

Eritema induratum - um caso clínico

Erythema induratum – a clinical case report

Nuno Devesa*, Paulo Carrola*, Alberto Lourenço**, Mário Borges Alexandrino***,
José Júlio Alves Moura[?]

* Médico do Internato Complementar de Medicina Interna

** Assistente Graduado de Medicina Interna

*** Chefe de Serviço

[?] Director de Serviço

Serviço de Medicina II dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Recebido para publicação a 21.11.2001

Resumo

Os AA. apresentam o caso de uma doente de 48 anos de idade que apresentava lesões cutâneas em ambas as pernas, primeiramente interpretadas como eritema nodoso, e que a biopsia de pele mostrou tratar-se de um eritema induratum. Apresentam este caso pela sua raridade e possível associação a tuberculose, se bem que a sua etiologia seja ainda bastante controversa e incerta. No caso descrito não se documentou a tuberculose (apenas intradermoreacção positiva). Por ter respondido bem à terapêutica com sais de ouro, poder-se-à eventualmente questionar alguma acção bactericida deste fármaco.

Palavras chave: eritema induratum, vasculite, tuberculide

Abstract

The AA. present the case of a 48-year-old patient with skin lesions on both legs, initially diagnosed as erythema nodosum. Biopsy revealed erythema induratum. The authors present this case for its rarity and possible association with tuberculosis, although aetiology remains uncertain. In this case tuberculosis was not confirmed (only a positive tuberculin hypersensitivity reaction). Following a good response to gold compounds, the question as to whether this drug has bactericidal action, arises.

Key words: erythema induratum, vasculitis, tuberculid

Introdução

O eritema induratum, também designado de Bazin, é uma entidade clínica rara cujas publicações estão limitadas a casos clínicos ou a pequenas séries. O objectivo desta apresentação é, pois, chamar a atenção para esta patologia invulgar, geralmente auto-limitada mas que poderá estar associada a focos de infecção tuberculosa .

Caso clínico

MLSC, 48 anos, sexo feminino, comerciante, casada, natural e residente na Figueira da Foz, recorre, em Janeiro de 1999, ao seu médico de família por apresentar, em ambas as pernas, lesões cutâneas nodulares, eritematosas e dolorosas que foram interpretadas como eritema nodoso e medicadas com AINES. Em Fevereiro do mesmo ano, e por persistência das lesões, volta ao seu médico, que introduz corticoterapia. Como as lesões não regrediam o seu médico assistente encaminhou-a para a consulta externa de Medicina 2 dos H.U.C., onde a observámos pela primeira vez em Março de 1999.

Dos antecedentes pessoais e familiares nada de relevante havia a registar.

Ao exame objectivo, a doente apresentava-se com bom aspecto geral. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Encontrava-se anictérica e apirética. Não se palpavam adenomegalias. A auscultação cardiopulmonar não revelava alterações. Não eram detectáveis hepatoesplenomegalia ou outras massas abdominais, bem como sinais de ascite. Na face posterior de ambas as pernas (mas mais acentuadas à esquerda) visualizámos nódulos violáceos e dolorosos e algumas placas com as mesmas características. O exame neurológico não apresentava alterações.

Dos exames auxiliares de diagnóstico realizados salientamos:

Hemograma com plaquetas normal.

Provas de coagulação normais.

Ionograma sérico normal.

Provas hepáticas sem alterações .

Creatininemia e azoto ureico normais.

Proteinograma electroforético normal.

Velocidade de sedimentação de 6mm na 1ª hora

SACE de 34 (8-52).

ANA'S negativos

C3 e C4 normais

ICC < 0,61 (< 3,4)

Anticorpos antimicrosomais e antitiroglobulina normais

Radiografia do tórax sem alterações

Pesquisa de bacilos ácido-alcoól-resistentes na expectoração negativa

Intradermorreacção positiva (10 unidades de PPD)

Crioglobulinas negativas

A biopsia cutânea das sua lesões que revelou: “...paniculite septal e lobular... granulomas epitelióides com células gigantes multinucleadas... certo grau de fibrose... raros fenómenos de vasculite profunda...aspectos sugestivos de eritema induratum evoluído.”

Depois da realização dos exames auxiliares de diagnóstico foi instituída terapêutica com sais de ouro (auranofina).

Avaliámos a doente em Maio de 1999, constatando aparente regressão das lesões.

Discussão

O eritema induratum é uma entidade clínica bastante rara, aparecendo sobretudo no sexo feminino (4:1 em relação ao sexo masculino), cujas publicações existentes se limitam a casos clínicos e a pequenas séries¹⁻⁷. Clinicamente, caracteriza-se por lesões

