

CAROLINE RATO CORRALES

**MANEJO DE PIODERMA GANGRENOSO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: Um relato de caso**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado à Comissão de Residência Médica da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para aprovação na Residência Médica e obtenção do título de Médica de Família e Comunidade.

Orientador: Dr. Thiago Dias Sarti

Vitória-ES

2019

CAROLINE RATO CORRALES

**MANEJO DE Pioderma Gangrenoso na Atenção Primária à
SAÚDE: Um relato de caso**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado à Comissão de Residência Médica da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito para aprovação na Residência Médica e obtenção do título de Médica de Família e Comunidade.

BANCA AVALIADORA:

Dra. Maria Cleuza Farias
Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela SBMFC e Preceptora da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal do Espírito Santo em Parceria com a Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória

Dra. Brunela Pitanga Ramos Madureira
Dermatologista
Professora do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Espírito Santo

Dr. Thiago Dias Sarti
Médico de Família pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo

Vitória-ES, 01 de outubro de 2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela vida e por todo o cuidado.

Agradeço aos meus pais, irmãos e meu esposo por sempre ter me apoiado em todas as minhas decisões e angústias.

Agradeço aos meus professores, preceptores e tutores por todo ensino e aprendizado nesses últimos anos.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Lesões crostosas satélites em face.....	21
FIGURA 2: Lesões crostosas em face e orelha esquerda.....	22
FIGURA 3: Lesões crostosas em membros superiores.....	22
FIGURA 4: Lesões crotosas em membros superiores.....	23
FIGURA 5 e 6: Lesão ulcerada serosanguinolenta em região tibial anterior esquerda.....	23
FIGURA 7: Lesão ulcerada em região tornozelo esquerdo.....	24
FIGURA 8: Lesão ulcerada com pontos de necrose e epitelização após uso de prednisona por uma semana	24
FIGURA 9 e 10: Melhora das lesões satélites em orelha e face esquerda e membros superiores	25
FIGURA 11 e 12: Melhora das lesões satélites em membros inferiores.....	25
FIGURA 13 e 14: Lesões satélites em melhora em membros superiores e membros inferiores respectivamente.....	26
FIGURA 15: Lesão sero-sanguinolenta em região tibial esquerda devido uso de sulfadiazina de prata (paciente ainda em uso de prednisona).....	26
FIGURA 16: Lesão sero-sanguinolenta em região tibial direita devido uso de sulfadiazina de prata (paciente ainda em uso de prednisona).....	27
FIGURA 17: Lesões em cicatrização após uso de prednisona.....	27
FIGURA 18: Lesão em região tibial anterior esquerda em cicatrização.....	28

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Opções de drogas e grau de recomendação para o tratamento de Pioderma Gangrenoso	14
--	----

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	7
2.PIODERMA GANGRENOSO	10
3.RELATO DE CASO	19
4.DISSCUSSÃO DO CASO	29
5.CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ...	35

1. INTRODUÇÃO

O Pioderma Gangrenoso é uma doença de etiologia ainda desconhecida, com o diagnóstico muitas vezes difícil de ser elucidado, motivo pelo qual é frequentemente longo o período entre o início do quadro clínico e o diagnóstico correto. As lesões manifestam-se de forma cutânea ulcerada e dolorosa tendo uma evolução rápida e progressiva, sendo muito comum em membros inferiores, podendo ter o aparecimento de lesões satélites.¹

Neste trabalho, apresentamos relato de caso de um paciente de sexo masculino, de 18 anos de idade, com lesões ulceradas em membros inferiores iniciadas após trauma local, tendo sido definido pioderma gangrenoso como diagnóstico mais provável. Este paciente foi atendido pela médica residente após várias idas e vindas a médicos e a realização de diversos esquemas de antibioticoterapia extensiva e empírica. O atendimento ocorreu por demanda espontânea na Unidade Básica de Saúde de Maruípe - Vitória –ES, sendo o serviço um dos polos do Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade UFES / SEMUS-Vitória.

Escolhi este caso clínico como objeto de Trabalho de Conclusão de Curso da Residência Médica com o intuito de ilustrar e discutir a importância de uma Atenção Primária à Saúde de qualidade, acessível, resolutiva, centrada na pessoa e abrangente, que conte com profissionais de saúde qualificados, dentre eles o Médico de Família e Comunidade, e com integração facilitada com os demais níveis de atenção à saúde. O caso é exemplar dos problemas históricos do Sistema Único de Saúde, como a fragmentação do cuidado, atenção pouco resolutiva, e dificuldade de acesso a serviços adequados. Mesmo se tratando de um problema de saúde pouco frequente que contou com o apoio diagnóstico e terapêutico de um infectologista, o caso serve para frisar a importância do exame clínico atento pelo Médico de Família e Comunidade e a responsabilização deste para com a pessoa, buscando todos os meios possíveis para a resolução do problema. Neste caso, após transitar por inúmeros serviços e profissionais sem alcançar adequado desfecho para seu problema, observou-se grande angústia, preocupação e ansiedade por parte do paciente. O Médico de Família e Comunidade foi essencial para entender todo o itinerário

do paciente e ser reflexivo sobre o caso, sendo que seu manejo é centrado na pessoa com uma abordagem integral.

