

PIODERMA GANGRENOSO EXTENSO EM UM PACIENTE NÃO ADERENTE AO TRATAMENTO

Gustavo Martins¹, Fred Bernardes Filho², Letícia Soares Sasso³, Andreia Oliveira Alves⁴, Ystannyslau Bernardes da Silva⁵, Fernanda Coelho Rezende⁶, Caroline Graça Cunha⁶

¹Especialista em Dermatologia/Specialist in Dermatology, Serviço de Dermatologia do Hospital Regional/Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE) – Presidente Prudente (SP), Brasil

²Pós Graduando de Dermatologia/Graduated in Dermatology, Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay, Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (IDPRDA - SCMRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil

³Especialista em Oftalmologia/Specialist in Ophthalmology, Serviço de Oftalmologia do Hospital Regional de Presidente Prudente/Universidade do Oeste Paulista (SP), Brasil

⁴Acadêmica de Medicina/Medical Academic, Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES), Santos (SP), Brasil

⁵Pós Graduando de Cardiologia Intervencionista e Hemodinâmica/Graduated in Cardiology and Hemodynamics, Hospital São Francisco Saúde de Ribeirão Preto – Ribeirão Preto (SP), Brasil

⁶Acadêmica de Medicina/Medical Academic, Universidade Gama Filho (RJ) e Estagiária do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay, Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (IDPRDA - SCMRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil

Trabalho realizado na clínica Visiaderm / Study performed at the Visiaderm Clinic.

RESUMO – Fundamentos e Objetivos: Apesar do trauma térmico no grande queimado ser agudo e do pioderma gangrenoso ser uma doença imunomediada, muitos aspectos são comuns nesses dois grupos de pacientes. Defendemos que as regras usadas na determinação da porcentagem de pele acometida no grande queimado sejam também usadas nos casos extensos de pioderma gangrenoso. Bem como uma rotina de suporte clínico - claramente seguida nos queimados - mas nem sempre nos pacientes com pioderma gangrenoso. **Relato de caso:** Paciente masculino com quadro clínico extenso de pioderma gangrenoso, não aderente ao tratamento, apresentava lesões úlcero vegetantes e cicatrizes cribiformes. Após apresentar melhora clínica, não retornou em consulta. **Conclusões:** Em casos graves e extensos, nos quais a porcentagem de acometimento da pele supere 20% da superfície corporal, a abordagem do pioderma gangrenoso deve ser semelhante a de um grande queimado, com exame clínico e avaliação da hidratação corporal periódicos.

PALAVRAS-CHAVE – Adesão à terapêutica; Doenças da pele; Pioderma gangrenoso; Queimaduras.

EXTENSIVE PYODERMA GANGRENOSUM IN A PATIENT NON-ADHERENT TO THE TREATMENT

ABSTRACT – Background and Objectives: Despite the thermal injury in severe burn be acute and the pyoderma gangrenosum be an immune-mediated disease, many aspects are common in these two groups of patients. The authors argue that the rules used in the percentage determination of the skin involved in major burn are also used in extensive pyoderma gangrenosum cases. As well as a clinical support routine - used in the burned - but not always in patients with pyoderma gangrenosum. **Case report:** Male patient with extensive pyoderma gangrenosum clinical presentation, non-adherent to the treatment, presented ulcerated and vegetating lesions and cribiform scars. After clinical improvement, not returned in the medical appointment. **Conclusions:** In severe and extensive pyoderma gangrenosum cases, in which the percentage of cutaneous involvement exceeds 20% of the body surface, the approach of pyoderma gangrenosum should be similar to a major burn, with periodicals clinical examination and assessment of body hydration.

Caso Clínico

KEY-WORDS – Burns; Medication adherence; Pyoderma gangrenosum; Skin diseases.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

No conflicts of interest.

Suporte financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

No sponsorship or scholarship granted.

