

Pênfigo vulgar sobre cicatrizes de mamoplastia de aumento com próteses mamárias e de abdominoplastia clássica em paciente: um relato de caso

Pemphigus vulgaris on breast augmentation scars with breast implants and classic abdominoplasty in a patient: a case report

Lucas Ribeiro Canedo,¹ Brenner Dolis Marretto de Moura,¹ Bárbara Matsumoto Lima,² Ivam Pereira Mendes Neto,³ Damião Marcelo Pontes Feitosa,³ Carmélia Matos Santiago Reis¹

RESUMO

O pênfigo vulgar (PV) é uma dermatose que acomete pele e mucosas. Sua incidência é de dois novos casos/milhão de habitantes/ano na Europa Central. É conhecido por ser multifatorial e envolve interação entre predisposição genética e fatores ambientais. Este estudo relata um raro caso de PV pós cirurgia plástica. Apresentamos o caso de uma mulher de 51 anos com deiscência de sutura no pós-operatório de mamoplastia com prótese e abdominoplastia e, posteriormente, surgimento de lesões bolhosas nas cicatrizes. Essas lesões foram posteriormente diagnosticadas como PV. A paciente evoluiu com melhora das lesões após corticoterapia. Ressalta-se também que a paciente apresentou COVID-19 durante a internação, um fator conhecido de exacerbação do pênfigo, porém sem piora das lesões e com regressão completa do quadro infeccioso após tratamento. A evolução clínica do PV pode se limitar ao acometimento mucoso ou evoluir para a pele. Formam-se grandes áreas erodidas, exsudativas, sangrantes, confluentes, dolorosas e sem tendência à cicatrização. O acometimento cutâneo pode ocorrer em qualquer local, sendo mais comum no couro cabeludo, tronco, abdome e flexuras.

Palavras-chave: pênfigo; cicatrização; mamoplastia; abdominoplastia; ferida cirúrgica.

ABSTRACT

Pemphigus vulgaris (PV) is a dermatosis that affects the skin and mucous membranes. Its incidence is two new cases/million inhabitants/year in Central Europe. It is known to be multifactorial and involves interaction between genetic predisposition and environmental factors. This study reports a rare case of PV after plastic surgery. We present the case of a 51-year-old woman with suture dehiscence in the postoperative period of mammoplasty with prosthesis and abdominoplasty and, subsequently, the appearance of bullous lesions in the scars. These lesions were later diagnosed as PV. The patient evolved with improvement of the lesions after corticosteroid therapy. It is also noteworthy that the patient had COVID-19 during hospitalization, a known factor of exacerbation of pemphigus, but without worsening of the lesions and with complete regression of the infectious condition after treatment. The clinical evolution of PV can be limited to mucosal involvement or progress to the skin. Large eroded, exudative, bleeding, confluent, painful areas are formed, with no tendency to heal¹. Cutaneous involvement can occur anywhere, being more common on the scalp, trunk, abdomen and flexures.

Keywords: pemphigus; wound healing; mammoplasty; abdominoplasty; surgical wound.

¹Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Brasília (DF), Brasil.

²Hospital Regional da Asa Norte, Serviço de Dermatologia – Brasília (DF), Brasil.

³Hospital Regional da Asa Norte, Serviço de Cirurgia Plástica – Brasília (DF), Brasil.

Autor correspondente: Lucas Ribeiro Canedo

FEPECS – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, CEP.: 70701-907 – Brasília (DF), Brasil.

E-mail: lucasrcanedo@outlook.com

Recebido em 21/06/2023 - Aceito para publicação em 13/07/2023.



INTRODUÇÃO

O pênfigo vulgar (PV) é uma dermatose vesicobolhosa que acomete pele e mucosas.¹ Predomina na faixa etária dos 40 aos 60 anos de idade.² Sua incidência estimada é de dois novos casos/milhão de habitantes/ano na Europa Central.³ É conhecido por ser multifatorial e envolve interação entre predisposição genética e fatores ambientais.² Este estudo pretende relatar um raro caso de PV pós cirurgia plástica e realizar uma revisão bibliográfica sobre o assunto.