A atenção primária à saúde corresponde a porta de entrada no sistema para todas as necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa e para suas condições, não focalizando na enfermidade em si e sim para todas as necessidades do indivíduo, da família e da comunidade. Constituindo um processo permanente de assistência à saúde, que garante a acessibilidade, a integralidade, a coordenação, a continuidade e a responsabilização do cuidado. Tendo a atenção primária como base de trabalho para nortear os outros níveis do sistema e garantia de cobertura com otimização de custos e melhoria dos indicadores de saúde.^{2,3}

É importante lembrar que na atenção primária são desenvolvidas um conjunto de ações voltadas para a prevenção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.

Segundo Barbara Starfield, 2002:

A atenção primária difere da atenção por consulta, de curta duração (atenção secundária) e do manejo da enfermidade a longo prazo (atenção terciária) por várias características. A atenção primária lida com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e lares. Os pacientes têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção que é continuada ao longo do tempo, para diversos problemas e que inclui a necessidade de serviços preventivos..... Médicos da atenção primária, quando comparados com especialistas, lidam com uma variedade mais ampla de problemas, tanto com pacientes individuais como com a população com o qual trabalham.

A Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade médica estratégica na conformação dos sistemas de saúde, pois tem como o foco a atenção primária à saúde e a atuação centrada na pessoa, permitindo um acesso primário fácil e um cuidado longitudinal, integral, considerando sempre o contexto familiar e comunitário.⁴

Saber que a Medicina de família e Comunidade tem uma abordagem centrada na pessoa é crucial para entender a atuação desse especialista que não se limita a um problema de saúde potencial, pois quem define o problema é a própria pessoa. A relação pode-se iniciar até mesmo sem nenhuma doença ainda manifestada, tendo uma relação sem uma razão específica aparente, se focalizando no indivíduo como um todo, buscando sempre estabelecer uma comunicação e um vínculo de confiança, tendo o médico de família como referência para seus problemas com magnitude de caráter individual e coletivo considerando fatores extrínsecos e intrínsecos, diferenciando das demais especialidades focada apenas no acometimento individual.³

O Médico de Família no âmbito de sua competência foca seus atendimentos em cuidados primários, personalizados e continuados, a indivíduos, famílias e comunidades, fazendo um abordagem integral no que tange os fatores psicológicos, físicos, culturais, ambientais, religiosos e sociais nas suas considerações sobre saúde e doença, não abstendo-se apenas de poucas consultas para o estabelecimento de um vínculo firme e continuado na sua relação médico-paciente.³

Os conhecimentos, as habilidades e atitudes de um Médico de Família no campo de atuação corrobora para um desfecho positivo nos cuidados com seus pacientes. Ter capacidade de entender o processo de adoecimento, a prevenção e diagnóstico precoce e condutas na atenção primária, entender as relações familiares, compreensão do ambiente social e ambiental, ter ética perfazem a ter habilidades para atuarem e tomarem decisões coerentes e muitas das vezes em equipe com o intuito de ajudar sempre o paciente nas suas angústias e problemas cotidianos, gerando satisfação e busca de melhora continuada do trabalho prestado.³

2. PIODERMA GANGRENOSO

O Pioderma gangrenoso é uma dermatose neutrofílica rara crônica, muitas vezes recorrente que foi descrita inicialmente em 1916 por Brocq e melhor caracterizada posteriormente por Brusting em 1930, que a denominaram dessa forma por acreditarem tratar-se de gangrena cutânea causada por infecção estreptocócica. Porém, ainda hoje sua etiologia é desconhecida e não tem relação com infecção bacteriana.(1) Afeta comumente membros inferiores, podendo atingir qualquer parte do corpo. Pode surgir em associação com outras doenças ou isoladamente. Atinge pacientes de todas as idades, inclusive crianças, sendo mais frequentes no sexo feminino e após os 30 anos de idade.^{1,5}

Embora grande parte dos casos surgem isoladamente (como lesão primária e isolada confinada a pele), muitos casos podem ter associação com outras patologias como: doenças intestinais inflamatórias (retocolite ulcerativa crônica, doença de Crohn), artrites (soronegativa, reumatóide, espondilite, osteoartrite), problemas hematológicos (leucemias mielocíticas, leucemia de células pilosas, mielofibrose, gamapatia monoclonal), diverticulite intestinal, pólipos intestinais, hepatite crônica ativa, cirrose biliar primária, colangite esclerosante, mieloma, policitemia vera, arterite de Takayasu, lúpus eritematoso sistêmico, doença de Behçet, granulomatose de Wegener, câncer (mama, pulmão, colón e próstata), doenças da tireóide, sarcoidose, diabetes mellitus e AIDS, entre outras.(5) Podem muitas vezes simular uma infecção de ferida operatória e acometer pacientes imunossuprimidos pelo uso de medicações imunossupressoras, quimioterapia e também pelo vírus HIV.^{1,5}

