



RESUMO EXPANDIDO

PIODERMA GANGRENOSO EXTENSO APÓS MAMOPLASTIA: UM RELATO DE CASO**EXTENSIVE PYODERMA GANGRENOSUM AFTER MAMMAPLASTY: A CASE REPORT**Leonardo Getulio Piovesan¹Guilherme Verona Echer²Tamyris Bertola³Thiago Mendonça Nassif⁴Matheus Ferreira Simões⁵Ricardo Votto Braga Jr⁶**RESUMO**

O pioderma gangrenoso (PG) é uma dermatose neutrofílica rara, de etiologia ainda incerta, frequentemente associada a doenças sistêmicas, mas que pode ocorrer também como complicação pós-operatória; na Cirurgia Plástica associa-se mais comumente à cirurgias mamárias. Caracteriza-se por lesões ulceradas dolorosas de rápida progressão, podendo ser confundido com infecções graves. Este trabalho relata o caso de uma paciente feminina de 29 anos, que após uma mamoplastia redutora em outro serviço evoluiu com deiscência da ferida operatória e extensas lesões ulceradas. Inicialmente, foi tratada com antibioticoterapia empírica, mas evoluiu com piora rápida e progressiva das lesões nas mamas, bilateralmente; foi encaminhada para o serviço de cirurgia plástica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC). Após exclusão de infecção e confirmação histopatológica, a paciente recebeu corticoterapia sistêmica em altas doses, evoluindo com boa resposta clínica. O caso reforça a importância do diagnóstico precoce do PG a fim de implementar tratamento adequado a tempo de evitar potencial agravamento do quadro clínico.

Descritores: Pioderma Gangrenoso. Mamoplastia. Doenças mamárias.

ABSTRACT

Pyoderma gangrenosum (PG) is a rare neutrophilic dermatosis of uncertain etiology, often associated with systemic diseases, but it can also occur as a postoperative complication. In Plastic Surgery, it is most commonly linked to breast procedures. It is characterized by rapidly progressing, painful ulcerated lesions and can be mistaken for severe infections. This study reports the case of a 29-year-old female patient who developed extensive PG affecting both breasts following a reduction mammoplasty. She was initially treated with antibiotics, but the condition progressed to extensive and rapidly worsening ulcerations bilaterally. The patient was referred to the plastic surgery department at the University Hospital of the Federal University of Santa Catarina and admitted for investigation

¹ Residente Cirurgia Plástica. Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados Hospital Universitário HU/UFSC. Florianópolis SC, Brasil. Email: leopiovesan@hotmail.com

² Residente de Cirurgia Plástica. Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados Hospital Universitário HU/UFSC. Florianópolis SC, Brasil. Email: guiverona7@hotmail.com

³ Residente de Cirurgia Plástica. Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados Hospital Universitário HU/UFSC. Florianópolis SC, Brasil. Email: tamyris_bertola@hotmail.com

⁴ Residente de Cirurgia Plástica. Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados Hospital Universitário HU/UFSC. Florianópolis SC, Brasil. Email: nassifthiago@yahoo.com.br

⁵ Residente de Cirurgia Plástica. Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados Hospital Universitário HU/UFSC. Florianópolis SC, Brasil. Email: fs-matheus@hotmail.com

⁶ Membro Titular SBCCP. Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados Hospital Universitário HU/UFSC. Florianópolis SC, Brasil. Email: ricardo.votto@ufsc.br



and management. After infectious causes were ruled out and histopathological confirmation was obtained, high-dose systemic corticosteroid therapy was initiated, with favorable clinical response. This case highlights the importance of early diagnosis of PG to allow timely and appropriate treatment, preventing potential clinical deterioration.

Keywords: *Pyoderma Gangrenosum. Mammoplasty. Breast Diseases.*

INTRODUÇÃO

O pioderma gangrenoso (PG) é uma doença inflamatória rara, não infecciosa, caracterizada pelo desenvolvimento rápido de úlceras cutâneas dolorosas, geralmente com bordas violáceas e aspecto necrótico. A fisiopatogenia da doença ainda não é esclarecida, mas evidências sugerem que decorre de um desequilíbrio imunológico envolvendo disfunção da imunidade inata e adaptativa¹. Estima-se uma incidência anual de 3 a 10 casos por milhão de habitantes². Uma forma clínica particular é o pioderma gangrenoso pós-cirúrgico, descrito principalmente após procedimentos mamários, como mamoplastias redutoras e reconstruções. O trauma cirúrgico é reconhecido como importante fator desencadeante pelo fenômeno da patergia, na qual mínimos traumas cutâneos induzem resposta inflamatória exacerbada, sendo esse fenômeno uma característica marcante da doença^{3,4}. A apresentação clínica geralmente ocorre entre 4 a 15 dias após a cirurgia, com dor intensa, eritema, formação de úlcera e exsudato purulento que cursa com ausência de crescimento bacteriano em culturas². Por não haver exames laboratoriais ou histopatológicos patognomônicos, o diagnóstico costuma ser desafiador, e na maioria das vezes é feito por exclusão de outras causas diferenciais⁶. Frequentemente as feridas podem se parecer com outras doenças graves como a fascite necrotizante, levando à indicação de antibióticos e desbridamentos cirúrgicos, os quais podem agravar o quadro³. O pilar do tratamento consiste no uso precoce de imunossuppressores, como pulsoterapia com corticosteroides sistêmicos ou ciclosporina¹. Apesar de raro, o diagnóstico de pioderma gangrenoso deve sempre ser suscitado na ocorrência de lesões ulceradas refratárias à antibioticoterapia.

