina 12/12h por 7 dias e em boas condições clínicas.

No 5º DPO, a paciente apresentou febre de 38,5º Celsius, retornando ao hospital. O hemograma revelou discreta leucocitose, proteína C reativa ligeiramente aumentada, entretanto a radiografia de tórax e os exames de urina encontram-se dentro dos limites da normalidade.

A dor e a febre continuavam a oscilar com o uso de dipirona, com quadro de náuseas associado, o curativo apresentava drenagem de secreção com aspecto piosanguinolento (Figura 1), com lesões cutâneas violáceas, que evoluíram para necrose e destruição total da pele, atingindo os planos mais profundos.

Figura 1 – Aspecto do curativo com presença de secreção. A – Mama esquerda. B – Mama direita.

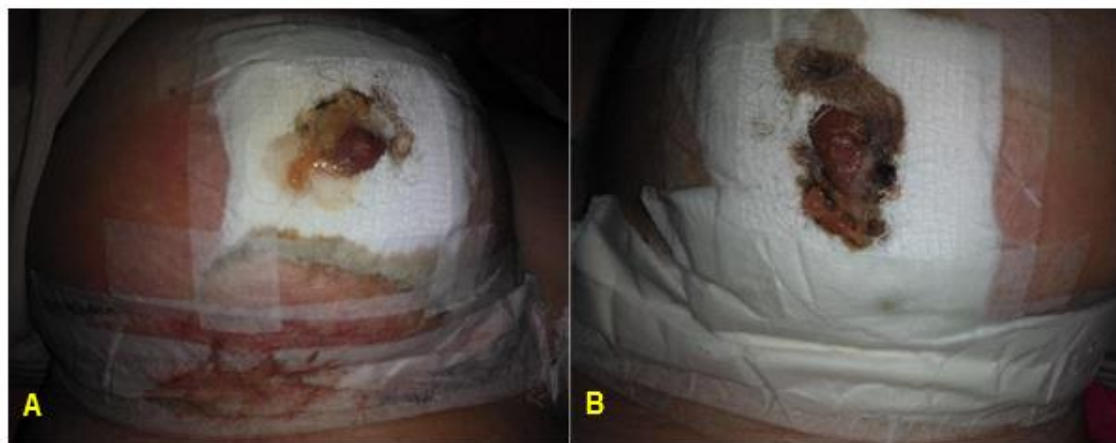
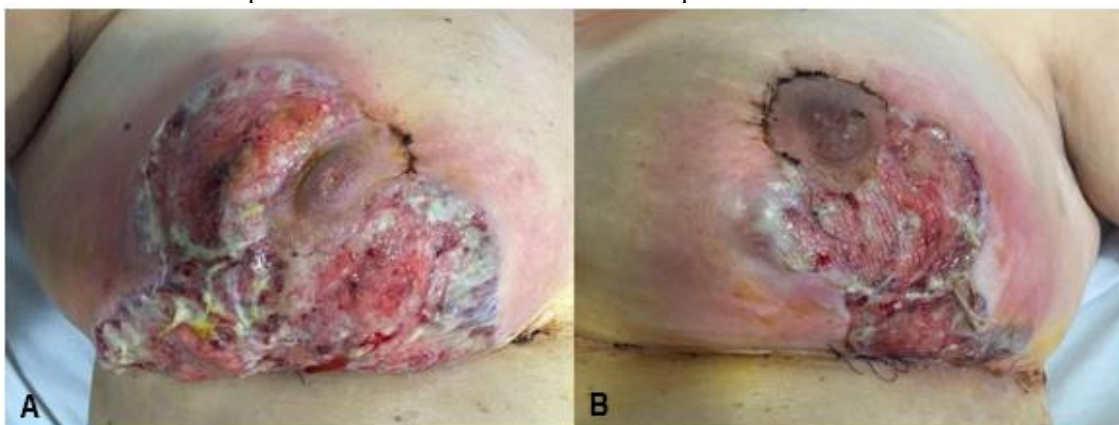


Figura 2 – Lesão ao longo da cicatriz vertical e do complexo aréolo papilar sob a forma de lesões ulcerosas e necrose de pele em ambas as mamas. A – Mama esquerda. B – Mama direita.