As lesões não associadas a traumas previamente podem surgir inicialmente como uma pústula, uma pápula, um nódulo ou placa que em pouco tempo evolui para úlcera com centro necrótico, secreção purulenta e tecido de granulação. A borda da úlcera é elevada, avermelhada ou purpúrea, podendo surgir secreção purulenta à palpação e expressão desta borda eritematosa. Essas úlceras podem expandir de forma lenta ou rápida, podendo ser isoladas ou múltiplas e confluentes. Caracteriza-se por muita dor local e podem ou não estar associadas a traumatismo.^{1,6}

São descritas na literatura quatro formas de apresentação para classificação do pioderma gangrenoso: forma ulcerativa ou clássica, forma vegetativa, forma bolhosa e a forma pustular, podendo aparecer em peles sadias e locais de trauma.^{7,8}

A **forma ulcerativa ou clássica** (corresponde a maior parte dos casos - cerca de 81,52%) se apresenta inicialmente por uma pústula pequena ou pápulas eritematosas rodeada por um halo inflamatório, coalescentes e rapidamente progressivas formando úlceras com necrose central e dolorosas. Devido o padrão neutrofílico, apresenta exsudato purulento e bordos violáceos. A resolução dessas lesões se dá com a formação de cicatriz atrófica com a epiderme em aspecto de “papel de fumo”. Podemos citar alguns diagnósticos diferenciais: vasculites sistêmicas (granulomatose de Wegener, crioglobulinemia, poliarterite nodosa e síndrome do anticorpo antifosfolípideo), doenças infecciosas (esporotricose, amebíase, úlcera sífilica e ectima gangrenoso), neoplasias malignas, úlceras isquêmicas e picadas de insetos.^{1,7,8}

A **forma vegetativa** (cerca de 12,5% dos casos) é localizada, não agressiva, de progressão mais lenta, caracterizada por lesões ulceradas e verrucosas superficiais com base não purulenta, com localização mais frequente em tronco, cabeça e pescoço. É responsiva ao tratamento tópico, intralesional e a terapia sistêmica menos agressiva, estando muito pouco relacionada a doença sistêmica. O diagnóstico diferencial deve contemplar infecções por micobactérias, esporotricose e neoplasia maligna cutânea.^{1,7,8}

A **forma bolhosa** (cerca de 6,25 % dos casos) caracteriza-se por lesão superficial caracterizada por pápulas, púrpuras e lesões azuladas, bolhosas e hemorrágicas (as bolhas são dolorosas e centro necrótico erosivo) associada a quadros leucêmicos de início agudo. Como diagnóstico diferencial, temos a dermatose neutrofílica febril aguda (síndrome de Sweet), celulites, dermatoses bolhosas e mordedura de aranhas.^{1,7,8}

A **forma pustular** é rara e está associada a febre e artralgia. Envolve o surgimento de uma ou várias pústulas agrupadas, que podem ulcerar ou não. É mais comum em tronco e na superfície extensora das extremidades. Pode coexistir ao mesmo tempo com a forma ulcerativa. Tem relação com a doença inflamatória intestinal, que quando controlada pode contribuir para regressão dessas lesões pustulares sem deixar cicatriz.^{1,7,8}

Hoje sabe-se muito pouco sobre o pioderma gangrenoso, sendo uma doença a qual o fenômeno de Patergia é bem evidenciado e importante de ser reconhecido, correspondendo a formação de uma nova lesão inflamatória induzida por um mínimo trauma seguido por uma progressiva destruição da pele saudável, muita dessas lesões sendo complicações cirúrgicas/ biópsias/ abrasões. Esse fenômeno é bem caracterizado nessa doença, por isso a preocupação de se estabelecer um diagnóstico o mais prévio possível para evitar danos ao paciente.^{1,5}

Para estabelecer o diagnóstico dessa patologia é importante o conhecimento da história e da apresentação clínica, com observação do curso evolutivo das lesões. Pode-se ter suspeita diagnóstica de ser realmente pioderma gangrenoso devido ao padrão doloroso e de rápida progressão dessas lesões, que muitas vezes tem associação com o fenômeno de patergia, doenças sistêmicas e a rápida resposta a corticoterapia que essa patologia apresenta. Lembrando que a realização de biópsia apesar de não específico, evidencia o histopatológico compatível com dermatose neutrofílica, apenas contribuindo para a exclusão de outros diagnósticos diferenciais. ^{1,7,8,9}

Os leucócitos polimorfonucleares (neutrófilos) são evidenciados pela presença de pús e de grande infiltrado neutrofílico nas lesões. Por isso, a infecção tem que ser obrigatoriamente excluída, visto que um dos tratamentos se baseia na imunossupressão do paciente.⁵

