

Relato de caso

Granuloma piogênico exuberante bilateral: tratamento cirúrgico

Exuberant bilateral pyogenic granuloma: surgical treatment

Autores:

Tainá Scalfoni Fracaroli¹
Lislaine Bomm²
João Luz Sodré³
Mário Chaves⁴
Marcela Benez⁴
Solange Cardoso Maciel Costa Silva⁵

¹ Pós-graduanda em dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

² Residente em dermatologia do Hospital | Universitário Pedro Ernesto (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³ Dermatologista pela Sociedade Brasileira de Dermatologia e auxiliar em ensino e pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴ Professora substituta do serviço de dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵ Professora adjunta do serviço de cirurgia dermatológica e chefe do serviço de dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE-UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Correspondência para:

Dra. Tainá Scalfoni Fracaroli
Av. das Américas, 297/sala 209
20511-230 – Rio de Janeiro – RJ
E-mail: tsfracaroli@yahoo.com.br

Data de recebimento: 04/06/2011

Data de aprovação: 10/04/2012

Trabalho realizado no Serviço de dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum

Conflito de Interesses: Nenhum

RESUMO

Granuloma piogênico é uma proliferação vascular comum, que pode ser encontrada na pele e mucosa. Clinicamente se apresenta como lesão nodular, friável, eritematosa e com história de crescimento rápido. O granuloma piogênico ungueal está, geralmente, relacionado à onicocriptose e trauma, sendo muito doloroso nesta localização. Há várias opções de tratamento, incluindo excisão cirúrgica, crioterapia, eletrocauterização, curetagem, lasers, aplicação de ácido tricloroacético, imiquimode e microembolização.

Relatamos um caso de granuloma piogênico bilateral nos háluces, de crescimento exuberante, levando a oclusão da placa ungueal. Foi realizado exérese cirúrgica da lesão com bom resultado estético.

Palavras-chave: granuloma piogênico, cirurgia, ácido tricloroacético, crioterapia.

ABSTRACT

Pyogenic granuloma is a common vascular proliferation that can be found on skin and mucous membranes. Its clinical presentation is that of a nodular, friable and erythematous lesion, with fast growth history. The nail bed pyogenic granuloma is generally related to onychocryptosis and trauma, being very painful in that site. There are several treatment options, including surgical excision, cryotherapy, electrocautery, curettage, lasers, application of trichloroacetic acid, imiquimod and microembolization. The present study reports a case of bilateral pyogenic granuloma in the halluces with exuberant growth, leading to the occlusion of the nail plate. The surgical excision of the lesion was performed with good cosmetic results.

Keywords: pyogenic granuloma, surgery, trichloroacetic acid, cryotherapy.

INTRODUÇÃO:

O granuloma piogênico ou hemangioma lobular capilar é proliferação vascular benigna que ocorre, principalmente, em locais expostos a traumas frequentes, como mãos, braços, pés e face. Clinicamente se apresenta como lesão nodular ou vegetante, friável, de coloração variando de vermelho a azul-enequreído. Poder ser sésil ou pedunculado e tem história de crescimento rápido. Em geral sangra com mínimos traumas e tende a recorrer.^{1,2}

A etiologia ainda é desconhecida, tendo sido implicados fatores como trauma, infecções virais, úlceras crônicas e hormônios sexuais femininos. Pode ser encontrado também em pacientes que estão em uso de isotretinoína, capecitabina ou indinavir, devido ao estímulo para angiogênese.^{2,3}

O diagnóstico diferencial faz-se principalmente com sarcoma de Kaposi, melanoma amelanótico, carcinoma metastático, ceratose seborreica inflamada e poroma écrino.⁴

O diagnóstico é essencialmente clínico, sendo que o exame histopatológico é útil para descartar outras dermatoses. Nele é observado agregado lobular circunscrito de proliferação capilar dentro de um estroma edematoso, infiltrado por numerosos neutrófilos, estando a epiderme frequentemente erodada.^{1,3}

Há várias opções de tratamento, incluindo excisão cirúrgica, crioterapia, eletrocauterização, curetagem, lasers, aplicação de ácido tricloroacético, imiquimode e microembolização.⁴⁻⁷

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 27 anos, referia surgimento de lesão vegetante nos primeiros pododáctilos há 15 anos, após trauma local. Já havia realizado tratamento tópico com melhora parcial e exérese cirúrgica da lesão, porém com recidiva há um ano. Apresentou oclusão das unhas após crescimento das lesões. A histopatologia foi compatível com granuloma piogênico.

Ao exame dermatológico apresentava lesão vegetante eritematosa, friável, de aproximadamente 5x3cm no hálux direito, com distorção da lâmina ungueal, e lesão vegetante pequena na ponta do hálux esquerdo e na localização da dobra ungueal proximal com reepitelização completa do hálux e ausência de visualização da lâmina ungueal (Figuras 1 a 3). Foram realizadas radiografias e cintilografia óssea dos hálux, sendo possível afastar a presença de osteomielite. Optou-se pela exérese cirúrgica das lesões com bom resultado estético.