Houve comprometimento cutâneo ao longo da cicatriz vertical e do complexo aréolo-papilar, ulceração, necrose de pele, na forma de bolhas escuras, em ambas as mamas (Figura 2).

Bacterioscopia e cultura nada revelaram, excluindo diagnósticos diferenciais como infecção de ferida operatória e deiscência de sutura. Além da troca do antibiótico, por não haver remissão do quadro com ciprofloxacina, por claritromicina a paciente apresentou quadro de hipersensibilidade do tipo alérgica. Até o 12º DPO não se constatou remissão do quadro com a antibioticoterapia inserida e sem evidência de patógenos nas culturas, surgindo então o alerta para o quadro de PG.

O abdome não apresentava sinal de qualquer anormalidade. Neste período de internação, total de 22 dias, com perda ponderal de 8kg, a paciente foi submetida a acesso central em jugular e a tratamento com imunossupressor em altas dosagens (40 mg/dia) de prednisona a partir da suspeita de PG. Foi feita a colocação de curativos de hidrogel (Figura 3), que associados ao tratamento imunossupressor houve melhora do quadro e remissão dos sintomas.

Figura 3 – Aplicação de curativo hidrogel.



Intensa sensação dolorosa equivalente a queimadura de segundo e terceiro graus foram evidenciadas, a destruição cutânea foi progressiva entre 1 e 2 cm/dia. Neste período já havia uma destruição da superfície mamária de 75% da mama direita e 50% da mama esquerda (Figura 4). O tratamento compreendeu limpeza local, uso de creme tópico e medicação sistêmica.

A cicatrização por segunda intenção das mamas se processou centripetamente (Figura 5). A cicatriz da mama ocorreu de forma desfavorável por volta do 2º mês após



alta, pela interrupção da corticoideterapia, com aparecimento de áreas de necroses focais e áreas de cicatrizes hipertróficas, que entraram em remissão após volta da corticoideterapia, iniciando com dose de 40 mg de prednisona em Abril de 2016 e chegando a 5 mg em Setembro de 2016, no qual foi interrompido o uso do corticoide.

Figura 4 – Extensão da lesão.



Figura 5 – Aspecto da mama após uso da corticoterapia.



No 7º mês pós-operatório, não foram mais aplicadas medicações sistêmicas, havendo cicatrização completa das lesões mamárias. Atualmente faz uso de medicação tópica para clareamento da pele, sendo acompanhada pela dermatologia.

### 3 DISCUSSÃO

O pioderma gangrenoso foi discutido pela primeira vez por Brocq e Silmon, em 1908, e foi denominado de fadenismo geométrico; a atual denominação foi dita por Brunsting et al., em 1930<sup>1</sup>.

A lesão característica inicia com uma pústula estéril com centro necrótico, com coloração vermelho-azulada, evoluindo rapidamente para ulceração, como descrito por vários autores e presente neste relato. A paciente não respondeu à terapia sistêmica dos antibióticos de última geração, devido a negatividade de micro-organismos patogênicos<sup>2,3,4,5</sup> na cultura.

Não houve desbridamento das feridas em seus limites, por ser sabido que há uma progressão de destruição cutânea a partir dos limites das áreas ressecadas. Além disso, não foram utilizados produtos a base de colagenase, com intuito de evitar adição de ação enzimática digestora à lesão<sup>3,4,6,7</sup>. Como também foi invalidada a possibilidade de enxertia, por um possível desencadeamento de trauma nas áreas a receberem a doação<sup>7,8,9</sup>.

O tempo de evolução é variável, podendo ser de 15 dias a 10 anos, início após qualquer tipo de trauma é possível, que é evidenciado nesta paciente com o ato cirúrgico. Na fase aguda há febre e quadro de toxicidade considerável, antes do início do quadro propriamente dito.