Direito à privacidade e consentimento escrito / Privacy policy and informed consent: Os autores declaram que pediram consentimento ao doente para usar as imagens no artigo. *The authors declare that the patient gave written informed consent for the use of its photos in this article.*

Recebido/Received - Junho/June 2013; Aceite/Accepted – Julho/July 2013

Correspondência:

Dr. Fred Bernardes Filho

Rua Marquês de Caxias, N° 9/sobrado

24030-050 Niterói, RJ, Brazil

Tel.: +55 21 25426658

Fax: + 55 21 25444459

E-mail: f9filho@gmail.com

INTRODUÇÃO

No Brasil, as queimaduras representam um agravo significativo à saúde pública¹. São lesões dos tecidos orgânicos em decorrência de trauma de origem térmica resultante da exposição ou contato com chamas, líquidos quentes, superfícies quentes, eletricidade, frio, substâncias químicas, radiação, atrito ou fricção que danifica os tecidos corporais e acarreta a morte celular. Sua classificação pode ser baseada na profundidade (Tabela 1) ou extensão (Tabela 2) do local atingido¹⁻³.

Tabela 1 - Classificação da queimadura quanto à profundidade.

1º grau	Atinge a epiderme. Apresentação com vermelhidão sem bolhas e discreto edema local. A dor está presente.
2º grau	Atinge a epiderme e parte da derme. Há presença de bolhas e a dor é acentuada
3º grau	Atinge todas as camadas da pele, músculos e ossos. Ocorre necrose da pele, que se apresenta com cor esbranquiçada ou escura. A dor é ausente, devido à profundidade da queimadura, que lesa todas as terminações nervosas responsáveis pela condução da sensação de dor.

Fonte: Adaptado da Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras, Ministério da Saúde, 2012.

Lembramos que há duas regras que podem ser utilizadas para medir a extensão da queimadura: regra dos nove e regra da palma da mão (Fig. 1)⁴.

Pioderma gangrenoso (PG) ou fagedenismo geométrico é uma doença de caráter destrutivo local, relativamente infrequente, não infecciosa, de evolução crônica, recidivante, caracterizada por ulcerações cujas bordas estão solapadas. Embora associada classicamente a transtornos inflamatórios intestinais, a doenças mieloproliferativas e diversas vasculites, a condição deve ser considerada sempre que a pele responder a uma lesão com um grau inesperado de inflamação e necrose^{5,6}.

Clinicamente, apresenta quatro variantes: ulcerada, bolhosa, vegetante e pustulosa⁵. A forma mais

Tabela 2 - Classificação da queimadura quanto à extensão.

Leves (ou "pequeno queimado")	Atingem menos de 10% da superfície corporal.
Médias (ou "médio queimado")	Atingem de 10% a 20% da superfície corporal.
Graves (ou "grande queimado")	Atingem mais de 20% da área corporal.

Fonte: Adaptado da Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras, Ministério da Saúde, 2012.

Caso Clínico

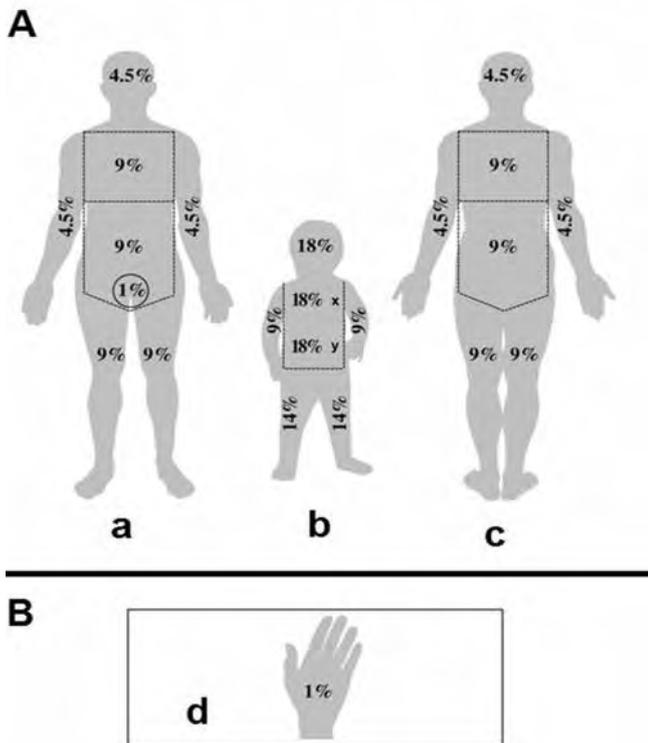


Fig 1 - (A) Regra dos 9: (a) Região anterior do adulto; (b) criança - (x) tronco anterior / (y) tronco posterior; (c) Região posterior do adulto. (B) Regra da palma da mão: (d) geralmente a palma da mão de um indivíduo representa 1% de sua superfície corporal. Assim pode ser estimada a extensão de uma queimadura, calculando-se o "número de palmas".
 Fonte: Adaptado de [Njburncenter.com](http://www.njburncenter.com) [página na internet].
 The Burn Center at Saint Barnabas. [Acesso 30 Maio 2013].
 Disponível em: www.njburncenter.com/burncare.html.