O tratamento do Pioderma Gangrenoso está ligado a imunossupressão, sendo que apenas lesões menores e precoces respondem aos tratamentos locais. Há diversas opções terapêuticas medicamentosas para os pacientes com lesões

maiores e quadros mais graves, que poderão ser utilizadas considerando-se a extensão, gravidade, contraindicações e efeitos colaterais (Tabela 1). As drogas de primeira escolha são os corticoides e as ciclosporinas. Os corticoides podem ser usados em doses altas inicialmente (prednisona ou prednisolona oral 1-3 mg/kg/dia ou pulsoterapia com metiprednisolona 1 g/dia por 3 dias), devendo ser reduzidos gradualmente. Outras alternativas devem ser usadas em situações específicas dado seu caráter ainda experimental e com poucas evidências científicas disponíveis (Tabela 1). No tratamento desta condição, deve-se ter em mente que o desbridamento deve ser evitado, devido aumento das lesões devido o fenômeno de patergia. As lesões devem se manter limpas e úmidas, sendo úteis curativos oclusivos ou de hidrogel.⁵

Tabela 1: Opções de drogas e grau de recomendação para o tratamento de Pioderma Gangrenoso

	Droga	Dose	Benefícios	Riscos	Comentários	Recomendação
Tratamento tópico	Clicorticóide tópico ou intralesional		Ação rápida sem efeitos colaterais	Aumento da lesão por patergia ao aplicar intralesionalmente	Indicado em lesões pequenas e iniciais	Terapia experimental (B)
	- Tacromilus ou pimecromilus tópico - Cromoglicato tópico - Ciclosporina intralesional			Aumento da lesão por patergia ao aplicar intralesionalmente	Indicado em lesões pequenas e iniciais. Bom resultado com terapia sistêmica associada	Terapia experimental (C)

Fonte: . Konopka CL, Padulla GA, Ortiz MP, Beck AK, Bitencourt MR, Dalcin DC. Pioderma gangrenoso: um artigo de revisão. J.Vasc.Bras. Março 2013.

Tabela 1: Continuação...

	Droga	Dose	Benefícios	Riscos	Comentários	Recomendação
Tratamento sistêmico	Clicorticóide(prednisona ou equivalente)	Dose moderada alta: 0,5 mg/kg/dia Pulsoterapia: 1g/dia por 1-5 dias	Rápida ação na resolução da úlcera. Ação analgésica	À longo prazo: infecções, resistência insulínica e continuar conforme estava	Checar PPD antes de iniciar tratamento. Utilizar por 2-4 semanas se possível. Reduzir a dose paulatinamente se uso > 21 dias- evitar insuficiência adrenal secundária.	Terapia de 1ª escolha (B)
	Ciclosporina	4-5 mg/kg/dia	Ação rápida	Toxicidade renal, hipertensão, hipertrigliceridemia, hipertricose	Iniciar diretamente com a dose de 4-5 mg/kg/dia, não menos.	Terapia de 1ª escolha (B)
	Azatioprina	100-300 mg/dia	Maior aderência em tratamentos de longa duração.	Lento início de ação, supressão de medula óssea, intolerância gastrointestinal.	Avaliar níveis de enzimas tiopurina metiltransferases, a fim de prever toxicidade com níveis baixos ou ausência dessa.	Terapia experimental (C)

Fonte: . Konopka CL, Padulla GA, Ortiz MP, Beck AK, Bitencourt MR, Dalcin DC. Pioderma gangrenoso: um artigo de revisão. J.Vasc.Bras. Março 2013.

Tabela 1: Continuação...

	Droga	Dose	Benefícios	Riscos	Comentários	Recomendação
Tratamento sistêmico	Dapsona	50-200 mg/dia	Melhor perfil de segurança a longo prazo. Também utilizada como poupador de corticóide.	Início de ação lenta. Sem resolução em casos mais severos. Anemia, meta-hemoglobinemia, neuropatia.	Avaliar periodicamente o hemograma do paciente (normal uma queda de leucograma até 10%)	Terapia experimental (C)
	Metotrexato	10-30 mg/semana	Administração semanal, melhor aderência a longo prazo.	Hepatotoxicidade. Supressão de medula óssea.	Testar sorologias para hepatites virais antes do início do tratamento	Terapia experimental (C)
	Mofetil Micofenolato	2-3 g/dia	Bom perfil de segurança a longo prazo.	Início de ação lento. Neutropenia	Melhor performance quando iniciado juntamente com glicocorticoide pelo lento início de ação.	Terapia experimental (C)
	Talidomida	50-200 mg/dia		Teratogênico, sonolência, neuropatia, coagulopatia	Dose noturna devido sonolência.	Terapia experimental (C)

Fonte: . Konopka CL, Padulla GA, Ortiz MP, Beck AK, Bitencourt MR, Dalcin DC. Pioderma gangrenoso: um artigo de revisão. J.Vasc.Bras. Março 2013.

Tabela 1: Continuação...