OBJETIVO

Neste relato de caso, revisamos o caso de uma paciente jovem que desenvolveu pioderma gangrenoso extenso em ambas as mamas após uma cirurgia de mamoplastia redutora, com enfoque no diagnóstico e na terapêutica utilizada, além de revisão da literatura atual.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, do tipo relato de caso, com revisão narrativa da literatura. Foi analisado o caso de uma paciente do sexo feminino, 29 anos, previamente saudável, internada no serviço de Cirurgia Plástica e Queimados do Hospital Universitário da Universidade



Federal de Santa Catarina (HU-UFSC), que desenvolveu quadro compatível com pioderma gangrenoso das mamas após mamoplastia redutora em outro serviço. As informações clínicas, laboratoriais e terapêuticas foram obtidas por meio da análise do prontuário eletrônico da paciente, com ênfase no período perioperatório, evolução clínica, condutas adotadas e resposta ao tratamento. O diagnóstico foi baseado em critérios clínicos e histopatológicos, com exclusão de outras etiologias infecciosas ou inflamatórias. Para embasamento da discussão, foi realizada revisão narrativa da literatura por meio da análise de artigos científicos selecionados nas bases PubMed, Scopus, Uptodate e Google Scholar. Os artigos utilizados incluíram relatos de caso, revisões sistemáticas e consensos clínicos relevantes ao tema. As fontes foram selecionadas por sua relevância e atualidade, priorizando publicações dos últimos dez anos com foco em PG pós-operatório e especificamente após cirurgias mamárias.

RESULTADOS

A paciente foi submetida a mamoplastia redutora com pedículo inferior areolado em 17/10/2024, por um cirurgião plástico de outro serviço no estado de Santa Catarina. Conforme relato da paciente, próximo do quarto dia pós-operatório, começou apresentar lesões ulceradas dolorosas nas mamas, inicialmente tratadas ambulatorialmente com amoxicilina associada a ácido clavulânico. Sem resposta clínica, houve escalonamento do antibiótico para levofloxacino e associação com prednisona 20 mg/dia, com pouca melhora do quadro. Foi encaminhada pelo seu cirurgião ao HU-UFSC em 31/10/2024 (14 pós-operatório), onde foi internada. Na admissão, apresentava lesão ulcerada extensa em ambas as mamas, com áreas de necrose central, poupando a região do complexo areolopapilar (CAP). Os exames laboratoriais na admissão hospitalar demonstraram leucocitose ($23.050/\text{mm}^3$) com desvio à esquerda (metamielócitos 1%, mielócitos 1% e bastonetes 1%) anemia leve (Hb 10,4 g/dL), plaquetose ($638 \text{ mil}/\text{mm}^3$) e PCR elevada (64,8 mg/L). Culturas da lesão e fragmentos para biópsia de pele foram coletadas no segundo dia de internação. A figura 1 representa a fotografia da paciente no dia de admissão hospitalar. Foi solicitada avaliação da equipe da reumatologia, que indicou aumento da dose de prednisona para 60 mg/dia, além de antiparasitários profiláticos devido às doses altas de corticosteroides (ivermectina e albendazol). A equipe de infectologia orientou a manutenção do levofloxacino até liberação das culturas, que posteriormente vieram negativas. O exame histopatológico evidenciou infiltrado neutrofílico denso sem sinais de infecção, compatível com a hipótese diagnóstica de pioderma gangrenoso. A paciente evoluiu com estabilização e posterior regressão das lesões após início da imunossupressão em dose plena, com progressiva epiteliação das áreas ulceradas, sem necessidade de intervenções cirúrgicas. A figura 2 demonstra a paciente 82 dias após a cirurgia, com 68 dias de tratamento imunossupressor (já em desmame gradual). O caso reforça



a importância do diagnóstico diferencial de PG em contextos pós-operatórios e a eficácia da terapia imunossupressora precoce no manejo da condição.

