



Ressecção cirúrgica de calcinose sintomática em paciente com esclerose sistêmica

Surgical resection of symptomatic calcinosis in a patient with systemic sclerosis

CAIO PUNDEK GARCIA ^{1*}
NATALIA BIANCHA RENDON ¹
CARLO MOGNON MATTIELLO ¹
FLÁVIA CRISTINA DE NOVAES GERBER ¹
JORGE BINS-ELY ¹

Instituição: Serviço de Cirurgia Plástica e Queimados, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Artigo submetido: 23/3/2018.
Artigo aceito: 11/11/2018.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2019RBCP0020

RESUMO

Introdução: A esclerose sistêmica é uma doença rara, autoimune, com evolução progressiva, que afeta os tecidos conectivos e órgãos internos por inflamação, podendo causar calcinose de subcutâneo. Podem evoluir para quadros dolorosos e incapacitantes, podendo tornar-se infectados, principalmente quando ulceram pela pele.

Objetivo: Apresentar caso de calcinose em região inguinal e sua evolução cirúrgica. **Relato de Caso:** Paciente feminina portadora de calcinose em região inguinal bilateral, apresentando algia moderada/grave com falha de tratamento clínico. Realizada ressecção cirúrgica das calcinose, que formavam cordões de fibrose com aderência na fáscia do músculo oblíquo externo. Realizado fechamento primário com nylon 2.0 pontos simples subdérmicos e ponto intradérmico contínuo nylon 3.0 para fechamento estético e menor reação inflamatória. Boa evolução pós-operatório. **Conclusão:** O melhor tratamento da calcinose ainda não é claro. O tratamento das complicações se torna essencial para reduzir a morbidade e aumentar a qualidade de vida do paciente.

Descritores: Esclerose; Calcinose; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Procedimentos cirúrgicos operatórios; Reumatologia.

¹ Hospital Universitário, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Systemic sclerosis is a rare, autoimmune, progressive disease that affects connective tissues and internal organs by inflammation, which can cause calcinosis cutis. It can progress to painful and disabling conditions, and can become infected, especially when skin ulceration is present. **Objective:** To present a case of calcinosis in the inguinal region and its surgical recovery. **Case Report:** A female patient with calcinosis in the bilateral inguinal region presenting with moderate/severe pain had a failed clinical treatment. We performed surgical resection of the calcinosis cutis, which had formed clusters of fibrosis with adhesion to the fascia of the external oblique muscle. We used simple nylon 2.0 sutures along the subdermal plane to perform primary closure and continuous nylon 3.0 sutures along the intradermal plane for aesthetic closure and minimal inflammatory reaction. Her postoperative recovery was positive. **Conclusion:** The best treatment for calcinosis cutis is still unclear. Treating complications becomes essential for reducing patients' morbidity and increasing their quality of life.

Keywords: Sclerosis; Calcinosis; Reconstructive surgical procedures; Operative surgical procedures; Rheumatology.

INTRODUÇÃO

A esclerose sistêmica é uma doença rara, autoimune com evolução progressiva, que afeta os tecidos conectivos e órgão internos por inflamação, fibrose ou vasculopatias¹. É mais comum em mulheres (4:1) com início de doença entre os 30-50 anos¹. Calcinose subcutânea é um achado frequente na esclerose sistêmica, mas seu espectro é reportado como anedotal nos relatos².

Quando presente, a calcinose pode evoluir para quadros dolorosos e incapacitantes, podendo tornar-se infectados, principalmente quando ulceram pela pele, evolução esta que aproxima a afecção da cirurgia como forma de tratamento³. Até hoje, a calcinose relacionada à esclerose sistêmica recebeu pouca atenção entre as pesquisas, incluindo patogênese e doenças associadas³. Enquanto existem relatos de tratamentos cirúrgicos de calcinose em subcutâneos de mãos e dedos, pouca literatura é encontrada sobre outras áreas, como no caso deste relato de calcinose presentes em região inguinal⁴.

RELATO DE CASO

Paciente feminina 53 anos, encaminhada e tratada pelo serviço de reumatologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), em Florianópolis, SC, com o diagnóstico de esclerose

sistêmica há 20 anos, sendo portadora de calcinose em região inguinal bilateral sugestivas de calcinose distrófica.

Solicitado procedimento cirúrgico para retirada das calcinose por quadro algico moderado/grave contínuo sem fator desencadeante e sem fator de alívio, possuindo risco de ulceração e infecção das mesmas por caráter progressivo da doença local.