	Droga	Dose	Benefícios	Riscos	Comentários	Recomendação
Tratamento sistêmico	Colchicina	0,6mg 2-3 vezes por dia	Droga segura , se tolerada.	Diarréia	Iniciar dose baixa e aumentar gradualmente devido à irritação gastrointestinal.	
	Ciclofosfamida	1,5-3,0 mg/kg/dia		Cistite hemorrágica, azoospermia	Manter boa hidratação antes e durante a terapia.	Terapia experimental. Considerar custo-benefício (B).
	Clofazimina	200 mg/dia	Útil no tratamento de PG refratário.	Altera coloração da pele e fluidos corporais.	Administar com alimentação ou leite para máxima absorção.	Terapia experimental. Pode ter eficácia terapêutica.(C).
	Infliximabe	5mg/kg/semana	Rápida ação. Pode ser usada como monoterapia. Vnatajosa em paciente com artrite reumatoide, doença de Crohn ou colite.	Contraindicada: insuficiência cardíaca congestiva. Tuberculose ou esclerosa múltipla.	Realizar PPD e raio x de tórax. Infundir lentamente a medicação para evitar reações.	Terapia experimental 1ª escolha em pacientes com Doença de Crohn (B).

Fonte: . Konopka CL, Padulla GA, Ortiz MP, Beck AK, Bitencourt MR, Dalcin DC. Pioderma gangrenoso: um artigo de revisão. J.Vasc.Bras. Março 2013.

Tabela 1: Continuação...

Tratamento sistêmico	Droga	Dose	Benefícios	Riscos	Comentários	Recomendação
	Antibiótico (minociclina/doxaciclina)	100 mg 2-3 vezes por dia	Indicado quando associado a infecção estafilocócica secundária.	Lento início de ação	Funciona melhor se em conjunto com outro esquema terapêutico.	
	Tracomilus	0,1-0,15 mg/kg	Perfil de ação rápido.	Hipertensão, toxicidade renal.		Terapia experimental. Considerado terapêutica eficiente (C).

Fonte: . Konopka CL, Padulla GA, Ortiz MP, Beck AK, Bitencourt MR, Dalcin DC. Pioderma gangrenoso: um artigo de revisão. J.Vasc.Bras. Março 2013.

3.RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 18 anos, solteiro, pardo, natural de Eunápolis – BA, residente em Vitória-ES, desempregado, com história de acidente automobilístico (queda de moto) em julho 2018, quando apresentou fratura aberta (exposta) de pé esquerdo e escoriação em região tibial esquerda e outras escoriações menores em membro inferior direito. Foi submetido a cirurgia devido fratura de pé, ficando 7 (sete) dias, internado no Hospital Estadual de Urgência e Emergência do Espírito Santo (HEUE). Em julho de 2018, após alta hospitalar, paciente procurou a Unidade Básica de Saúde Ilha das Caieiras (Vitória-ES) para realização de curativo das lesões, porém durante atendimento foram observadas outras lesões crostosas e pustulares em membros superiores e membros inferiores (“lesões que formam caroços e evoluem para úlcera”). Neste mesmo período foram realizados testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C, sendo todos negativos, com o intuito de exclusão de patologias associadas ao surgimento dessas novas lesões. Neste mesmo mês, foram retirados os pinos da cirurgia e prescrito cefalexina pelo ortopedista do hospital em consulta de reavaliação.

Paciente com idas constantes a Unidade Básica de Saúde Ilha das Caieiras devido piora do padrão da ferida que começou a se tornar secretiva e ulcerada sem fatores de melhora do padrão lesional apesar de uso de antibiótico prescrito pelo seu cirurgião (cefalexina), sempre com relato de drenagem de secreção pustulosa, associado a muita dor e calor local. Segundo relato do paciente, diariamente fazia curativo na Unidade Básica de Saúde de referência e uso posterior a cefalexina dos seguintes antibióticos, devido ao padrão lesional relatado: amoxicilina com clavulanato, sulfametoxazol-trimetropim e penicilina benzatina.

Tendo em vista a dificuldade de cicatrização das lesões e surgimento concomitantemente de outras lesões ulcerosas crostosas e descamativas de evolução progressiva em todo o corpo, incluindo face, membros superiores e inferiores, foi considerado a hipótese de ser outro diagnóstico pela equipe da sua Unidade Básica de Saúde de referência (Ilha da Caieiras), que segundo o paciente foi orientado verbalmente a comparecer na Unidade Básica de Saúde

de Maruípe para consulta de demanda pela equipe de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade, já que o paciente teve uma ampla terapia medicamentosa sem melhora do quadro.

Em 29/11/2018 foi atendido em uma consulta de demanda espontânea na Unidade Básica de Saúde de Maruípe onde foi relatado toda a história pregressa e feito exame físico. Ao exame, foi evidenciado múltiplas lesões impetiginosas em membros superiores, face e orelhas (Figuras 1, 2, 3 e 4); lesões ulceradas em perna (região tibial anterior esquerda), sendo a maior com cerca de 15 cm no maior diâmetro (Figuras 5 e 6), com secreção sero-sanguinolenta, de fundo seco e bordas granuladas; e outras lesões menores com aspecto semelhante (Figura 7).

