

# Lesão ulcerativa gigante no alto do dorso: diagnóstico diferencial para formulação de abordagem clínica

Giant ulcerative lesion on the upper back: using a differential diagnosis  
to formulate a clinical approach

Ryan David Wagner<sup>1</sup>, Harrison Phu Nguyen<sup>1</sup>, Stephen Keith Tyring<sup>2</sup>



**Figura 1.** Carcinoma basocelular gigante ulcerado no alto do dorso medindo 26cmx16cm com exposição de musculatura paravertebral e processos espinhosos torácicos. O paciente possuía tatuagem no dorso desde sua adolescência, antes do desenvolvimento da lesão



**Figura 2.** Visão da linha média sagital da espinha, por meio de ressonância magnética, demonstrando ausência do envolvimento do cordão espinhal

Homem branco, 57 anos, sem histórico médico significativo, admitido no serviço de emergência queixando-se de fadiga aumentada e tontura iniciada há 1 ano. Durante a consulta, o paciente mencionou extensa lesão ulcerativa no alto do dorso, que iniciou como pequena úlcera e progrediu ao longo de 16 anos. Durante esse período, o paciente não procurou tratamento.

Não havia histórico de malignidade, condições imunossupressoras, exposição a doença contagiosa, ou relato de viagem para fora dos Estados Unidos. Os sinais vitais estavam dentro dos padrões normais. O exame físico revelou lesão ulcerativa medindo 26cmx16cm, abrangendo os corpos vertebrais de T1 a T8, com exposição dos processos espinhosos e musculatura paravertebral

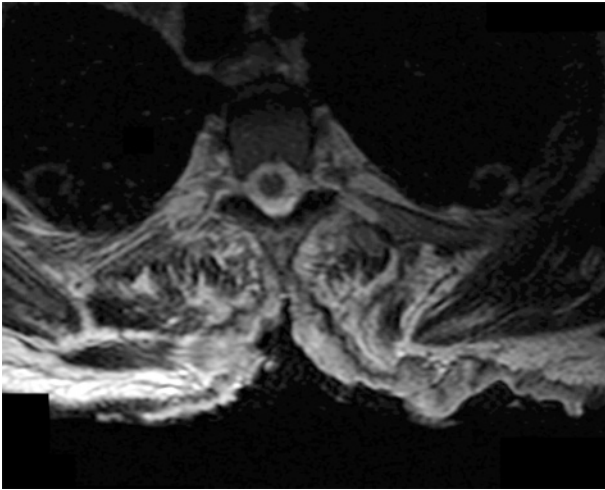
<sup>1</sup> Baylor College of Medicine, Houston, Texas, USA.

<sup>2</sup> University of Texas Medical School at Houston, Houston, Texas, USA.

Autor correspondente: Harrison Phu Nguyen – 1 Baylor Plaza – Dermatology – CEP: 77005 – Houston, Texas, USA – Tel.: 1-832-392-8889 – E-mail: harrison.p.nguyen@gmail.com

Data de submissão: 5/6/2015 – Data de aceite: 21/12/2015

DOI: 10.1590/S1679-45082016A13405



**Figura 3.** Visão axial de espinha em T5, por meio de ressonância magnética, demonstrando ausência de envolvimento do cordão espinhal

mais proeminente no nível de T5. A lesão continha áreas de sangramento pontilhados, tecido granulado e drenagem copiosa de seroma. As margens estavam bem definidas e sem lesões satélites (Figura 1). Além da palidez da pele no restante do exame físico, que incluiu avaliação neurológica completa, não foram observados outros fatores significantes. Na emergência, realizou-se tomografia computadorizada do tórax/abdômen, pélvis, além de duas biópsias individuais por punção do leito da úlcera. A tomografia computadorizada mostrou erosão dos processos espinhosos torácicos, porém não havia evidência de doença metastática. O hemograma relevou hemoglobina e leucócitos de 4,6g/dL e 6,9 células  $\times 10^3/\mu\text{L}$ , respectivamente. Na internação, o paciente recebeu transfusão devido à sua anemia assintomática e iniciou terapia com sulfato ferroso.