frequente é a ulcerativa, que se inicia com pápula ou nódulo e evolui rapidamente para lesões ulceradas e dolorosas^{5,7}. Em até 25% dos casos de PG, o surgimento de novas lesões pode ser desencadeado por traumas, tais como picadas de insetos, injeções intravenosas e biópsia - fenômeno conhecido por patergia⁵.

Apresentamos um caso de pioderma gangrenoso com muitas lesões úlcero vegetantes em um paciente não adepto ao tratamento. Discutimos algumas similaridades presentes entre os casos exuberantes de pioderma gangrenoso e os grandes queimados.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 17 anos, natural de Arcoverde (PE), procedente de Viradouro (SP), procurou

atendimento médico, por apresentar feridas na pele que apareciam espontaneamente sem traumas precedentes. Informou que as lesões começaram a aparecer quatro anos antes.

Ao exame dermatológico, observamos múltiplas lesões úlcero vegetantes, algumas com tecido de granulação, outras com superfície sangrante, além de várias cicatrizes, algumas com aspecto cribiforme típico. Embora houvesse recebido tratamento especializado na sua cidade natal, na ocasião fazia apenas curativos oclusivos com pomadas de ação cicatrizante e não usava nenhuma medicação sistêmica. Trazia um laudo anatomopatológico com achados inespecíficos e um laudo médico no qual constava que o diagnóstico era de pioderma gangrenoso. Negava comorbidades e alergias. Pelo fato do caso ter sido bem documentado e do aspecto clínico ser compatível, a hipótese diagnóstica de pioderma gangrenoso foi mantida. Prescrevemos, então, vermifugação com albendazol 400mg por dia durante quatro dias, e prednisona oral na dose de 0,75mg/kg por dia até melhora clínica. Não havia sinais de infecção secundária na pele. O exame clínico geral e os exames laboratoriais eram normais.

O paciente, infelizmente, compareceu somente a dois retornos no prazo de 30 dias. Obteve melhora clínica importante, porém abandonou o tratamento. Não pudemos confirmar se a aparente conformidade com sua doença e o fato de não retornar possam ser explicado por ganhos secundários, como atenção da família e dos profissionais de saúde ou pela tentativa de ganhar auxílio da previdência social.

DISCUSSÃO

Pelo fato de o diagnóstico ser essencialmente clínico e de exclusão, é imperiosa a valorização da história clínica^{5,8}. Os principais diagnósticos diferenciais que devem ser considerados estão na Tabela 3.

A terapêutica do pioderma gangrenoso dependerá basicamente da extensão e gravidade das lesões bem como do controle das patologias subjacentes. As opções para o tratamento do PG incluem medicações de uso local e sistêmico (Tabela 4)^{5,7-10}.

Nos grandes queimados o trauma é agudo, o que imediatamente faz com que a função de barreira da pele seja rompida e conseqüente haja desequilíbrio hidroeletrólítico¹. A abordagem do pioderma gangrenoso, embora seja uma doença crônica e de fisiopatogenia imunológica, deve - como a dos queimados - levar em conta a extensão, a profundidade das lesões

Caso Clínico



Fig. 2 - (a-d) Cicatrizes e lesões úlcero vegetantes extensas nos membros inferiores.

Tabela 3 - Diagnósticos diferenciais de pioderma gangrenoso.

