

Síndrome de Sweet em cicatriz cirúrgica* *Sweet's Syndrome on Surgical Scar**

Isadora Cavalcanti Ramos¹
Antônio José Tebcherani³

Cláudio Tudech Wiering²
Ana Paula Galli Sanchez⁴

Resumo: A síndrome de Sweet é dermatose rara, caracterizada por erupção aguda de placas e nódulos eritemato-edematosos. Relata-se o caso de doente do sexo feminino, de 55 anos, com lesão cutânea compatível com síndrome de Sweet ao redor de cicatriz cirúrgica na face, após exérese de ceratose actínica e ingestão de dipirona. O caso relatado ressalta a possibilidade da ocorrência do fenômeno de Köebner na síndrome de Sweet, provavelmente desencadeado pelo uso da dipirona.

Palavras-chave: Cirurgia; Dipirona; Ferimentos e lesões; Síndrome de Sweet

Abstract: Sweet's syndrome is a rare dermatosis, characterized by acute tender erythematous plaques or nodules. The case of a 55-year old woman with a skin lesion compatible with Sweet's syndrome surrounding a surgical scar on the face, after removing an actinic keratosis lesion, and using dipyrone is reported. The reported case points to the possibility of the occurrence of Köebner phenomenon in Sweet's syndrome, probably triggered by the use of dipyrone.

Key words: Dipyrone; Surgery; Sweet's syndrome; Wounds and injuries

INTRODUÇÃO

A síndrome de Sweet, também denominada dermatose neutrofílica aguda febril, foi primeiramente relatada por Robert Sweet em 1964.¹ Caracteriza-se pelo surgimento agudo de placas ou nódulos eritemato-edematosos, que podem ser encimados por bolhas e úlceras. As lesões tendem a ocorrer no tronco, extremidades, face e pescoço.² Embora presentes nos pacientes descritos por Sweet,¹ febre e leucocitose periférica não são achados comuns. Outras manifestações extracutâneas incluem artralgia, artrite, mialgia, conjuntivite, episclerite, úlceras orais e genitais, infiltrado pulmonar, hepatite, proteinúria e insuficiência renal.² No exame histopatológico é característico

edema na derme e infiltrado neutrofílico difuso, sem vasculite. A desordem tem sido descrita na literatura associada a várias doenças infecciosas, inflamatórias, neoplásicas e ao uso de medicamentos.² Relata-se caso de síndrome de Sweet relacionado ao uso de dipirona e exibindo fenômeno de Köebner decorrente de trauma cirúrgico.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, de 55 anos, com história de lesão dolorosa na face há três dias. Apresentava placa de 6 x 4cm, edematosa e eritematosa ao redor de cicatriz cirúrgica na região malar

Recebido em 23.11.2004.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 06.01.2006.

* Trabalho realizado no Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos - Guarulhos (SP), Brasil.

Conflito de interesse declarado: Nenhum

¹ Título de Especialista em Clínica Médica, Residente de Dermatologia do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos - Guarulhos (SP), Brasil.

² Título de Especialista em Cirurgia Plástica, Assistente de Cirurgia Plástica do Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos - Guarulhos (SP), Brasil.

³ Mestre em Dermatopatologia, Título de Especialista em Patologia, Chefe do Laboratório de Dermatopatologia do Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos - Guarulhos (SP), Brasil.

⁴ Mestre em Ciências, Título de Especialista em Dermatologia, Médica Assistente do Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos - Guarulhos (SP), Brasil.

direita (Figura 1). Usou cefalexina por sete dias sem resolução do quadro. Duas semanas antes, havia sido submetida a exérese de ceratose actínica no local, tendo feito uso de dipirona para analgesia, apesar de ter antecedente de síndrome de Sweet há 10 anos, desencadeado pelo uso do mesmo analgésico. Conjuntivite era o único sintoma constitucional. Realizados hemograma completo, velocidade de hemossedimentação, função hepática, eletrólitos, creatinina, uréia e análise urinária com resultados dentro do limite da normalidade. O exame histopatológico da lesão revelou infiltrado inflamatório neutrofílico, vasodilatação e edema na derme compatível com síndrome de Sweet. A paciente interrompeu o uso da dipirona e de cefalexina, sendo introduzido tratamento com corticóide oral. As lesões cutâneas começaram a regredir a partir de 48 horas após o início do tratamento (Figura 2), e a paciente se mantém assintomática desde então.

DISCUSSÃO

Em 1986, Su e Liu definiram critérios diagnósticos para a síndrome de Sweet.³ Eles determinaram que dois critérios maiores e dois menores devem ser encontrados para o diagnóstico. Os dois critérios maiores são aparecimento abrupto de placas ou nódulos dolorosos e infiltração dérmica neutrofílica sem sinal de vasculite. Os critérios menores são febre ou infecção precedentes; manifestações constitucionais incluindo febre, artralgias, conjuntivite ou malignidade; leucocitose e boa resposta ao uso de corticóide, mas não ao de antibióticos. Em 1986, Von den Driess et al. sugeriram adição de velocidade de

hemossedimentação aumentada na lista dos critérios menores.⁴ A paciente aqui descrita preenche os critérios diagnósticos. O quadro clínico e histopatológico são compatíveis com os critérios maiores, e conjuntivite e excelente resposta terapêutica a corticóide, com os menores.

