

ARTRALGIAS, FEBRE E LESÕES CUTÂNEAS. UM EXERCÍCIO DIAGNÓSTICO

Bárbara Fernandes*, José António P. Silva,**
Américo Figueiredo,*** Armando Porto****

A.B., sexo feminino, 44 anos de idade, empregada doméstica. Observada pela primeira vez no serviço de Dermatologia em Outubro de 1999 apresentando lesões nodulares sub-cutâneas, dolorosas, com tonalidade eritemato-violácea, localizadas de forma bilateral à face anterior de ambas as pernas (fig.1). Estas lesões eram acompanhadas de astenia, febrícula (37-37,5° C) e poliartralgias tendo resolvido, sem sequelas, ao fim de 5 semanas. Em Dezembro de 2000 foi reobservada em consulta por modificação das características de uma cicatriz localizada à região frontal esquerda, resultante de um traumatismo aos 14 anos. Ao exame objectivo a cicatriz apresentava-se túmida, infiltrada e com tonalidade eritemato-violácea (fig.2). O quadro apresentado tinha uma evolução de cerca de 2 meses e era acompanhado de tosse seca e astenia.

Qual o seu diagnóstico?

As lesões cutâneas nodulares localizadas aos membros inferiores poderiam evocar as seguintes hipóteses diagnósticas:

- Síndrome de Sweet: as lesões características desta entidade são placas eritematosas, infiltradas, edemaciadas, com esboço de vesiculação em superfície. As localizações mais frequentes são a face, o pescoço e os membros superiores. Quando, no entanto, as lesões se localizam aos membros inferiores, podem adquirir aspectos a tipo de eritema nodoso.

São elementos para o diagnóstico diferencial a presença de lesões cutâneas noutras locais, a associação com febre (38-39°C), a presença de leucocitose com neutrofilia e, quando necessário, a biopsia cutânea que no S. de Sweet é caracterizada por marcado edema da derme e infiltrado de polimorfonucleares neutrófilos, sem vasculite.

- Vasculite nodular: onde, no entanto, as lesões são mais persistentes, predominam na face posterior das pernas, tendem a ulcerar e re-



Figura 1. Um caso de eritema nodoso

* Interna do Internato Complementar de Dermatologia

** Reumatologista, Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

*** Director do Serviço de Dermatologia, Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**** Director do Serviço de Medicina III e Reumatologia, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra



Figura 2. Um caso de eritema nodoso

solvem deixando lesões cicatríciais residuais.

- Picadas de insecto: as lesões são, por norma, mais papulosas que nodulares, intensamente pruriginosas e no interrogatório consegue-se com frequência identificar um factor epidemiológico desencadeante. Localizam-se habitualmente às áreas expostas e, portanto, as lesões podem surgir noutros locais além dos membros inferiores.
- Urticária aguda: caracterizada pelo carácter pruriginoso e móvel das lesões. Qualquer local do tegumento cutâneo pode ser afectado.
- Periarterite nodosa cutânea: onde surgem lesões nodulares sub-cutâneas dolorosas com predomínio aos membros inferiores. São elementos para o diagnóstico diferencial a distribuição ao longo de um trajecto vascular, o carácter recorrente das lesões, associação com livedo reticular, a presença de púrpura peri-lesional e, por vezes, a evolução para ulceração e necrose.

No entanto, neste contexto, de lesões nodulares sub-cutâneas inflamatórias, localizadas à face anterior das pernas, com evolução aguda e que resolvem sem deixar lesões cicatríciais, a hipótese clínica mais provável é a de eritema nodoso.

O eritema nodoso é um padrão de reacção cutâneo, caracterizado por lesões nodulares inflamatórias, dolorosas, espontaneamente regressivas, localizadas predominantemente à superfície de extensão dos membros inferiores.

Pode estar associado a várias entidades clínicas, pelo que a sua observação deve sempre desencadear a investigação da etiologia subjacente.

As causas mais frequentes são as seguintes:

- Infecção por *Streptococcus hemolítico*: surge, geralmente, 3 semanas após uma infecção respiratória superior. Classicamente nesta situação o eritema nodoso é muito inflamatório e tem um carácter potencialmente recidivante, coincidindo com reinfecções.
- Sarcoidose: geralmente associado a adenopatias mediastínicas, febre e artralguas, constituindo o S. de Löfgren.

- Yersiniose: Habitualmente num contexto de dores abdominais ou diarreia prévias.
- Outras causas infecciosas: Tuberculose, hepatite B, linfogranuloma venéreo, mononucleose infecciosa...
- Causa farmacológica: Os fármacos mais imputados são as sulfamidas e os contraceptivos orais. Em outros casos podem ser inadequadamente imputados antibióticos e anti-inflamatórios não esteróides, prescritos na fase prodromica do eritema nodoso.
- Enteropatias: Colite ulcerosa e doença de Crohn
- Outras causas: Doença de Behcet, linfomas, leucemias, post-radioterapia.