DISCUSSÃO

O caso apresentado refere-se a uma paciente de 29 anos, com antecedentes de sobrepeso, fibromialgia e tabagismo, que apresentou úlceras necróticas bilaterais nas mamas após mamoplastia redutora. O início precoce dos sintomas (4º dia pós-operatório), ausência de resposta a antibioticoterapia e piora progressiva das lesões sugeriram, em associação com exames laboratoriais inflamatórios e histopatologia compatível, o diagnóstico de PG pós-cirúrgico (PGPS). A literatura atual aponta que o PGPS ocorre majoritariamente após cirurgias mamárias, sendo a mamoplastia redutora responsável por cerca de 44% dos casos, e geralmente se manifesta bilateralmente, como ocorreu na presente paciente³. A média de tempo entre cirurgia e início dos sintomas é de 7 a 14 dias², e o diagnóstico costuma ser feito com atraso médio de 12,5 dias³, o que reforça a importância da suspeita clínica precoce. O tratamento inicial com antibióticos em doses baixas de corticosteróide não foi suficiente, e a melhora ocorreu somente após aumento da dose de prednisona para 60 mg/dia. A literatura respalda essa conduta, com até 84% dos casos tratados com sucesso utilizando corticosteróides sistêmicos em monoterapia ou em combinação com outros imunossupressores⁴. O uso de agentes como ciclosporina A, biológicos e terapia por pressão negativa tem sido descrito em casos refratários ou extensos¹. A fim de diminuir o risco de recorrência, em pacientes com histórico de PGPS que necessitem nova abordagem cirúrgica, estudos recomendam o uso de terapia imunossupressora no período perioperatório, com desmame gradual em 6 a 12 meses⁷. O reconhecimento precoce do quadro e a exclusão de causas infecciosas são fundamentais. A utilização dos critérios diagnósticos propostos por Maverakis et al⁶, que incluem um critério maior (infiltrado neutrofílico em biópsia) e critérios menores como patergia, resposta a imunossupressor e associação com doenças autoimunes, pode auxiliar na condução diagnóstica. No presente caso, a paciente atendia ao critério maior e a pelo menos quatro critérios menores, o que reforça o diagnóstico de PGPS. Este caso ilustra como o PGPS, apesar de raro, deve estar no diagnóstico diferencial de complicações pós-cirúrgicas mamárias, especialmente em casos de lesões ulceradas com resposta insatisfatória ao tratamento antimicrobiano.

CONCLUSÃO

O pioderma gangrenoso pós-cirúrgico é raro, mas deve ser considerado diante de lesões ulceradas refratárias. O diagnóstico precoce e o tratamento imunossupressor adequado são essenciais para evitar complicações graves.



REFERÊNCIAS

1. Pop IC, Ilies RA, Baican C, et al. Pyoderma Gangrenosum Post-Breast Surgery: A Case Report and Comprehensive Review of Management Strategies. *J Clin Med*. 2024;13(3800). doi:10.3390/jcm13133800
2. Brucato D, Bonomi F, Pompei B, et al. Pyoderma gangrenosum following reduction mammoplasty: Systematic review of the literature and case report. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2024;88:535–46. doi:10.1016/j.bjps.2023.11.041
3. Ehrl DC, Heidekrueger PI, Broer PN. Pyoderma gangrenosum after breast surgery: A systematic review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2018;71(7):1023–32. doi:10.1016/j.bjps.2018.03.013
4. Tolkachjov SN, Fahy AS, Wetter DA, et al. Postoperative pyoderma gangrenosum: A clinical review of published cases. *Mayo Clin Proc*. 2015;90(9):1189–98. doi:10.1016/j.mayocp.2015.06.012
5. Maverakis E, Ma C, Shinkai K, et al. Diagnostic Criteria of Ulcerative Pyoderma Gangrenosum: A Delphi Consensus of International Experts. *JAMA Dermatol*. 2018;154(4):461–6. doi:10.1001/jamadermatol.2017.5980
6. Su WP, Davis MD, Weenig RH, et al. Pyoderma gangrenosum: clinicopathologic correlation and proposed diagnostic criteria. *Int J Dermatol*. 2004;43(11):790–800. doi:10.1111/j.1365-4632.2004.02211.
7. Ehrl DC, Heidekrueger PI, Broer PN. A systematic review of post-surgical pyoderma gangrenosum: Identification of risk factors and proposed management strategy. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2015 Mar;68(3):295–303. doi:10.1016/j.bjps.2014.12.036.

FIGURAS



Figura 1 Representa a paciente no dia de admissão hospitalar



Figura 2: Paciente 82 dias após a cirurgia, com 68 dias de tratamento imunossupressor (já em desmame gradual).