Tentativa de tratamento clínico medicamento sem sucesso para remissão ou cessão da evolução das calcinose. Em uso de azatioprina e prednisona para estabilização da doença de base. Nega cirurgias prévias. Ao exame físico, apresenta em região inguinal e flancos bilateral cordão endurecido, aderido, presente em tecido subcutâneo com confluências compatível com calcinose, com desconforto ao deslocamento passivo leve. Sem sinais de infecção ou ulceração local. Acometendo região de 20 por 5cm (Figura 1). Ultrassonografia da região inguinal apresentou: focos lineares e irregulares hiperecogênicos projetados no tecido subcutâneo em porções inferiores da parede abdominal lateral, sendo as maiores com 36mm de extensão, compatíveis com calcificação.

Frente ao quadro progressivo da doença local, com falha na tentativa de tratamento clínico medicamentoso e importante algia da paciente, foi indicada ressecção cirúrgica.

Realizada marcação da região inguinal contemplando toda a área acometida auxiliada pela palpação no exame físico e exame de imagem (aproximadamente 15x4cm de extensão marcação cutânea). Anestesia local com 50ml de

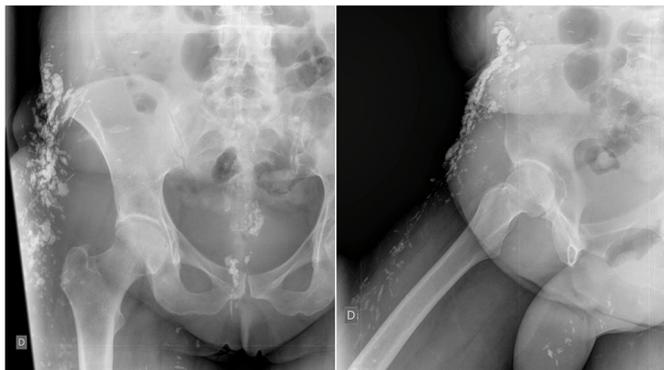


Figura 1. Raio X antero-posterior e oblíquo de região inguinal apresentando calcinose em subcutâneo em região inguinal direita, flancos e perianal.

solução contendo lidocaína 2% 20ml, adrenalina 1:120.000 e soro fisiológico 100ml. Realizada ressecção cutânea e subcutânea, retirando as calcinose, que formavam cordões de calcinose, algumas com aderências à fáscia do músculo oblíquo externo, sem necessidade de ressecção da fáscia ou músculo oblíquo externo.

Retirada peça em monobloco contendo tecido cutâneo e subcutâneo associados às calcinose. Realizado fechamento primário, após hemostasia, com nylon 2.0 pontos simples subdérmicos e ponto intradérmico contínuo nylon 3.0 para fechamento estético e menor reação inflamatória (Figura 2).

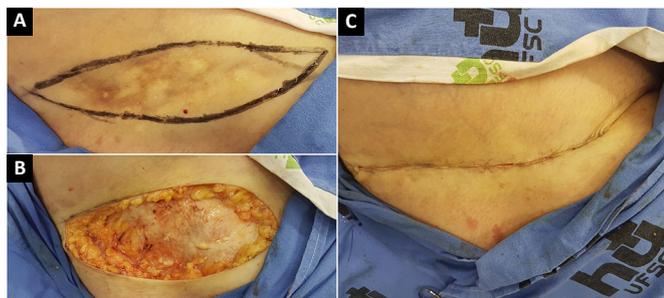


Figura 2. Em sentido anti horário. **A:** Marcação pré operatória (15x4cm) da região inguinal; **B:** Realizada ressecção das calcinose em monobloco de pele e subcutâneo, mantida fáscia do músculo oblíquo externo; **C:** Fechamento por planos com pontos intradérmicos.

Curativo local com neomicina e leve compressão cutânea realizando trocas pós-banho diário. Paciente seguiu acompanhamento pós-operatório retirando ponto intradérmico no 12^o dia. Neste momento paciente já apresentava cessão das dores diárias locais causadas pela calcinose, realizada análise subjetiva da algia da mesma (pré e pós-operatória).

No 2^o mês de pós-operatório evoluiu com extrusão de um ponto subdérmico sem necessidade de reabordagem, ferida operatória sem outras intercorrências ou complicações.