O estudo em fase aguda deve sempre incluir um hemograma, determinação da velocidade de sedimentação, doseamento das transaminases, serodiagnóstico estreptocócico, estudo bacteriológico de zaragatoa faríngea, radiografia do tórax, prova da tuberculina e coprocultura para *Yersinia*. Frequentemente (20% dos casos) não se consegue, no entanto, identificar a causa desencadeante.

No caso clínico apresentado, não existia história de processo infeccioso ou ingestão de fármacos a preceder o aparecimento do eritema nodoso e os antecedentes pessoais do doente eram irrelevantes. Dos exames complementares de diagnóstico realizados à data, o hemograma mostrou leucopenia de 3,40 G/L, a velocidade de sedimentação era de 60 mm na 1ª hora e a enzima de con-

versão da angiotensina (SACE) de 84 U/l. A radiografia do tórax mostrou adenopatias hilares bilaterais e para-traqueais à direita. O título de anti-estreptolisina, a calcémia, a calciúria, a cultura de zaragatoa faríngea e de fezes foram normais ou negativos.

Estabeleceu-se, então, o diagnóstico de S. de Löfgren, que corresponde a uma forma aguda de sarcoidose e que, clinicamente, se caracteriza pela associação de eritema nodoso, adenopatias hilares bilaterais, poliartalgias e febrícula. Atinge, habitualmente, mulheres jovens e tem bom prognóstico dada a elevada percentagem de remissões espontâneas. Por essa razão, do ponto de vista terapêutico, foi apenas medicada com anti-inflamatórios não esteróides (nimesulide 100 mg vo 2 *id*) e repouso, com resolução do quadro clínico em 6 semanas.

Em Dezembro de 2000 volta à nossa consulta por modificação das características clínicas de cicatriz antiga, que se tornou mais saliente e infiltrada. Tal facto poderia corresponder a um granuloma de corpo estranho ou a lesões de sarcoidose sobre cicatriz. Embora seja uma manifestação rara de sarcoidose, a infiltração de cicatrizes pré-vias é muito característica desta entidade. No caso presente, a associação com eritema nodoso veio consubstanciar a hipótese clínica de sarcoidose.

A biópsia cutânea da lesão cicatricial mostrou a presença de granulomas sarcoidóticos constituídos por células epitelióides, sem caseificação e com escasso infiltrado inflamatório. De salientar que biópsias realizadas em lesões de eritema nodoso, não mostram estruturas granulomatosas, mas sim as alterações características do eritema nodoso, isto é, hipodermite septal sem vasculite. Do restante estudo realizado destacava-se 3,60 G/l leucócitos, VS 69 mm na 1ª hora e SACE 95 U/l. A radiografia do tórax mostrou, tal como em

Outubro de 1999, adenopatias hilares bilaterais e para-traqueais à direita, associadas no entanto a infiltrado difuso pulmonar. O lavado broncoalveolar apresentava uma relação CD4/CD8 de 5,9. A calcémia, a calciúria, e as provas funcionais respiratórias foram normais.

Iniciou em Janeiro de 2001 tratamento com corticoterapia tópica (betametasona pomada *id*) sobre a cicatriz e corticoterapia oral (32 mg metilprednisolona p.^o *id*). Actualmente, mantém-se em consultas de Dermatologia e Pneumologia, observando-se ligeira diminuição da infiltração da cicatriz, bem como da tosse e astenia.

Endereço para correspondência:

Bárbara Fernandes
Serviço de Dermatologia
Hospitais da Universidade de Coimbra
Praceta Prof. Mota Pinto
3000-075 Coimbra
Telefone: 239 400 420
Fax: 239 400 490
E-mail: rdc7222@telepac.pt

Referências Bibliográficas

1. Crystal RG. Sarcoidosis. In: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL et al. Principles of internal Medicine. New York. McGraw-Hill, 1998: 1922-1928.
2. Sharma OP. Sarcoidosis of the skin. In: Fitzpatrick TB, Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KE, Goldsmith LA et al. Dermatology in general practice. New York. McGraw-Hill, 1999: 2099-2106.
3. Grosshans E, Laugier P. Granulomes cutanés non infectieux. In: Saurat JH, Grosshans E, Laugier P, Lachapelle JM. Dermatologie et maladies sexuellement transmissibles. Paris. Masson, 1999: 506-517.
4. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. Dermatology. Berlin: Springer Verlag, 2000: 1380-1387.