RELATO DE CASO

Paciente feminina, 51 anos, residente em Brasília - DF, hipertensa e ex-obesa, IMC atual 26 kg/m², interna no serviço de cirurgia plástica do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), em 05/09/2021, referindo que em 04/06/2021 foi submetida à mamoplastia de aumento com próteses mamárias e abdominoplastia clássica, evoluindo com deiscência de ferida operatória em mamas e necrose de retalho abdominal (Figuras 1 e 2) tratada com 12 sessões de terapia hiperbárica com melhora parcial e nova sutura em 24/06/2021.



Figura 1. Cicatriz de abdominoplastia com necrose do retalho abdominal



Figura 2. Deiscência de ferida operatória em mamas

Após dois meses apresentou piora do quadro, com surgimento de lesões bolhosas pouco tensas, indolores, de fundo eritematoso em mamas, poupando o complexo aréolo-papilar; em abdome algumas pustulosas, além de tecido de granulação periareolar, crostas em sulco mamário e abdome associados à conjuntivite unilateral à direita; úlceras orais; fotossensibilidade e placas eritematodescamativas esparsas. Fez uso de prednisona, anti-histamínico, clindamicina, sulfamicina, ceftriaxona, complementação de ferro oral e curativos com hidrogel e carvão ativado por cinco dias sem remissão do quadro.

Procurou, então, o pronto-socorro do HRAN, onde foi internada com medidas de suporte clínico e realização de exames (prévios evidenciando apenas hipovitaminose D). Iniciado ampicilina-sulbactam endovenosa e morfloxacinolol. Sintomáticos e solicitados pareceres para dermatologia e reumatologia com as hipóteses principais de pioderma gangrenoso, PV, lúpus eritematoso sistêmico e síndrome ASIA.

Com as propedêuticas orientadas, as sorologias estavam negativas (exceto anti-beta-2 glicoproteína com IgM reagente), provas de hemólise negativas e de atividade inflamatória elevada, sistema complemento normal, FAN não reagente, p-ANCA e c-ANCA negativos.

O anatomopatológico de amostras de fossa ilíaca esquerda e mama direita evidenciando epiderme com acantólise, bolha suprabasal contendo queratinócitos acantolíticos, derme com infiltrado mononuclear perivascular superficial com eosinófilos, achados sugestivos de PV.

A imunofluorescência evidenciou depósitos de IgG e C3 em região intercelular da epiderme, corroborando a hipótese de pênfigo.

Dessa forma, estabeleceu-se profilaxia para verminose e início de corticoterapia com prednisona 40 mg (passando para 60 mg após cinco dias), pomada cicatrizante com antibiótico e, após reavaliação da dermatologia, enxaguantes orais com pomada cicatrizante, mupirocina tópica e programação de início de dapsona após exame de G6PD.

Quinze dias após a admissão, a paciente apresentou sintomas gripais leves por dois dias (tosse seca, cefaleia holocraniana leve e coriza), positivando teste rápido antígeno para COVID-19, sendo isolada em enfermaria própria do hospital.

Foi submetida a tratamento clínico sintomático, com regressão completa do quadro infeccioso e sem piora das lesões. Recebeu alta após 45 dias de internação, já com as feridas completamente cicatrizadas (Figura 3) para complementação de tratamentos em domicílio com seguimento ambulatorial.



Figura 3. Cicatrizes de mamas e abdome após 45 dias de tratamento intra-hospitalar

DISCUSSÃO

Os pênfigos são um grupo de doenças bolhosas autoimunes raras que acometem a pele e as mucosas. Apresentam evolução crônica com morbidade e mortalidade significativas, além de importante comprometimento da qualidade de vida. Decorrem da produção de autoanticorpos patogênicos direcionados contra diferentes proteínas dos desmossomos (desmogleínas). A união desses autoanticorpos aos componentes dos desmossomos compromete a adesão intraepidérmica, levando à acantólise e formação de vesículas, bolhas e erosões na pele e/ou mucosas.³

O PV é a principal forma clínica de pênfigo, correspondendo a cerca de 70% dos casos, e é também considerada a forma mais grave.³ Formam-se grandes áreas erodidas, exsudativas, sangrantes confluentes, dolorosas e sem tendência à cicatrização.¹ O acometimento cutâneo pode ocorrer em qualquer local, sendo mais comum no couro cabeludo, tronco, abdome e flexuras.¹