cutâneas recorrentes, nodulares ou em placa, dolorosas e vermelhas, violáceas, amareladas ou rosadas, aparecendo sobretudo nas pernas; mas também nas coxas, pés, nádegas e antebraço^{1,3,4,8,9}. Evoluem para cicatriz hiper ou hipopigmentada com perda de colagénio⁴. Histologicamente, o eritema induratum caracteriza-se por paniculite lobular ou septolobular com graus variáveis de granulomatose, vasculite primária e necrose^{1,4,6,7,9,10}. A imuno-histoquímica mostra-nos macrófagos, células apresentadoras de antígenos S100+(presentes em proteínas dendríticas dos granulomas hipodérmicos), células de Langerhans, linfócitos T e raros linfócitos B^{1,3,9,11}. A etiopatogenia do eritema induratum permanece desconhecida. A presença de fenómenos de vasculite primária e de granulomas sugere um possível papel das reacções de hipersensibilidade do tipo III e IV na patogénese desta entidade⁹. Na maioria dos casos a intradermorreacção é positiva, pelo que muitos autores classificam o eritema induratum como uma tuberculide – erupção que surge em relação com foco interno de tuberculose e que regride com a terapêutica antibacilar. Usualmente, são lesões simétricas e disseminadas, podendo o foco de tuberculose não estar clinicamente activo – apesar das culturas para o bacilo da tuberculose nas lesões cutâneas serem quase sempre negativas^{1,3,6-13}. Alguns trabalhos procuraram detectar a presença de *Mycobacterium tuberculosis*, não encontrando resultados conclusivos^{7,13,14,15}. Por tudo isto e pelo facto de haver resposta positiva à terapêutica com isoniazida (isolada ou em associação com outros tuberculostáticos) – demonstrada em bastantes ensaios – muitos autores teorizam uma associação causal entre esta entidade e a tuberculose^{5,6,11,14}.

Existem ainda ensaios clínicos usando terapêutica com sais de ouro, com bons resultados (o que eventualmente poderá fazer questionar alguma actividade bactericida deste fármaco)¹⁶.

O eritema induratum de Bazin clássico era associado a tuberculose. Actualmente, o que se observa com mais frequência são quadros clínicos semelhantes mas sem associação clara a tuberculose. Estes quadros são habitualmente designados de vasculite nodular - nódulos nas pernas, com evolução crónica, cuja histologia é a da paniculite lobular com vasculite. Destes, os que se associam a intradermorreacção fortemente positiva são conotados com o eritema induratum de Bazin e tratados como tal.

O eritema induratum é, pois, uma entidade rara cuja etiopatogenia e tratamento são ainda alvo de estudo e controvérsia. É pela sua raridade e controvérsia que apresentamos e partilhamos a nossa experiência neste caso. Em comparação com o eritema nodoso, os aspectos histológicos deste são de uma paniculite septal geralmente sem vasculite que, clinicamente, não deixa cicatrizes e evolui por surtos com

aparecimento de novos nódulos, e resolução dos antigos em cerca de quatro a seis semanas⁴.

Bibliografia

1. Cho KH, Lee DY, Kim CW. Erythema induratum of Bazin. *International Journal of Dermatology* 1996; 35(11) : 802-808.
2. Collins P, Clancy L, Barnes L. Erythema induratum (Bazin's disease). *Internal Medicine Journal* 1991 ; 84(3) : 96-98.
3. Cribier B. Immunohistochemistry of nodular vasculitis. A possible role of delayed cellular hypersensitivity. *Annals of Dermatology and Venereology* 1992 ; 119(12) : 958-963.
4. Cupps Fauci. *The Vasculitides*. W.B. Saunders Company 1981 : 152-153.
5. Hassoun PM, Shepherd KE, Flotte TJ, Kazemi H. Erythema induratum and active pulmonary tuberculosis. *American Journal of Medicine* 1988; 84(4) : 784-785.
6. Lebel M, Lassonde M. Erythema induratum of Bazin. *J Am Acad Dermatology* 1986; 14(5) : 738-742.
7. Schneider JW, Jordaan HF, Geiger DH, Victor T, Van Helden PD, Rossouw DJ. Erythema induratum of Bazin. A clinicopathological study of 20 cases and detection of *Mycobacterium tuberculosis* DNA in skin lesions by PCR. *American Journal of Dermatopathology* 1995 ;17(4) : 350-356.
8. Cho KH, Chung JH. Inflammatory nodules of the lower legs: a clinical and histological analysis of 134 cases in Korea. *Journal of Dermatology* 1997; 24(8): 522-529.
9. Schneider JW, Jordaan HF. The histopatologic spectrum of erythema induratum of Bazin - *American Journal of Dermatopathology* 1997; 19(4) : 323-333.
10. Boonchal W, Suthipinittharm P, Mahaisavariya P. Panniculitis in tuberculosis: a clinicopathologic study of nodular panniculitis associated with tuberculosis. *Journal of Dermatology* 1998 ; 37: 361 –363.
11. Kuramoto Y, Alba S, Tagami H. Erythema induratum of Bazin as a type of tuberculid. *J Am Acad Dermatology* 1990; 22(4) : 612-616.
12. Imamura S. Tuberculosis of the skin. *Nippon Rinsho* 1998; 56(12) : 3144-3147.
13. Ollert MW, Thomas P, Korting HC, Schraut W, Braun-Falco O. Erythema induratum of Bazin. Evidence of T-lymphocyte hyperresponsiveness to purified protein derivative of tuberculin: report of two cases and treatment. *Archives of Dermatology* 1993; 129(4) : 469-473.

14. Chuang YH, Kuo TT, Wang CM, Wang CN, Wong WR, Chan HL. Simultaneous occurrence of papulonecrotic tuberculide and erythema induratum and the identification of *Mycobacterium tuberculosis* DNA by PCR. *British Journal of Dermatology* 1997; 137(2) : 276-281.
15. Tan SH, Tan BH, Goh CL, Tan KC, Tan MF, Ng WC, Tan WC. Detection of *Mycobacterium tuberculosis* DNA using PCR in cutaneous tuberculosis and tuberculids. *International Journal of Dermatology* 1999 ; 38(2) : 122-127.
16. Shaffer N, Kerdel FA. Nodular vasculitis (erythema induratum) : treatment with auranofin. *J Am Acad Dermatology* 1991; 25(2) : 426-429.