Apesar da ausência de sinais neurológicos no exame físico, foi solicitada ressonância magnética do dorso, para avaliar o envolvimento da coluna vertebral. Mesmo sem diagnóstico patológico, a invasão da coluna vertebral sinalizou necessidade de conduta de emergência. Foi administrada dexametasona até que os resultados da ressonância magnética confirmassem ausência de envolvimento da coluna vertebral (Figuras 2 e 3).<sup>(1)</sup> Além disso, a ressonância mostrou quadro mais detalhado da profundidade da invasão e da extensão do local, do que os resultados da tomografia computadorizada.

Formular um diagnóstico diferencial apropriado é crucial para guiar os próximos passos da conduta. Os processos patogênicos mais prováveis de úlceras cutâneas subjacentes são imunomediados, infecciosos e neoplásicos, apesar de a úlcera também poder se desenvolver secundariamente à insuficiência venosa ou a arterial crônicas.<sup>(2)</sup> A piodermite gangrenosa, que é

associada como hospedeira de doenças autoimune, incluindo doença inflamatória intestinal e artrite reumatoide, pode normalmente carregar morfologia ulcerativa similar, porém sem outras comorbidades e sintomas, como hábitos intestinais anormais ou dores articulares. O diagnóstico de piodermite gangrenosa de modo independente é improvável.<sup>(3)</sup> Para um processo infeccioso, o diagnóstico diferencial deve incluir úlcera de Buruli, que é focalmente endêmica na África Subsaariana e causada por *Mycobacterium ulcerans*; úlcera fagedênica, infecção polibacteriana com alta incidência em regiões tropicais; e fasciite necrosante, causada por cocos *Gram*-positivos.<sup>(4,5)</sup> Dessas infecções, a fasciite necrosante é associada com febre alta e progressão rápida. Devido ao não histórico de viagem do paciente, a ausência de febre e a leucocitose sugeriram processo de doença não infecciosa e, portanto, tratamento antibiótico empírico e culturas bacterianas não foram indicados. Também era improvável um etiologia vascular, dada a localização da lesão e a ausência de qualquer trauma anterior ou radiação na área.

Depois de 2 dias, os resultados histopatológicos das biópsias retornaram, e ambas as espécimes foram consistentes com carcinoma basocelular ulcerado. O paciente recebeu instruções para cuidar da ferida, teve suprimentos disponibilizados e recebeu alta, sendo encaminhado para tratamento de doença infecciosas, radiação oncológica e reabilitação física. Solicitou-se biópsia óssea, para avaliar suspeita de osteomielite. A biópsia guiada por imagem de processo espinhoso T3 confirmou osteomielite aguda com coloração de metenamina prata de Gomori negativa para elementos fúngicos, e coloração para a detecção de micobactérias negativa para bactérias ácido-álcool resistentes. Após exclusão da ressecção cirúrgica do tumor pela equipe multidisciplinar avaliadora, devido à sua extensão, foi agendada a radioterapia. A radioterapia já se mostrou efetiva para reduzir o tamanho de lesões e também para alívio dos sintomas em câncer de pele não melanoma, utilizando regime de 0-7-21 dias.<sup>(6)</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Ruckdeschel JC. Early detection and treatment of spinal cord compression. *Oncology (Williston Park)*. 2005;19(1):81-6; discussion 86, 89-92. Review.
2. Kelechi TJ, Johnson JJ, Yates S. Chronic venous disease and venous leg ulcers: An evidence-based update. *J Vasc Nurs*. 2015;33(2):36-46.
3. Wong WW, Machado GR, Hill ME. Pyoderma gangrenosum: the great pretender and a challenging diagnosis. *J Cutan Med Surg*. 2011;15(6):322-8. Review.
4. Huang GK, Johnson PD. Epidemiology and management of Buruli ulcer. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2014;12(7):855-65. Review.
5. Aribi M, Poirriez J, Breuillard F. Guess what! Tropical phagedenic ulcer. *Eur J Dermatol*. 1999;9(4):321-2.
6. Barnes EA, Breen D, Culleton S, Zhang L, Kamra J, Tsao M, et al. Palliative radiotherapy for non-melanoma skin cancer. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2010; 22(10):844-9.