Já é sabido que o trauma pode desencadear lesões de pênfigo, mas na literatura existem poucos relatos de PV que surgem após cirurgias. Reichert-Penetrat *et al.* relataram um caso de PV em uma cicatriz cirúrgica de 40 anos em um homem idoso com ulceração oral.⁵ Mehregan *et al.* também relataram um caso de pênfigo que surgiu em áreas de manipulação cirúrgica após rinoplastia e transplante de cabelo três meses e um ano após a cirurgia, respectivamente.⁶ Rashid *et al.* relataram um caso de lesões cutâneas dentro e ao redor da ferida de apendicectomia duas semanas após a cirurgia.⁷

Os pênfigos são geralmente diagnosticados usando três critérios: (1) o quadro clínico geral, incluindo histórico do portador e exame físico; (2) histopatologia; e (3) imunofluorescência direta positiva ou detecção sorológica de autoanticorpos contra os antígenos epiteliais envolvidos.⁴ O caso relatado preencheu todos os critérios para PV.

O tratamento tradicional do PV baseia-se em imunossupressão por corticosteroide sistêmico.⁴ Prednisona é geralmente usada em 0,5 - 1,5mg/kg/dia como dosagem inicial típica.⁴ Em casos refratários, a dose inicial pode ser aumentada para 2 mg/kg dia.⁴ Imunossupressores adjuvantes adicionais, como azatioprina ou micofenolato de mofetil, são frequentemente administrados no início do tratamento ou em casos refratários.⁴ Outros tratamentos incluem dapsona, ciclofosfamida, metotrexato, imunoglobulina intravenosa e imunoadsorção.⁴

Ressalta-se que a paciente apresentou COVID-19 durante a internação, um fator conhecido de exacerbação do pênfigo, porém sem piora das lesões e com regressão completa do quadro infeccioso após tratamento.

CONCLUSÃO

A evolução clínica do PV pode se limitar ao acometimento mucoso ou evoluir para a pele.¹ Formam-se grandes áreas erodidas, exsudativas, sangrantes, confluentes, dolorosas e sem tendência à cicatrização.¹ O acometimento cutâneo pode ocorrer em qualquer local, sendo mais comum no couro cabeludo, tronco, abdome e flexuras.¹

REFERÊNCIAS

1. Belda Júnior W, Di Chiacchio N, Criado PR. Tratado de dermatologia. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2018.
2. Bhang SA, Bhansali M, Shaikh T, Ajgaonkar U. Rare case of peristomal pemphigus vulgaris in an operated case of carcinoma of the rectum. *BMJ Case Rep.* 2019;12(11):e230956. doi: 10.1136/bcr-2019-230956.
3. Porro AM, Seque CA, Ferreira MCC, Enokihara MMSS. Pemphigus vulgaris. *An Bras Dermatol.* 2019;94(3):264-78. doi: 10.1590/abd1806-4841.20199011.
4. Di Lermia V, Casanova DM, Goldust M, Ricci C. Pemphigus vulgaris and bullous pemphigoid: update on diagnosis and treatment. *Dermatol Pract Concept.* 2020;10(3):e2020050. doi: 10.5826/dpc.1003a50.
5. Reichert-Penetrat S, Barbaud A, Martin S, Omhover L, Weber M, Schmutz JL. Pemphigus vulgaris on an old surgical scar: Koebner's phenomenon? *Eur J Dermatol.* 1998;8(1):60-2.
6. Mehregan DR, Roenigk RK, Gibson LE. Postsurgical pemphigus. *Arch Dermatol* 1992;128(3):414-5.
7. Rashid A, Wang J, Fu P, Wang W, Xie H. Pemphigus vulgaris associated with surgery: A rare association. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2015;81(3):299-301. doi: 10.4103/0378-6323.155566.

Como citar este artigo:

Canedo LR, Moura BDM, Lima BM, Mendes Neto IP, Feitosa DMP, Reis CMS. Pênfigo vulgar sobre cicatrizes de mamoplastia de aumento com próteses mamárias e de abdominoplastia clássica em paciente: um relato de caso. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2023;25:e62416. doi: 10.23925/1984-4840.2023v25a6.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.