



RESUMO EXPANDIDO

PIODERMA GANGRENOSO APÓS LIPOASPIRAÇÃO

PYODERMA GANGRENOSUM AFTER LIPOSUCTION

Fernando Zanol dos Santos¹
Carlo Mognon Mattiello²
Karina Meneguzzi³
Marlei Sangalli³
Zulmar Accioli de Vasconcellos⁴

RESUMO

Introdução: o pioderma gangrenoso (PG) é uma dermatose inflamatória incomum, com acúmulo de neutrófilos na pele. No PG pós-operatório, que surge no sítio cirúrgico dentro de duas semanas, os sintomas de início são eritema, dor desproporcional ao exame, deiscência ou ulcerações puntiformes que coalescem em úlceras. **Objetivo:** apresentar caso clínico de paciente que desenvolveu lesões de PG no sítio cirúrgico após lipoaspiração. **Método:** relato de caso de PG em sítio cirúrgico **Resultado:** após o surgimento das lesões, a paciente foi internada e foi iniciado antibiótico sistêmico e reposição volêmica. Realizado curativo a vácuo para manejo da ferida. Foi realizada pulsoterapia com corticoide e, posteriormente, utilizada terapia com imunobiológico. Apresentou evolução favorável. **Conclusão:** apesar de rara, o PG deve fazer parte do arsenal diagnóstico do cirurgião plástico em qualquer intervenção complicada com úlceras, com vistas a iniciar o quanto antes o tratamento e evitar a morbidade.

Descritores: Pioderma gangrenoso. Lipoaspiração. Pós-operatório.

ABSTRACT

Pyoderma gangrenosum (PG) is an uncommon inflammatory dermatosis with accumulation of neutrophils in the skin. In postoperative PG, which appears at the surgical site within two weeks, the onset symptoms are erythema, disproportionate pain on examination, dehiscence, or punctate ulcerations that coalesce into ulcers. Objective To present a clinical case of a patient who developed PG lesions at the surgical site after liposuction. Method Case report of PG at a surgical site Result After the appearance of the lesions, the patient was hospitalized and systemic antibiotics and volume replacement were started. Vacuum dressing was performed for wound management. Corticosteroid pulse therapy was performed and, later, immunobiological therapy was used. It showed a favorable evolution. Conclusion Although rare, PG should be part of the plastic surgeon's diagnostic arsenal in any intervention complicated with ulcers, considering to start treatment as soon as possible and avoid morbidity.

Keywords: *Pyoderma gangrenosum. Liposuction. Postoperative.*

¹ Cirurgião Plástico, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

² Cirurgião Plástico, Membro Associado da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

³ Residente do Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados do HU-UFSC.

⁴ Regente do Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados do HU-UFSC.



INTRODUÇÃO

O pioderma gangrenoso (PG) é uma dermatose inflamatória e ulcerativa incomum, caracterizada histopatologicamente pelo acúmulo de neutrófilos na pele¹. A doença cutânea autoimune é rara e foi descrita pela primeira vez por Brunstng e O Larry em 1930. Trata-se de uma complicação arrasadora tanto para o paciente como para o cirurgião plástico, acarretando em questionamentos sobre as condições técnicas do procedimento cirúrgico realizado².

A apresentação mais comum do PG é o rápido desenvolvimento de uma ou mais úlceras purulentas dolorosas com bordas solapadas em locais de pele normal ou traumatizada. Já no PG pósoperatório, que da-se em um sítio cirúrgico geralmente dentro de duas semanas após a cirurgia³, os sintomas de início são eritema, dor desproporcional ao exame físico, seguido de deiscência da ferida ou de ulcerações puntiformes que coalescem em úlceras maiores. O PG pós-operatório parece ser mais comum em mulheres do que em homens e acomete principalmente as mamas e o abdome³.

Embora várias terapias tenham sido utilizadas para PG, faltam estudos de qualidade para a maioria das intervenções. Corticosteróides, tacrolimus tópico e ciclosporina sistêmica estão entre os agentes farmacológicos mais comumente utilizados.