Diante do quadro e várias tentativas de tratamento medicamentoso sem sucesso, paciente foi encaminhado para atendimento no departamento de infectologia do HUCAM (Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes) no mesmo dia. Foi avaliado e diagnosticado com Pioderma Gangrenoso em 29/11/2018 e iniciado prednisona 60 mg/dia por uma semana e orientado curativo diário somente com uso de soro fisiológico, evitando antissépticos e pomadas no local das lesões devido potencial irritativo. No dia 06/12/2018, foi feita reavaliação, quando foi evidenciado melhora das lesões (Figuras 8, 9, 10, 11 e 12) e prescrito prednisona 40 mg/dia e sintomáticos (codeína + paracetamol).

Após uma semana (dia 14/12/2018), paciente referiu melhora da dor local com o uso dos sintomáticos e melhora significativa das lesões cutâneas, principalmente as lesões satélites (Figuras 13 e 14). O paciente relatou uso de pomada local nas trocas de curativo (sulfadiazina de prata) proposto pela enfermagem de sua Unidade Básica de Saúde de referência devido dificuldade de retirar a gaze, mesmo já sendo orientado sobre o uso de pomadas locais nas trocas de curativo. No exame físico, foi verificada involução das lesões satélites em orelha esquerda, face, membros inferiores e superiores. Lesão ulcerada em região tibial esquerda bem delimitada, medindo cerca de 15 cm no maior diâmetro, com secreção sero-sanguinolenta e bastante exsudativa (devido o uso de sulfadiazina de prata) e tecido de granulação e ausência de

necrose (Figura 15). Lesão ulcerosa bem delimitada, em região tibial anterior direita medindo cerca de 5 cm (Figura 16), em região posterior de tornozelo direito e esquerdo (3 cm) em melhora. Nesta consulta foi proposto o descalonamento do corticoide da seguinte forma: prednisona 40 mg/dia por 10 dias/ 20 mg/dia por 10 dias/ 10 mg/dia por 10 dias e agendado retorno para dia 12/01/2019.

Paciente não compareceu na consulta do dia 12/01/2019 e não retornou mais ao ambulatório de infectologia. Em conversa informal com o paciente em 25/01/2019, o mesmo referiu melhora das lesões e cicatrização lenta da ferida de maior diâmetro em região tibial esquerda (Figuras 17 e 18), por isso continuava fazendo curativos diários na Unidade Básica de Saúde sem uso de produtos irritativos.



Figura 1 (29/11/18) - Lesões crostosas satélites em face.



Figura 2 (29/11/2019) - Lesões crostosas em face e orelha esquerda.



Figura 3 (29/11/18) - Lesões crostosas em membros superiores.



Figura 4 (29/11/18) -Lesões crotosas em membros superiores.



Figura 5



Figura 6

Figura 5 e 6 (29/11/18) - Lesão ulcerada serosanguinolenta em região tibial anterior esquerda.



Figura 7 (29/11/18) - Lesão ulcerada em região tornozelo esquerdo.



Figura 8 (06/12/18) - Lesão ulcerada com pontos de necrose e epitelação após uso de prednisona por uma semana.



Figura 9



Figura 10

Figura 9 e 10 (06/12/18) - Melhora das lesões satélites em orelha e face esquerda e membros superiores



Figura 11



Figura 12

Figura 11 e 12 (06/12/18) - Melhora das lesões satélites em membros inferiores.



Figura 13



Figura 14

Figura 13 e 14 (14/12/18) - Lesões satélites em melhora em membros superiores e membros inferiores respectivamente.



Figura 15 (14/12/18) - Lesão sero-sanguinolenta em região tibial esquerda devido uso de sulfadiazina de prata (paciente ainda em uso de prednisona).



Figura 16 (14/12/18) - Lesão sero-sanguinolenta em região tibial direita devido uso de sulfadiazina de prata (paciente ainda em uso de prednisona).



Figura 17 (25/01/19) - Lesões em cicatrização após uso de prednisona.



Figura 18 (25/01/19) - Lesão em região tibial anterior esquerda em cicatrização.

4.DISSCUSSÃO DE CASO

O relato de caso em questão refere-se a uma pessoa que apresenta uma doença incomum de difícil diagnóstico que pode levar a complicações devastadoras. Por isso abordar esse assunto é importante como forma de aprendizado e de diagnóstico diferencial. Entender que a Atenção Primária à Saúde é de suma relevância para a qualidade, acessibilidade, resolutividade, que contam com profissionais qualificados para receberem os pacientes e criarem vinculação permanente proporcionando o melhor entendimento das expectativas e da situação do paciente.

A doença pode ser originada por traumatismo, sendo iniciada por uma lesão inicial que pode ser nódulo, pústula, pápula ou placa que podem evoluir para lesão ulcerada com centro necrótico, com sangue e tecido de granulação. O relato em questão iniciou por uma ferida ocasionada por acidente automobilístico que inicialmente era apenas escoriação que evoluiu para uma úlcera extensa e bem delimitada, associada com o uso contínuo de antibiótico e com o surgimento de lesões satélites crostosas.

O manejo de feridas dentro de uma Unidade Básica de Saúde atualmente é algo rotineiro e de grande valia. Saber entender o processo de cicatrização e curativo abrange o profissional médico, a equipe de enfermagem e técnicos de enfermagem para poderem trabalhar de forma unilateral. A equipe deve estar aberta para reconhecer outros diagnósticos e saber que aplicações de alguns produtos podem ser irritativos e contribuir para piora do quadro lesional e evolução negativa.