MÉTODOS

No caso descrito, a exérese cirúrgica foi a melhor opção terapêutica devido ao tamanho da lesão e por acometer ambos os hálux. Procederam-se assepsia e antissepsia, anestesia troncular com lidocaína a 2% sem vasoconstritor e garroteamento dos hálux. A pele foi incisada com lâmina de bisturi número 15 para remoção da lesão vegetante (Figura 4) que cobria todo o hálux esquerdo. Após retirada do tecido da lesão, observou-se a presença da lâmina ungueal que se encontrava subjacente ao tecido vegetante. Em seguida, realizou-se a excisão em “U” largo de pele nas dobras ungueais laterais para retirada do hiponíquio hipertrofiado.⁸ Foi realizado eletrocauterização da dobra ungueal (Figuras 5 e 6) e posterior sutura com fio mononáilon



Figura 1: Lesão vegetante ocupando todo o leito ungueal dos hálux



Figura 2: Hálux esquerdo com lesão vegetante na ponta e outra na região da dobra ungueal proximal, e ausência de visualização da lâmina ungueal



Figura 3: Hálux direito com lesão vegetante ocupando a área da lâmina ungueal causando sua distorção



Figura 4: Retirada do tecido vegetante, após anestesia troncular e garroteamento do hálux



Figura 5: Exposição da lâmina ungueal



Figura 6: Técnica do "U" largo de pele e eletrocauterização da dobra ungueal

3.0 (Figura 7). O mesmo procedimento foi, então, realizado no hálux oposto. Feito curativo oclusivo e orientado uso de cefalexina oral durante sete dias e repouso de 48 horas.



Figura 7: Sutura com fio mononáilon 3.0



Figura 8: Resultado após 30 dias

RESULTADOS

O controle do pós-operatório foi realizado semanalmente, e os pontos foram retirados com 15 dias. A paciente apresentou bom resultado cirúrgico e não houve complicações no pós-operatório. Após 30 dias, já era possível observar bom resultado estético (Figura 8). Porém, houve aumento do hiponíquio distal do hálux direito, que foi corrigido com aplicação de ácido tricloroacético a 50% e corticoide tópico. A paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial e sem recidiva da lesão até o momento.

DISCUSSÃO

Alguns granulomas piogênicos envolvem espontaneamente, porém a maioria requer tratamento. O granuloma piogênico ungueal geralmente é resultado de onicocriptose ou trauma local.³ É afecção dolorosa que impossibilita as atividades diárias dos pacientes. Dor e inflamação resultam da penetração da lâmina ungueal no tecido celular subcutâneo. A excisão cirúrgica é boa opção terapêutica, pois oferece baixa recorrência, cura em única sessão e possibilidade de remessa do material para exame

histopatológico.^{2,4,8} No caso descrito, o granuloma piogênico era tão exuberante, que nos fez acreditar que havia ocorrido destruição da lâmina ungueal. Com a remoção cirúrgica da lesão, visualizamos a unha, que apresentava o crescimento prejudicado devido ao excesso de tecido sobrejacente. A técnica cirúrgica realizada consistiu em remoção da lesão vegetante e associação com a técnica do “U” largo de pele, que compreende a retirada, em fuso, da pele da dobra ungueal lateral e distal com posterior sutura das bordas.^{8,9}

Entre as terapias disponíveis para o granuloma piogênico, a escolha do melhor tratamento vai depender de cada caso e da experiência do profissional. ●

REFERÊNCIAS

1. Piraccini BM, Bellavista S, Misciali C, Tosti A, de Berker D, Richert B. Periungual and subungual pyogenic granuloma. *Br J Dermatol*. 2010; 163(5): 941-53.
2. Piraccini BM, Iorizzo M. Drug reactions affecting the nail unit: diagnosis and management. *Dermatol Clin*. 2007;25(2):215-21.
3. Lee J, Sinno H, Tahiri Y, Gilardino MS. Treatment options for cutaneous pyogenic granulomas: A review. *J Plastic Reconstr Aesthet Surg*. 2011;64(9):1216-20.
4. Giblin AV, Clover AJ, Athanassopoulos A, Budny PG. Pyogenic granuloma – the quest for optimum treatment: audit of treatment of 408 cases. *J Plastic Reconstr Aesthet Surg*. 2007; 60(9):1030-5.
5. Goldenberg G, Krowchuk DP, Iorizzo JL. Successful treatment of a therapy-resistant pyogenic granuloma with topical imiquimod 5% cream. *J Dermatol Treat*. 2008; 17(2): 121-3.
6. Bourguignon R, Paquet P, Pierard-Franchimont C, Pierard GE. Treatment of pyogenic granulomas with Nd-YAG laser. *J Dermatol Treat*. 2006; 17(4): 247-9.
7. Mirshams M, Daneshpazhooh M, Mirshekari A, Taheri A, Mansoori P, Hekmat S. Cryotherapy in the treatment of pyogenic granuloma. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006; 20(7): 788-90.
8. Rosa IP. Hipercurvatura transversa da lâmina ungueal (“pincer nail”) e lâmina ungueal que não cresce, tratamento cirúrgico: remoção de “u” largo de pele, osteocorreção do leito e cicatrização por segunda intenção. Tese (Doutorado em Ciências). São Paulo: Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo; 2005. 156 p.
9. Silva, SCMC. Cirurgia Dermatológica teoria e prática. Dilivros. 2008.p. 362-4.