A inexistência de uma exame complementar que confirme o diagnóstico do PG associado aos achados inespecíficos no estudo histopatológico, impõe obrigatoriedade sobre o conhecimento clínico desta afecção, para que possa se estabelecer a suspeita diagnóstica¹⁻⁴. Até a dissertação deste relato de caso, não havia na plataforma Pubmed casos de PG relacionados a lipoaspiração. Este trabalho visa portanto chamar a atenção para o diagnóstico raro, além de revisar as características e tratamento da doença.

OBJETIVO

Apresentar caso clínico de paciente que desenvolveu lesões de PG no sitio cirúrgico após lipoaspiração

MÉTODO

Paciente feminina, 36 anos, hígida, peso 74kg, altura 1,74, com antecedentes de mamoplastia de aumento há 10 anos (implante 300 cc) e uma gesta com parto normal.



Queixava-se de gordura abdominal e em dorso e flacidez abdominal. (figura 1, pré operatório) Foi submetida a lipoaspiração de abdômen, dorso, coxas e braços, troca de prótese para 450 cc perfil alto pela técnica Dual plane e aplicação de Renuvion (figura 2, pós operatório (PO) imediato). Volume lipoaspirado em abdome foi de 3300 ml, em dorso 3500ml e lipoenxertia glútea de 800 ml. Não houve intercorrências, possibilitando a alta hospitalar em 24 horas, em bom estado geral. Recebeu cefazolina 1g 6/6h durante a internação e cefalexina no domicílio 500 mg 6/6h 7 dias.

No 10º PO detectou-se ferida com cerca de 1cm em flanco direito, de borda eritematoviolácea e drenagem moderada de secreção serosa (figura 3). À ocasião, iniciou-se Amoxicilina + clavulanato 875 + 125mg, sem desbridamento de tecidos. Apesar da medida, houve progressão centrífuga acelerada da lesão, gerando uma área de solução de contiguidade exudativa com cerca de 15 centímetros, tunelizada e de fundo necrótico, com infiltração dos tecidos circunjacentes, muito dolorosa à manipulação (figura 4). Na região da axila esquerda formou-se lesão similar, porém rasa, de 5cm. Iniciaram-se sintomas sistêmicos (febre, hipotensão e taquicardia). Foi internada no 12º PO em manejo de sepse, iniciando Cefepime e Vancomicina, além de reposição volêmica. O laboratório mostrava reação leucemóide, com neutrófilos em 60 mil/mcL, 28% de bastões e PCR 360. Realizou-se lavagem vigorosa da ferida, com retirada dos tecidos necróticos frouxos e colocação de curativo à vácuo (figura 5), substituído sempre que saturado. A biópsia da borda da úlcera mostrou infiltrado intenso rico em neutrófilos, culturas de bactérias, micobactérias e fungos negativas. Este fato, associado à pouca melhora da dor, ao aumento das dimensões da ferida com antibiótico de amplo espectro vigente, à rápida progressão e às características da úlcera, sustentou a hipótese de Pioderma Gangrenoso. Após o 10º dia de internação, frente aos fatos e com atraso diagnóstico, iniciou-se pulsoterapia com Metilprednisolona 1000 mg ao dia 5 dias. Após, fez-se uso de Prednisona 1mg/kg/dia, com redução gradual posteriormente. Esquema de redução de Corticoide utilizado: Prednisona 20mg -3 cp por 5 dias; seguido de 2cp por 5 dias; seguido de 1cp por 20 dias. Prednisona 5 mg -2cp por 20 dias; seguido de 1cp até a remissão das lesões. Também recebeu imunossupressor anti TNF-alfa, Adalimumabe, de 80mg subcutâneo, seguido de doses de 40 mg em 15 e 30 dias da dose inicial.



RESULTADOS

A paciente apresentou evolução favorável, com epitelização das bordas da ferida lentamente e no momento encontra-se em acompanhamento no ambulatório de curativos orientando os cuidados domiciliares. Fez uso por 4 semanas de curativo de carvão com prata na área cavitada e membrana de celulose nas áreas superficiais. Após, usou-se alginato de cálcio na área cavitada por mais duas semanas. A figura 6 mostra a evolução da ferida, com evidente melhora clínica, com destaque para a cicatriz cribiforme no defeito axilar.