Oclusões vasculares e estase	Síndrome anti-fosfolípídios, vasculite livedoide, estase venosa.
Vasculites	Granulomatose de Wegener, periarterite nodosa, crioglobulinemia, arterite de Takayasu, vasculites leucocitoclásticas
Neoplasias malignas	Linfomas, leucoses, histiocitose de Langerhans
Infecções	Micoses profundas, herpes simples, micobacteriose, amebíase
Agressão por agentes físicos, animais e farmacodermias	Loxoscelismo, síndrome de Munchausen, halogenoderma
Outros	Doença de Crohn cutânea, necrobiose lipóidica ulcerada

Fonte: Adaptado da Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras, Ministério da Saúde, 2012.

e o controle das infecções⁷. Pelo fato de ser uma doença autoimune - ao contrário dos queimados - novas lesões podem surgir mesmo enquanto as lesões iniciais não estejam completamente cicatrizadas⁹.

O risco da imunossupressão tópica e sistêmica, frequentemente necessária, é outro agravante. As comorbidades devem ser somadas na balança do risco e benefício ao se usar os imunossupressores.

É da opinião dos autores que, em casos graves e extensos, nos quais a percentagem de acometimento da pele supere 20% da superfície corporal, a abordagem deva ser similar a um grande queimado, com exame clínico e avaliação da hidratação corporal periódicos. A reposição de minerais deve ser guiada pelas deficiências hidroeletrólíticas decorrentes da perda da pele, que frequentemente complicam o tratamento. Sinais de infecção cutânea como exsudação purulenta, calor e rubor indicam a necessidade de cultura e antibiograma. O isolamento do paciente pode ser necessário, pois a combinação imunossupressão e grandes úlceras cutâneas pode comprometer sistemicamente os pacientes.

Tabela 4 - Tratamento do pioderma gangrenoso.

TÓPICOS
<ul style="list-style-type: none">• Corticoides, peróxido de benzoíla, cromoglicato de sódio, tacrolimo, pimecrolimo• Corticoide intralesional.
SISTÊMICOS
<ul style="list-style-type: none">• Sulfas, minociclina, colchicina, dapsona, iodeto de potássio, clofazimina, corticoide oral• Imunossuppressores poupadores de corticoide: talidomida, azatioprina, ciclofosfamida, metotrexato, ciclosporina, micofenolato mofetil• Terapêuticas biológicas: gamaglobulina endovenosa, inibidor do fator de necrose tumoral alfa – infliximabe e etarnecepte, fator de estimulação de colônias de granulócitos e monócitos (GM-CSF)• Oxigenoterapia hiperbárica.



Fig 3 - Cicatriz cribiforme na face medial do joelho direito.

BIBLIOGRAFIA

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Cartilha para tratamento de emergência das queimaduras / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.
2. [Projetodiretrizes.org.br](http://www.projetodiretrizes.org.br) [página na internet]. Projeto Diretrizes. Queimaduras: Diagnóstico e tratamento inicial. [Acesso em 30 Maio 2013]. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/083.pdf.
3. [Projetodiretrizes.org.br](http://www.projetodiretrizes.org.br) [página na internet]. Projeto Diretrizes. Queimaduras – parte II: Tratamento da lesão [Acesso em 30 Maio 2013]. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/083a.pdf.
4. [Njburncenter.com](http://www.njburncenter.com) [página na internet]. The Burn Center at Saint Barnabas. [Acesso 30 Maio 2013]. Disponível em: www.njburncenter.com/burncare.html.
5. Bakos L, Bakos RM. Dermatoses eosinofílicas e neutrofílicas. Pioderma gangrenoso. In: Ramos-e-Silva M, Castro MC, editors. Fundamentos de Dermatologia. Rio de Janeiro: Atheneu; 2010. p. 1339-1342.
6. Santos M, Talhari C, Rabelo R, Schettini AP, Chirano C, Talhari S. Pioderma Gangrenoso - apresentação clínica de difícil diagnóstico. *An Bras Dermatol*. 2011; 86(1):153-6.
7. West CC, Morrith AN, Ralston DR. Pyoderma gangrenosum in burns: a report of 3 cases and review of the literature. *Burns*. 2010; 36(4):e56-9.
8. 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(2):273-83.
9. Napoli B, D'Arpa N, Conte F. Pyoderma gangrenosum and full-thickness burns: is there a problem of differential diagnosis? *Ann Burns Fire Disasters*. 2006; 19(2):71-3.
10. Vieira WA, Barbosa LR, Martin LM. Oxigenoterapia hiperbárica como tratamento adjuvante do pioderma gangrenoso. *An Bras Dermatol*. 2011; 86(6):1193-6.