O diagnóstico é clínico e o tratamento empírico<sup>1,3,5,6</sup> por sua etiologia ser inespecífica. O tratamento sistêmico é com prednisona 40 mg/dia a 60 mg/dia associada ou não a clofazimina 100 mg/dia tendo alternativas: sulfa, macrolídeo ou imunossupressor.

A paciente tem história de artrite reumatoide, estando no conjunto de doenças sistêmicas que podem desencadear tal processo. Doenças como leucemia, anemia, doença de Crohn, lúpus, doenças inflamatórias crônicas do aparelho urinário também têm correlação<sup>1,4,6,8,10</sup>. Além disso, a patergia (desenvolvimento de uma nova lesão inflamatória na área do trauma) e alteração da imunidade celular estão relacionadas à doença.

Algumas pacientes têm prognóstico reservado a único episódio da doença, que tem boa resposta a terapia imunossupressora, principalmente quando não há associação com doenças sistêmicas<sup>1,10</sup>.

#### **4 CONCLUSÃO**

Este relato de caso tentou elucidar uma patologia pouco frequente,mas com grandes prejuízos para os pacientes quando não diagnosticada em tempo hábil. Por isso, reportar-se a ela, como patologia diferencial nos casos de complicações pós-operatórias, é fundamental. Lançar mão deum arsenal terapêutico adequado e célere evita avanço do quadro e aparecimento de novas lesões, tendo o uso de corticoides/imunossupresores primeira opção para não progressão do caso.

## REFERÊNCIAS

1. Soares JM, Rinaldi AE, Taffo E, Alves DG, Camargo RC, Cutait et al. Pioderma gangrenoso pós-mamoplastia redutora: relato de caso e discussão. *Rev Bras Cir Plást.* 2013; 28 (3): 511-4.
2. Momeni A, Satterwhite T, Eggleston JM. Postsurgical Pyoderma Gangrenosum After Autologous Breast Reconstruction: Case Report and Review of the Literature. *Annals of Plastic Surgery.* 2015; 74 (3): 284-8.
3. Santos M, Talhari C, Rabelo RF, Schettini APM, Chirano CA, Talhari S. Pioderma gangrenoso - apresentação clínica de difícil diagnóstico. *An Bras Dermatol.* 2011; 86 (1): 153-6.
4. Furtado JG, Furtado GB. Pioderma gangrenoso em mastoplastia e abdominoplastia. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2010; 25(4): 725-7.
5. Rosseto M, Costa SC, Narváez PLV, Nakagawa CM, Costa GO. Pioderma gangrenoso em abdominoplastia: relato de caso. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2015; 30(2): 654-7.
6. Tolkachjov, SN, Fahy AS, BMBCh, Cerci, FB, Wetter DA, Cha SS, MPH; Camilleri MJ. Postoperative Pyoderma Gangrenosum: A Clinical Review of Published Cases. *Mayo Clin Proc.* 2016; 30 (1): 1-13.
7. Coltro PS, Valler CS, Almeida PCC, Gomez DS, Ferreira MC. O papel da patergia no pioderma gangrenoso em áreas doadoras de enxertos cutâneos: relato de caso. *Rev. Soc. Bras. Cir. Plást.* 2006; 21(4): 231-5.
8. Inoue S, Furuta J, Fujisawa Y, Onizawa S, Ito S, Sakiyama M et al. Pyoderma gangrenosum and underlying diseases in Japanese patients: A regional long-term study. *Journal of Dermatology* 2017; 1-4.
9. Konopka LC, Padulla GA, Ortiz PM, Beck KA, Bitencourt RM, Dalcin DC. Pioderma Gangrenoso: Um Artigo de Revisão. *J Vasc Bras.* 2013 Mar; 12 (1): 25-33.
10. Meyer TN. Pioderma Gangrenoso: Grave E Mal Conhecida Complicação Da Cicatrização. *Rev. Soc. Bras. Plást.* 2006; 21(2): 120-4.