DISCUSSÃO

O Pioderma Gangrenoso é uma dermatose neutrofílica rara. A razão para seu desenvolvimento é incerta, ressaltando-se a ausência de caráter infeccioso¹. Não há na literatura casos descritos de PG associados à lipoaspiração.

Conhecer o padrão cutâneo evita o atraso diagnóstico, que inicialmente recai sobre os mais comuns, como deiscência. A forma ulcerosa é a mais prevalente⁸, sendo bem delimitada, com halo violáceo, centro necro-hemorrágico e crescimento centrífugo muito acelerado⁹. A dor é desproporcional à aparência¹⁰ e há patergia em 31% dos pacientes⁵. No PG pós-operatório, que ocorre dentro de 2 semanas¹¹, os sintomas de início são eritema, dor, deiscência ou ulcerações puntiformes que coalescem; acomete mais as mamas e o abdome¹¹. O diagnóstico, de exclusão⁷, é estabelecido por critérios¹². Critério principal: biópsia da úlcera com infiltrado neutrofílico. Critérios menores: exclusão de infecção; patergia; história pessoal de doença autoimune; história de pápula, pústula ou vesícula que ulcerou rapidamente; eritema periférico, borda de descolamento e sensibilidade no local; múltiplas ulcerações; cicatriz cribiforme em úlceras cicatrizadas; melhora após imunossupressores.

No tratamento faltam diretrizes, sendo guiado por experiência. Combina-se terapias tópicas ou sistêmicas (dependendo da gravidade) que suprimem a inflamação, com o manejo de feridas para otimizar a cicatrização. Os corticosteroides são a primeira linha. Doses imunossupressoras são necessárias na maioria, com pulso intravenoso (1 g/dia de metilprednisolona 1 a 5 dias) como terapia inicial^{6, 8, 12}. A ciclosporina, em doses de 6-10 mg/kg/dia, é indicada para os irresponsivos ou que não toleram corticoide^{8, 9, 13}. A resposta é



evidente na primeira semana¹⁴, mas a cicatrização pode levar meses. O desmame inicia na evidência de melhora clínica. Inibidores do TNF-alfa, como o infliximabe, adalimumabe e etanercept, tem bons resultados, particularmente nos com doenças associadas^{2, 15, 16}.

Devido ao potencial de patergia, as condutas cirúrgicas são controversas²¹. Atentar para acúmulos de tecido necrótico, sob risco de infecção secundária^{22,19}; há documentação benéfica de desbridamentos suaves, retalhos ou enxertos²³, terapia de pressão negativa²⁴ ou substitutos dérmicos alogênicos²⁵, assim como no oxigênio hiperbárico, mas os dados são insuficientes para o uso rotineiro¹⁷. Na ferida, objetiva-se limpeza suave¹⁸ e curativos não aderentes que promovem um ambiente úmido²⁰. Evitar substâncias cáusticas, como nitrato de prata, pela patergia^{18,19}.

Em relação a cirurgias plásticas futuras, há chances de recorrência. Sugere-se o fechamento da ferida cirúrgica com pontos subdérmicos e acompanhamento com dermatologista. É controversa a administração de glicocorticóides sistêmicos durante e por 2 semanas após a cirurgia para prevenir lesões¹⁸.

CONCLUSÃO

Apesar de rara, o PG deve fazer parte do arsenal diagnóstico do cirurgião plástico em qualquer intervenção complicada com úlceras, com vistas a iniciar o quanto antes o tratamento adequado e evitando sua morbidade.

REFERÊNCIAS

1. 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.
2. Graças AM, Alecrim ES, Lyon S. Pioderma gangrenoso: evidências clínicas e características. *Rev Med Minas Gerais*. 2016;26:e-1790.
3. Tolkachjov SN, Fahy AS, Wetter DA, et al. Postoperative pyoderma gangrenosum (PG): the Mayo Clinic experience of 20 years from 1994 through 2014. *J Am Acad Dermatol* 2015; 73:615.
4. Binus AM, Qureshi AA, Li VW, Winterfield LS. Pyoderma gangrenosum: a retrospective review of patient characteristics, comorbidities and therapy in 103 patients. *Br J Dermatol*. 2011;165(6):1244-50. PMID: 21824126 DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2011.10565.x>