Lesões patérgicas são aquelas que surgem após algum tipo de trauma, sendo que o paciente abordado devido o acidente automobilístico apresentava algumas escoriações pelo corpo e foi submetido a uma cirurgia prévia, sendo que posteriormente ocorreu aumento das lesões e disseminação na forma de lesões satélites, sendo que no caso do pioderma gangrenoso qualquer produto e ou procedimento, por exemplo biópsia local, pode piorar o quadro.

Diante disto, mesmo sendo uma doença rara, a importância do conhecimento pode modificar a vida e a qualidade do paciente, porque a angústia de apresentar lesões que não cicatrizam e sem expectativa de melhora contribui para uma frustração e sentimento de insucesso por parte dos profissionais de saúde e do paciente.

O médico de família é o médico do território capaz de entender em uma abordagem integral o paciente e entender suas angústias. Por isso estar preparado para o manejo inicial das feridas é um conhecimento válido, sejam elas feridas frequentes ou raras.

O Médico de Família e Comunidade no âmbito de sua atuação na Atenção Primária a Saúde apresenta várias competências, dentre elas atuar prioritariamente em uma abordagem biopsicossocial e existencial do processo saúde adoecimento, englobando as frustrações e desejos do paciente a fim de adquirir confiabilidade e resolutividade para seus problemas. Lembrando que o Médico de Família e Comunidade atua como primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, prestando um acesso aberto e ilimitado e lidando com todos os problemas de saúde independentemente da idade, sexo ou qualquer outra característica da pessoa. Com isso o paciente encontra um acesso mais facilitado e uma visão ampliada de sua clínica como um todo, para assim fornecer um melhor manejo e se necessário encaminhá-lo para um especialista focal como foi o caso.

Logo esse caso foi de grande importância para pensar que diagnósticos diferenciados existem, e devem ser lembrados. Pois uma ferida que estava sendo abordada de forma empírica com antibioticoterapia sem resultado, nos atenta para outras possibilidades prováveis. Por isso o Médico de Família e Comunidade e a equipe da Unidade Básica de Saúde deve sempre ter seu conhecimento amplificado, levando em conta todas as circunstâncias e a evolução clínica de forma integral e eficaz.

5.CONCLUSÃO

O Pioderma Gangrenoso é uma dermatose neutrofílica crônica incomum não infecciosa, com etiologia muito pouco estabelecida, que pode ser confundida com vários outros diagnósticos diferenciais, seu reconhecimento e tratamento precoce é primordial para reduzir a atividade da doença, assim como melhorando a qualidade de vida do paciente.

O relatado desse caso foi importante para reconhecer essa doença que pode ser abordada na atenção primária e ressaltando que ninguém faz diagnósticos de afecções que não conhece e, no caso do Pioderma Gangrenoso, a ausência do diagnóstico pode piorar consideravelmente sua evolução.

REFERÊNCIAS

1. Konopka CL, Padulla GA, Ortiz MP, Beck AK, Bitencourt MR, Dalcin DC. Pioderma gangrenoso: um artigo de revisão. *J.Vasc.Bras.* Março 2013; 12(1):25-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167754492013000100006. Acesso em 01/05/2019.
2. Starfield B. Atenção primária: Equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília:UNESCO, 2002. Edição Brasileira. Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em 12/07/2019.
3. Campos CEA. Os princípios da Medicina de Família e Comunidade. *Revista APS*, v.8, n.2, p. 181- 190, jul/dez. 2005. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/principios.pdf>. Acesso em: 12/07/2019.
4. Anderson MIP, Gusso G, Filho EDC. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. *Revista APS*, v.8, n.1, p. 61-67, jan/jun. 2005. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/FamiliaComun.pdf>. Acesso em: 12/07/2019.
5. Meyer, TN. Pioderma gangrenoso: grave e mal conhecida complicação da cicatrização. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica.* 2006. Disponível em: <http://www.rbc.org.br/details/111/pioderma-gangrenoso—grave-e-mal-conhecida-complicacao-da-cicatrizacao>. Acesso em: 01/04/2019.
6. Martins PHT, Lazzari PM, Santos DAOS, Corrêa A, Nesi WM. Pioderma gangrenoso: um relato de caso. *Arquivos Catarinenses de Medicina.* 2015; 44(2):74-79. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/27/23>. Acesso em: 01/04/2019.
7. Graças AM, Alecrim ES, Lyon S. Pioderma gangrenoso: evidências clínicas e características. *Revista Médica de Minas Gerais.* 2016. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2071>. Acesso em: 01/04/2019.
8. Laurentino GS. Pioderma gangrenoso: complicação grave no pós-operatório

de cirurgia plástica. Boletim de Cirurgia plástica- Boletim 174. 2016. Disponível em:<http://boletim.med.br/2018/04/19/monografia-pioderma-gangrenoso-complicacao-grave-no-pos-operatorio-de-cirurgia-plastica/>. Acesso em: 09/04/2019.