A síndrome de Sweet é provável reação de hipersensibilidade a antígenos virais, bacterianos, tumorais ou a estímulos externos.^{5,6} Desde sua descrição original, tem sido associada a infecções; vacinações; neoplasias, bem como a doenças auto-imunes e inflamatórias, como colite ulcerativa, sarcoidose.^{6,8} Entre as neoplasias, a ocorrência mais comum é a associação com malignidades hematológicas, principalmente leucemia mielóide aguda.² São descritos casos desencadeados por hidralazina, sulfametoxazol-trimetropina, celecoxib, contraceptivo oral e fator estimulador de colônias de granulócitos.⁸

Em 1975, Guanawardena et al. observaram que a síndrome de Sweet pode exibir fenômeno de Köebner, sendo relatadas lesões em áreas fotoexpostas, lesões desencadeadas por irritação química e por trauma mecânico (em áreas de venopuntura e de pressão).^{3,9} Em 1983, Hams e Saurat discutiram o achado de lesões em sítios de vacinação e cicatrizes, sugerindo uma resposta anormal dos neutrófilos a estímulos traumáticos.¹⁰ Apresenta-se caso em que a cicatriz cirúrgica foi responsável pela localização da lesão, corroborando os achados da literatura.

A paciente em questão não apresentava malignidade ou condição parainflamatória associada, mas a dipirona ingerida deve ter causado o aparecimento da



FIGURA 1:
Placa eritemato-edematosa ao redor de cicatriz cirúrgica na região malar direita



FIGURA 2:
Lesão após 48 horas de corticoterapia oral

lesão, que se instalou sobre a cicatriz cirúrgica. A paciente referia quadro anterior desencadeado por medicamento com dipirona, e houve melhora com a interrupção do uso da dipirona e introdução da corticoterapia sistêmica. Considerando a diversidade de apresentações clínicas dessa dermatose, pode-se concluir

que um amplo espectro de influências endógenas e exógenas pode precipitar esse processo patológico ainda incerto. Os autores ressaltam a possibilidade de o fenômeno de Köebner poder ocorrer na síndrome de Sweet, bem como que medicamentos não podem ser esquecidos como causadores dessa dermatose. □

AGRADECIMENTO

Alessandra Torres Nogueira, título de Especialista em Dermatologia, médica colaboradora do Serviço de Dermatologia do Complexo Hospitalar Padre Bento de Guarulhos. Contribuiu com o diagnóstico da paciente.

REFERÊNCIAS

1. Sweet RD. An acute febrile neutrophilic dermatosis. *Br J Dermatol.* 1964;76:349-56.
2. Fett DL, Gibson LE, Su WPD. Sweet's syndrome: systemic signs and symptoms and associated disorders. *Mayo Clin Proc.* 1995;70:234-40.
3. Su WPD, Liu HH. Diagnostic criteria for Sweet's syndrome. *Cutis.* 1986;37:167-74.
4. Von den Driesch P, Gomes RS, Kiesewettwe F, Hornstein OP. Sweet's syndrome: clinical spectrum and associated conditions. *Cutis.* 1989;44:193-200.
5. Greer JM, Rosen T, Tischen JA. Sweet's syndrome with an exogenous cause. *Cutis.* 2002;51:112-4.
6. Von den Driesch P. Sweet's syndrome (acute febrile neutrophilic dermatosis). *J Am Acad Dermatol.* 1994;31:535-56.
7. Hommel L, Harms M, Saurat JH. The incidence of Sweet's syndrome in Geneva. A retrospective study of 29 cases. *Dermatology.* 1993;187:303-5.
8. Fye KH, Crowley E, Berger TG, LeBoit PE, Connolly MK. Celecoxib-induced Sweet's syndrome. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45:300-2.
9. Guanawardena DA, Guanawardena KA, Ratnayaka RMRS, Vasanathanathan NS. The clinical spectrum of Sweet's syndrome (acute febrile neutrophilic dermatosis) - a report of eighteen cases. *Br J Dermatol.* 1975;92:363-73.
10. Harms M, Saurat JH. Syndrome de Sweet. *Dermatol Venereol.* 1983;110:461-8.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Isadora Cavalcanti Ramos
Rua Canuto de Aguiar, 391, apto 600 - Meireles
60160-120 - Fortaleza - CE
Tel/Fax: (85) 326-1186 / (11) 6440-4233
E-mail: isadoraramos@terra.com.br

Como citar este artigo: Ramos IC, Wiering CT, Tebcherani AJ, Sanchez APG. Síndrome de Sweet em cicatriz cirúrgica. *An Bras Dermatol.* 2006;81(5 Supl 3):S324-6.