5. Binus AM, Qureshi AA, Li VW, Winterfield LS. Pyoderma gangrenosum: a retrospective review of patient characteristics, comorbidities and therapy in 103 patients. *Br J Dermatol* 2011; 165:1244.
6. Bittencourt Mde J, Soares LF, Lobato LS, Mançano AD, Leandro HS, Fonseca DM. Multiple cavitory pulmonary nodules in association with pyoderma gangrenosum: case report. *An Bras Dermatol.* 2012;87(2):301-4. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962012000200018>
7. Ahronowitz I, Harp J, Shinkai K. Etiology and management of pyoderma gangrenosum: a comprehensive review. *Am J Clin Dermatol* 2012; 13:191.
8. Azulay RD, Azulay LA. *Dermatologia*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
9. Fraga JCS, Souza VL, Valverde RV, Gamonal A. Pioderma gangrenoso: apresentação atípica. *An Bras dermatol.* 2006;81(5 Supl 3):S305-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962006000900012>
10. Powell FC, Hackett BC, Wallach D. Pyoderma gangrenosum. In: *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 8th ed, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, et al (Eds), McGraw-Hill Companies, Inc., New York 2012. Vol 1, p.371.
11. Wollina U. Pyoderma gangrenosum--a review. *Orphanet J Rare Dis.* 2007;2:19. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1750-1172-2-19>
12. Aseni P, Di Sandro S, Mihaylov P, et al. Atypical presentation of pioderma gangrenosum complicating ulcerative colitis: rapid disappearance with methylprednisolone. *World J Gastroenterol* 2008; 14:5471.
13. Reichrath J, Bens G, Bonowitz A, Tilgen W. Treatment recommendations for pyoderma gangrenosum: an evidence-based review of the literature based on more than 350 patients. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53:273.
14. Chow RK, Ho VC. Treatment of pyoderma gangrenosum. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34:1047.
15. Hubbard VG, Friedmann AC, Goldsmith P. Systemic pyoderma gangrenosum responding to infliximab and adalimumab. *Br J Dermatol* 2005; 152:1059.
16. Roy DB, Conte ET, Cohen DJ. The treatment of pyoderma gangrenosum using etanercept. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54:S128.
17. Coelho LF, Correia FG, Ottoni FA, Santos FPST, Pereira LB, Lanna CCD. Pioderma gangrenoso: um desafio para o reumatologista. *Rev Bras Reumatol.* 2009;49(3):315-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042009000300013>
18. Powell FC, Hackett BC, Wallach D. Pyoderma gangrenosum. In: *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 8th ed, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, et al (Eds), McGraw-Hill Companies, Inc., New York 2012. Vol 1, p.371.

19. Ahronowitz I, Harp J, Shinkai K. Etiology and management of pyoderma gangrenosum: a comprehensive review. *Am J Clin Dermatol* 2012; 13:191.
20. Barańska-Rybak W, Kakol M, Naesstrom M, et al. A retrospective study of 12 cases of pyoderma gangrenosum: why we should avoid surgical intervention and what therapy to apply. *Am Surg* 2011; 77:1644.

FIGURAS



Figura 1: pré operatorio



Figura 2: pós operatorio imediato



Figura 3: surgimento e evolução da lesão



Figura 4 - solução de contiguidade em flanco

TABELA



Tabela 1. Características demográficas das pacientes submetidas a lipoescultura seguida da aplicação do Renuvion J Plasma (n=64)

Variáveis	Valores
Idade (anos) ^µ	38,23 (23 - 52)
Tabagismo* Não Sim	56 (90,32%) 6 (9,67%)
Comorbidades Sim HAS DM II Hipotireoidismo Doença inflamatória intestinal Transtornos psiquiátricos	15 (24,19%) 1 (1,6%) 2 (3,22%) 1 (1,6%) 2 (3,22%) 3 (4,83%)
IMC ^µ	25,20 (20,43 - 32,15)
Reintervenções Complicações Resposta com pouca retração de pele	5 (8,06%) 4 (6,45%) 7 (11,29%)