Fotos demonstram resultado estético favorável no 90^o dia do pós-operatório (Figura 3). A avaliação

histológica comprovou serem calcificações sem nenhum grau de malignidade (Figura 4). A paciente encontra-se em acompanhamento pelo Serviço de Cirurgia Plástica do HU/UFSC sem apresentar novas calcificações em área cirúrgica e não tendo apresentado cicatriz atrófica durante a evolução.

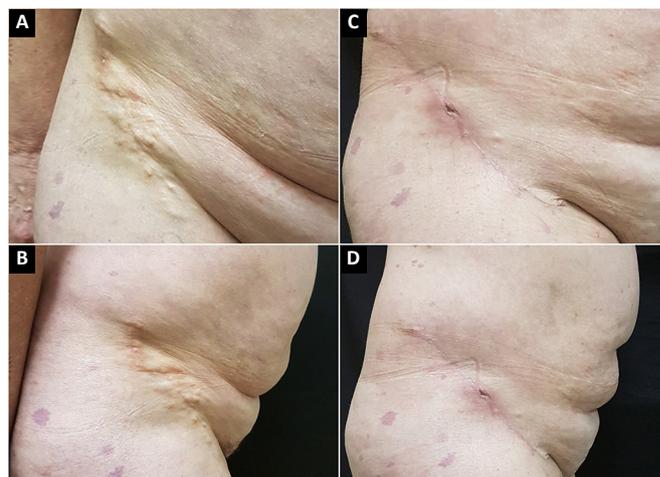


Figura 3. **A e B:** Imagens de região inguinal pré operatório (anterior e perfil); **C e D:** Imagens de pós operatório de 3 meses de evolução, apresentando cicatrização tópica e trófica. Apresenta local de extrusão de ponto subdérmico em evolução de cicatriz em segunda intenção

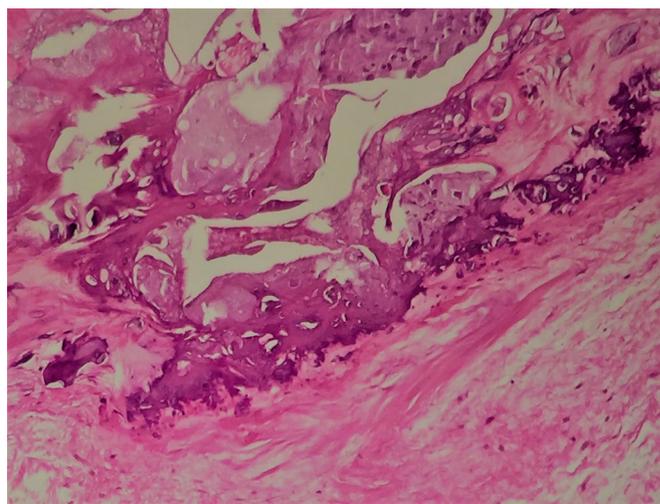


Figura 4. Calcificação presente em Hipoderme. HE, 100x

DISCUSSÃO

A esclerose sistêmica é uma doença incapacitante, que envolve a participação de médicos nas diversas áreas da medicina, porquanto atinge indistintamente todos os sistemas do corpo. Basicamente, é o reumatologista que realiza o acompanhamento clínico, por tratar-se de uma desordem do tecido conjuntivo, todavia, há momentos que é inquestionável a colaboração de outras especialidades⁵.

A calcificação dos tecidos moles é geralmente categorizada em 4 tipos: calcificação distrófica, calcificação metastática, calcificação idiopática e calcifilaxis. Na calcificação distrófica os níveis de cálcio sérico e fosfato são normais; esta é comumente relacionada com doenças de tecido conectivo/conjuntivo como dermatomiose e esclerodermia⁵.

A calcinose causada pela esclerose sistêmica é uma afecção na qual o último ato na escada de tratamento é a ressecção cirúrgica, devido à dúvida de evolução do trauma cirúrgico frente à doença de base. O tratamento medicamentoso, ainda não padronizado, busca conter a evolução da calcinose em tamanho e ulceração cutânea. A intervenção medicamentosa tem mostrado resultados mistos em sua eficácia e seus resultados variam de acordo com os estudos.

Os bloqueadores dos canais de cálcio têm demonstrado possuir a maior eficácia em comparação com qualquer outra intervenção medicamentosa, pois promovem uma diminuição no influxo de cálcio na célula, diminuindo, assim, a formação de cristais intracelulares. Foi relatado que a colchicina não tem efeito sobre a própria lesão de calcinose, mas sim na diminuição da inflamação secundária⁶⁻⁹.

Alguns pacientes, como no caso relatado, apresentam algia moderada a grave devido ao acometimento de feixes da inervação sensitiva cutânea, acelerando a busca por tratamentos cirúrgicos. No entanto, escassa é a literatura cirúrgica frente ao quadro de calcinose em paciente com doença do tecido conjuntivo, principalmente em região inguinal, topografia incomum de acometimento, vide tropismo por extremidades e zonas articulares^{6,7}.

Mesmo que exista um risco de recorrência da dor e calcificação adicional pelo trauma cirúrgico, é favorável tratar a calcinose antes que a mesma progrida, levando a uma ulceração e infecção local⁷.

O presente relato de caso serve como referência para futuros trabalhos. O melhor tratamento da calcinose ainda não é claro, não existindo tratamento totalmente efetivo, sendo realizada tentativa clínica medicamentosa de parar ou cessar progressão da doença e em última opção tratamento cirúrgico, devido à dúvida da evolução do trauma cirúrgico².

Conseqüentemente, o tratamento das complicações se torna essencial para reduzir a morbidade e aumentar a qualidade de vida do paciente. Vale citar que frente a uma afecção de evolução imprecisa pós-cirúrgica a relação médico-paciente deve chefiar conduta para evitar futuro descontentamento.

COLABORAÇÕES

- CPG** Concepção e desenho do estudo, gerenciamento do projeto, metodologia, redação - preparação do original.
- NBR** Coleta de dados, redação - preparação do original.
- CMM** Coleta de dados, redação - preparação do original.
- FCNG** Coleta de dados.
- JBE** Conceitualização, redação - revisão e edição, supervisão.

REFERÊNCIAS

- Jecan CR, Bedereag ȘI, Sinescu RD, Grigorean VT, Cozma CN, Bordianu A, et al. A case of a generalized symptomatic calcinosis in systemic sclerosis. *Rom J Morphol Embryol*. 2016;57(2 Suppl):865-9.
- Vayssairat M, Hidouche D, Abdoucheli-Baudot N, Gaitz JP. Clinical significance of subcutaneous calcinosis in patients with systemic sclerosis. Does diltiazem induce its regression? *Ann Rheum Dis*. 1998;57(4):252-4. PMID: 9709184 DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.57.4.252>
- Mahmood M, Wilkinson J, Manning J, Herrick AL. History of surgical debridement, anticentromere antibody, and disease duration are associated with calcinosis in patients with systemic sclerosis. *Scand J Rheumatol*. 2016;45(2):114-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/03009742.2015.1086432>
- Selig HF, Pillukat T, Mühlendorfer-Fodor M, Schmitt S, van Schoonhoven J. Surgical treatment of extensive subcutaneous calcification of the forearm in CREST syndrome. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2013;66(12):1817-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2013.06.035>
- Radu F, Nishiaoki M, Louis MA. Calcinosis Cutis and Negative Pressure Wound Therapy as Adjuncts to Surgical Management: Case Report and Review of the Literature. *Wounds*. 2018;30(3):E32-5.
- Saddic N, Miller JJ, Miller OF 3rd, Clarke JT. Surgical debridement of painful fingertip calcinosis cutis in CREST syndrome. *Arch Dermatol*. 2009;145(2):212-3. PMID: 19221282 DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archderm.145.2.212-b>
- Mendelson BC, Linscheid RL, Dobyns JH, Muller SA. Surgical treatment of calcinosis cutis in the upper extremity. *J Hand Surg Am*. 1977;2(4):318-24. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0363-5023\(77\)80136-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0363-5023(77)80136-6)
- Robertson LP, Marshall RW, Hickling P. Treatment of cutaneous calcinosis in limited systemic sclerosis with minocycline. *Ann Rheum Dis*. 2003;62(3):267-9. PMID: 12594118 DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.62.3.267>
- Harigane K, Mochida Y, Ishii K, Ono S, Mitsugi N, Saito T. Dystrophic calcinosis in a patient with rheumatoid arthritis. *Mod Rheumatol*. 2011;21(1):85-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/s10165-010-0344-0>

*Autor correspondente:

Caio Pundek Garcia

Madre Benvenuta, n° 322 - Trindade, Florianópolis, SC, Brasil

CEP 88036-595

E-mail: caio_pgarcia@hotmail.com / caio@polski.com.br