9. Fraga JCS, Souza VL, Valverde RV, Gamonal A. Pioderma gangrenoso: apresentação atípica. Anais Brasileiros de Dermatologia. 2006; 81 (5 supl 3): s305-8. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/abd/v81s3/v81s3a12.pdf>. Acesso em: 09/04/2019.

10. Dornelas MT, Guerra MCS, Maués GL, Luiz JOMP, Arruda FR, Corrêa MPD. Pioderma gangrenoso: relato de caso. HU Revista. 2008; 34 (3): 213-216. Disponível em:<http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/268/156>. Acesso em: 09/04/2019.

11. Coelho LF, Correia FG, Ottoni FA, Santos FPST, Pereira LB, Lanna CCD. Pioderma gangrenoso: um desafio para o reumatologista. Revista Brasileira de Reumatologia. 2009; 49 (3): 315-320. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v49n3/13.pdf>. Acesso em: 09/04/2019.

12. Burkievicz CJC, Schmidt L, Silva MB, Skare TL. Pioderma gangrenoso e lúpus eritematoso sistêmico. Revista Brasileira de Reumatologia. 2007; 47 (4): 296-299. Disponível em:<https://www.academicoo.com/artigo/pioderma-gangrenoso-e-lupus-eritematoso-sistemico>. Acesso em: 09/04/2019.

13. Bertoló MS, Ruiz M, Contreras C. Pioderma gangrenoso: excelente repuesta a tratamiento tópico. Rev. Méd. Chile. 2015. Disponível em:<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n1/art21.pdf>. Acesso em: 09/04/2019.

14. Pinto JR. Proposta de protocolo clínico para tratamento de feridas crônicas. Universidade Federal de Minas Gerais. 2013. Disponível em:<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7615?show=full>. Acesso em 14/05/2019.

15. Santos ICRV, Souza MAO, Andrade LNV, Lopes MP, Silva MFAB, Santiago RT. Caracterização do atendimento de pacientes com feridas na Atenção Primária. Universidade de Pernambuco. Rev Rene. Jul-Ago 2104; 15 (4):613-

20. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/1077/1039>. Acesso em 14/05/2019.

16. Janaudis MA. Princípios da Medicina de Família: quatro pilares que definem sua identidade. O mundo da saúde , São paulo: 2010;34(3):300-310. Disponível em:http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/77/300a310.pdf. Acesso em: 12/07/2019.

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor está sendo convidado a participar de um estudo do tipo Relato de Caso. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o senhor não consiga entender, converse com a pesquisadora responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A proposta do presente documento é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Objetivo do estudo é relatar o caso de um paciente com o diagnóstico de Pioderma Gangrenoso, para apresentação em forma de artigo em revista científica para divulgação de conhecimento aos profissionais da área e demais interessados.

O relato de caso será ,inicialmente, intitulado Manejo do Pioderma Gangrenoso na Atenção Primária à Saúde: Relato de caso atendido na demanda espontânea, podendo ter seu título alterado sob a responsabilidade da pesquisadora Caroline Rato Corrales, a qual pretende relatar o caso e discutir o assunto em questão na comunidade acadêmica a fim de orientar o diagnóstico e o manejo desta condição a outros médicos.

O Senhor foi escolhido para participar, pois, seu quadro clínico é uma condição que pode ser recorrente na Atenção Primária, servindo de guia para diagnóstico precoce de pacientes com casos semelhantes. Após entender e concordar em participar, serão realizados exame físico, laboratoriais e testes necessários para o relato do caso.

Não haverá riscos para o paciente pois apenas será relatado seu caso de forma anônima. Serão utilizadas imagens para fins científicos com a garantia da não identificação do voluntário. Também não haverá benefício direto para o participante desse estudo, porém o estudo irá contribuir para melhoria no atendimento, ou para discussão de caso. A não aceitação deste termo, não irá, de forma alguma influenciar ou alterar o seu tratamento e nem o seu relacionamento com a equipe médica e de apoio.

Se depois de consentir em sua participação o senhor desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois do relato do caso, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O Senhor não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões e/ou publicações (revistas, jornais científicos e de circulação), contudo, sua identidade não será revelada durante essas apresentações.

No caso de dúvidas relacionadas ao estudo, a Dra Caroline Rato Corrales, poderá ser procurada na Unidade de Saúde de Maruípe, localizada na Rua Vitor Fritolli Navarro, 70, Maruípe, Vitória - ES, 29043-037 pelo Telefone (27) 3382-6738 ou no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, localizado na Avenida Marechal Campos , 1355- Santa Cecília, Vitória ES, 29043260, pelo telefone (27) 3335-7100 ou pelo e-mail carolinerato@gmail.com.

Consentimento Pós-Informação

Eu, Guilherme Gonçalves da Silva, concordo que meu caso seja apresentado ou publicado na academia científica. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

_____ Data: ___/___/_____

Assinatura do participante ou responsáveis.



Impressão do dedo polegar

Caso não saiba assinar

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável