

Eritema Induratum de Bazin a propósito de caso clínico

Telma Barbosa¹, Ana Ramos², Virgílio Senra³, Silva Caspurro⁴, Conceição Rosário⁵, Miguel Taveira⁶

RESUMO

Os autores apresentam um caso clínico de uma entidade rara em idade pediátrica, eritema induratum de Bazin, acerca da qual ainda existe muita indefinição e controvérsia. Trata-se de uma patologia que pertence a um dos tipos de tuberculose cutânea e que se caracteriza essencialmente por lesões nodulares persistentes ou recorrentes, atingindo preferencialmente a face posterior das pernas de indivíduos do sexo feminino, com desaparecimento após terapêutica anti-tuberculosa.

O caso clínico refere-se a uma criança de 7 anos com lesões cutâneas nodulares crónicas, sem melhoria após terapêutica tópica e sistémica (antibióticos, anti-inflamatórios, corticóides). Contacto prévio com familiar com tuberculose pulmonar activa. Desaparecimento após terapêutica específica para a tuberculose.

Palavras chave: eritema induratum de Bazin; tuberculose cutânea; criança; paniculites

Nascer e Crescer 2005; 14(4): 300-303

INTRODUÇÃO

Eritema induratum é um tipo de paniculite caracterizada por lesões nodulares persistentes ou recorrentes, não dolorosas, que por vezes ulceram, localizadas habitualmente na face posterior das pernas, podendo aparecer noutras regiões, associadas a circulação eritrocianótica^(1,2,3,4,5). A resolução é lenta, mesmo com terapêutica adequada e geralmente

a cicatrização faz-se com atrofia central^(1,6). O mecanismo fisiopatológico provavelmente envolvido é uma reacção de hipersensibilidade do tipo retardado^(1,7). O estado imunológico do hospedeiro pode perpetuar a doença mesmo depois da eliminação da infecção⁽⁸⁾. As características histológicas relacionam-se com a duração das lesões e as alterações inflamatórias localizam-se à hipoderme e derme profunda, com paniculite lobular ou septolobular, geralmente difusa, com várias combinações de inflamação granulomatosa, vasculite, necrose focal e fibrose septal^(3,6,7,8).

Inicialmente descrita por Bazin (1861) como "erythème indure des scrofuleux", eritema induratum era considerado uma tuberculose, isto é, uma erupção cutânea provocada por reacção de hipersensibilidade secundária a tuberculose. Na ausência de evidência clínica de tuberculose surgiu o conceito de vasculite nodular, entidade que cursava com alterações clínicas e histológicas semelhantes ao eritema induratum^(1,6,9).

Recentemente, 2 factores contribuíram para ressurgimento do conceito inicial de eritema induratum: a) desenvolvimento da técnica de PCR ("polymerase chain reaction"); b) reaparecimento de tuberculose associada ao HIV, muitas vezes com estirpes de BK multi-resistentes^(10,11).

O diagnóstico da doença de Bazin e a sua associação com a etiologia tuberculosa baseia-se na correlação entre os aspectos clínicos e os elementos histopatológicos das lesões, nas provas tuberculínicas positivas, na presença de tuberculose activa em outros órgãos (em alguns casos) e na resposta favorável das lesões cutâneas à terapêutica anti-tuberculosa^(1,2,3).

Todas as entidades directa ou indirectamente relacionadas com a tuberculose assumem uma maior importância num país com uma elevada prevalência desta patologia como é o caso de Portugal⁽¹²⁾.

CASO CLÍNICO

J.P.T.M., 7 anos e 10 meses de idade, sexo feminino, raça caucasiana, natural e residente na Póvoa de Varzim.

Pais jovens, não consanguíneos, sem patologias de relevo excepto asma atópica no pai, irmão de 11 anos de idade saudável. Contacto esporádico com familiar (tio paterno) com tuberculose pulmonar activa em tratamento. O agregado familiar enquadra-se em índice de Graffar III.

GII, PII, gestação de termo, vigiada, parto eutócico, hospitalar, Apgar 9/10, somatometria adequada à idade gestacional, período neonatal sem intercorrências. Evolução estatura-ponderal e desenvolvimento psicomotor adequados. Plano nacional de vacinação cumprido.

A doença actual inicia-se cerca de 4 meses antes da criança ser observada no nosso hospital, com aparecimento de lesões cutâneas eritemato-papulares, que aumentaram progressivamente de tamanho e de número, localizadas na face, membros superiores, inferiores e nádegas, mais numerosas nas pernas. Algumas das lesões ulceravam e apresentavam exsudado purulento, com cicatrização e reactivação posteriores, não havendo prurido ou queixas algícas. Sem melhoria após terapêutica tópica e sistémica (antibióticos, anti-inflamatórios, corticóides). Tosse irritativa com cerca de 15 dias de evolução, sem outros sintomas, nomeadamente astenia, anorexia, emagrecimento, sudorese nocturna, febre ou adenomegalias. Referenciada à Consulta de Dermatologia e Pediatria Médica do H.C.M. Pia.

Na observação inicial, a criança tinha um bom estado geral, com peso e altura adequados, apirética, hemodinamicamente estável. A nível cutâneo, existência de lesões eritemato-violáceas, com centro atrófico nas pernas; lesões papulo-nodulares com exsudado purulento localizadas nos membros superiores

¹ Interna Complementar Pediatria;

² Assistente Hospitalar Graduado de Pediatria;

³ Chefe de Serviço de Pediatria;

⁴ Chefe de Serviço de Anatomia Patológica;

⁵ Chefe de Serviço de Dermatologia;

⁶ Assistente Hospitalar de Dermatologia.

e inferiores, mais numerosas e de maiores dimensões nas pernas (3x3 cm; 3.5x3.5 cm; 5x3 cm), com distribuição simétrica; lesões cicatriciais no couro cabeludo e na região nadegueira. Sem adenomegalias palpáveis e sem alterações osteo-articulares (fig. 1).

Orofaringe com hipertrofia amigdalina, auscultação cardio-pulmonar sem alterações, abdómen sem organomegalias ou outras alterações, sem edemas periféricos.

Dado o contexto clínico foram realizados exames complementares de diagnóstico para avaliação do estado geral do doente e repercussão sistémica da patologia:

- **Hemograma** sem alterações; VS (1º h) 50 mm; bioquímica com TGO 138 U/L, TGP 450 U/L, FA 343 U/L, γ -GT, glicose, ionograma e função renal normais; urina II e urocultura não revelaram alterações;
- **Estudo imunológico**: TASO aumentado (623 UI/ml); imunoglobulinas, C3, C4, CH50, α -1 antitripsina normais; ANA negativo;
- **Serologias** hepatite B e C, sífilis, HIV 1 e 2: negativas;
- **Radiografia pulmonar**: reforço hilar bilateral, sem outras alterações;
- **Ecografia abdominal** e **reno-pélvica**: sem alterações;
- **Prova Tuberculínica** (2U RT23): positiva (17 mm de induração);

- **Pesquisa de BK no suco gástrico** (3 amostras): exames directo e cultural negativos;

- **Exame histológico** da pele e tecido celular subcutâneo revelou processo inflamatório de comprometimento hipodérmico, embora estendendo-se à derme, que evoluiu com formação de **granulomas de tipo tuberculóide**, lesões de **vasculite** com imagens de poeira nuclear e raros focos de **necrose gordá**. A **pesquisa de bacilos A/A- resistentes foi negativa**. Quadro morfológico de **paniculite**, com aspectos que favorecem a hipótese clínica de **eritema induratum** (figs. 2 a 5).

Iniciou terapêutica com Isoniazida (5 mg/kg/dia), Rifampicina (10 mg/kg/dia), Pirazinamida (30 mg/kg/dia) durante os dois meses, seguida de tratamento duplo com Isoniazida e Rifampicina durante mais 7 meses. Boa resposta clínica, com regressão progressiva das alterações cutâneas, não se verificando lesões activas após 15 dias do início do tratamento anti-tuberculoso, apresentando actualmente lesões cicatriciais (fig. 6). Efectuou-se controlo analítico com normalização da V.S. e transaminases, mantendo TASO aumentado.

É contactado C.D.P. no sentido de se proceder ao rastreio de tuberculose nos res-

tantes elementos familiares, que se revelou negativo.

DISCUSSÃO

Portugal possui das mais elevadas taxas incidência e prevalência a nível europeu e, conseqüentemente, patologias raras como o Eritema induratum de Bazin têm uma maior probabilidade de se tornarem mais frequentes, relativamente a outros países. A tuberculose nas crianças é indicativa de transmissão recente, traduzindo uma falência do sistema de Saúde Pública no controlo da patologia⁽¹²⁾. Além da raridade e das características específicas deste caso na idade pediátrica, os autores salientam a importância da suspeita clínica no contexto epidemiológico do país.

A tuberculose cutânea é mais frequente em crianças e adultos e tem uma apresentação variável, dependendo do estado imunológico do doente e da via de atingimento cutâneo (as vias linfática e hematogénea são as mais comuns)^(1,2,6). Existem várias classificações da tuberculose cutânea mas uma das mais simples será a indicada no quadro I.

Eritema induratum é uma patologia pouco frequente de maior incidência em algumas áreas da Ásia e África do sul. Caracteriza-se por lesões nodulares persistentes ou recorrentes secundárias a foco de tuberculose não cutâneo, localizadas preferencialmente na face posterior das pernas, podendo no entanto aparecer em outros locais^(1,5,6,7,12,14). A nível histopatológico é constituído por um processo de **paniculite septal e lobular** com **vasculite neutrofilica**, áreas de **granulomas tuberculóides**, **necrose gordá** e **reação de células gigantes**, com **necrose caseosa rara**^(2,3,6,11).

Clinicamente possui características comuns com outras patologias como a **vasculite nodular**, **poliarterite nodosa**, **eritema nodoso**, **sarcoidose**^(2,4,6). O diagnóstico faz-se pela clínica, prova tuberculínica positiva, elementos histológicos, isolamento de BK noutros órgãos, resposta à terapêutica anti-tuberculosa^(3,8,11). Nem sempre é possível estabelecer uma relação entre eritema induratum e *Mycobacterium tuberculosis* devido à ausência de microorganismos demonstráveis nas lesões cutâneas^(3,9).

No caso descrito, a existência de lesões nodulares crónicas, algumas com carácter ulcerativo, com localização essencialmente nas pernas e a ausência de resposta a várias terapêuticas (antibióticos e corticóides sistémicos), associados a história de contacto com



Fig. 1 - Nódulos eritematosos com exsudado purulento.

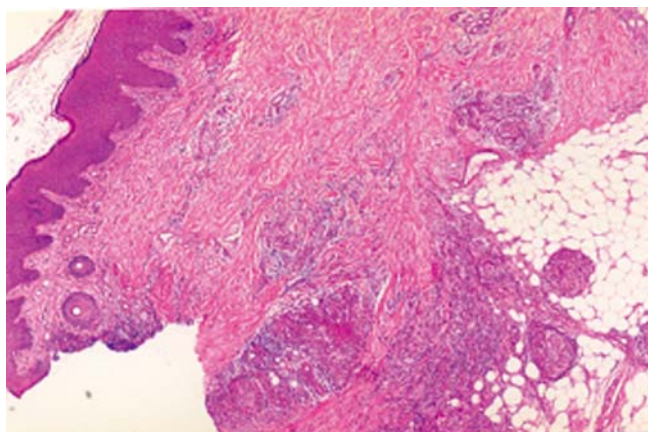


Fig. 2 - Infiltrado inflamatório de predomínio hipodérmico, com extensão à derme (H&E)

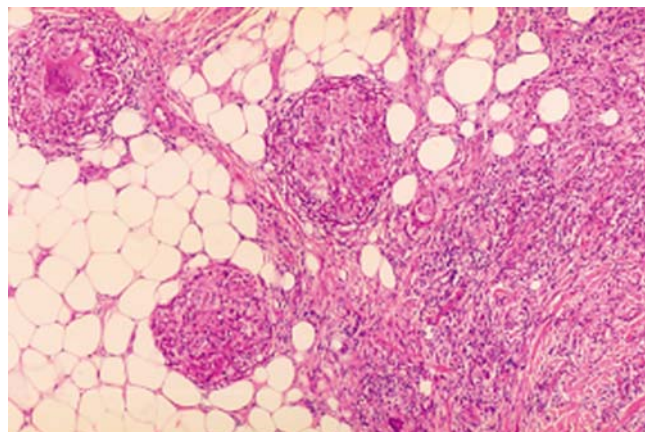


Fig. 3 - Granuloma de tipo tuberculóide; uma célula gigante multinucleada (H&E)

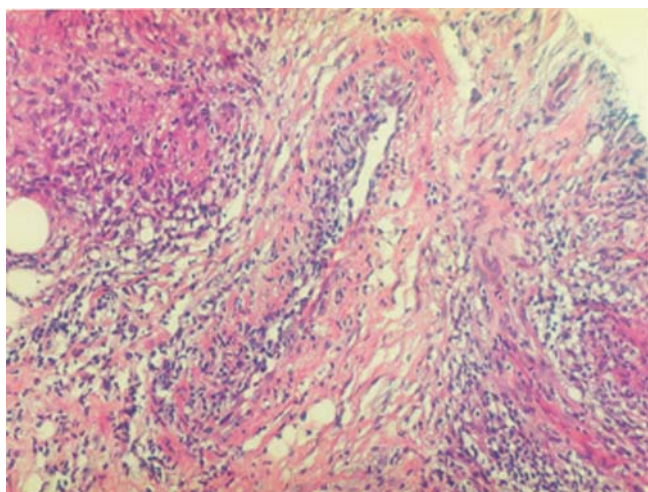


Fig. 4 - Processo inflamatório peri-vascular, com extensão à parede do vaso- vasculite (H&E).

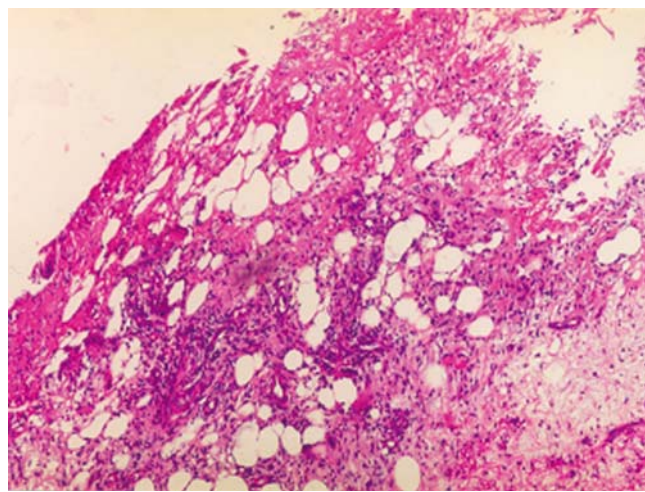


Fig. 5 - Necrose gorda e infiltrado inflamatório (H&E).



Fig. 6 - Ausência de lesões activas; cicatrização com hiperpigmentação e atrofia cutânea.

Quadro I - Classificação da tuberculose cutânea

I Tuberculose por inoculação exógena	Cancro tuberculoso Tuberculose cutânea verrucosa Lupus Vulgaris (alguns casos)
II Tuberculose secundária a dça endógena A) Contiguidade B) Auto-inoculação	Escrofuloderma Tuberculose orificial
III Tuberculose hematogénea	Tuberculose miliar aguda Lupus Vulgaris (alguns casos) Gumma
IV Tuberculides (i) micropapular (ii) papular (iii) nodular	Liquen escrofuloroso Tuberculides papulares ou papulonecróticas Eritema induratum (Bazin) ? Vasculite nodular (alguns casos)

familiar com tuberculose pulmonar activa ajudaram a estabelecer uma suspeita clínica. A prova tuberculínica positiva, apesar de não se ter isolado o agente em nenhum dos órgãos, veio reforçar a hipótese diagnóstica elaborada^(2,6,9,15,16).

Diagnóstico diferencial com outras patologias, nomeadamente: vasculite nodular, que se caracteriza por lesões não ulceradas, prova tuberculínica negativa e com resposta à corticoterapia; ectima, infecção cutânea provocada principalmente por *staphylococcus aureus* e *streptococcus pyogenes*, que atinge a derme e que se prolonga por semanas a meses e que, entre outras características (como existência de adenomegalias), melhora com a administração de antibióticos β-lactâmicos; eritema nodoso, entidade relacionada com inúmeras patologias, nomeadamente tuberculose, além de se manifestar com dor e sinais inflamatórios exuberantes (que não existiram nesta criança), as lesões nodulares em geral também não ulceram e a sua distribuição afecta preferencialmente a face anterior das pernas e regiões maleolares; doenças autoimunes, que além de cursarem com algum atingimento geral e das alterações serológicas, deveriam responder de alguma forma à corticoterapia instituída^(2,6,9). A resposta clínica aos anti-tuberculosos viria a apontar definitivamente para o diagnóstico, no caso clínico descrito.

Apesar da raridade desta patologia e da controvérsia em relação à causa e à patogénese, existem evidências circunstanciais suficientes para suportar a hipótese de que a origem da doença, neste caso, esteve relacionada com *mycobacterium tuberculosis*^(2,3).

A tuberculose continua a ser uma patologia endémica em Portugal, não diagnosticada atempadamente nas crianças, provavelmente pela falta de rastreio perante um adulto infectado⁽¹²⁾.

A CASE OF BAZIN ERITEMA INDURATUM

ABSTRAT

The authors present a case of a rare entity, Bazin's erithema induratum, which is still subject of controversy and discussion. This disease is one type of cutaneous tuberculosis, clinically with recurrent or persistent nodules that occur mainly on the calves of young women, with lesions remission after anti-tuberculous therapy.

The case is related to a 7 years old child with cronic indurated cutaneous lesions, without response to topical and sistemic therapy (antibiotics, anti-inflammatory, corticosteroids). Previous contact with familiar with active pulmonary tuberculosis. Clinical improvement after introduction of anti-tuberculous therapy.

Key-words: Bazin's erithema induratum; cutaneous tuberculosis; childhood; panniculitis

Nascer e Crescer 2005; 14(4): 300-303

BIBLIOGRAFIA

1. Champion RH, Burton JL, Ebling FJG. Textbook of Dermatology – Rook/ Wilkinson/ Ebling. Blackwell Scientific Publications. 5th Edition; 1992; 17: 524-5.

2. Schachner LA, Hansen RC. Pediatric Dermatology. 2nd Edition. Churchill Livingstone Inc; 1995; 26:1229-1242.
3. Meltzer MS. Cutaneous Tuberculosis. emedicine 2003. www.emedicine.com.
4. Heinemann C, Katz M, Elsner P. Erythema induratum of Bazin and Poncet's disease-successful treatment with anti-tubercular drugs. J Eur Acad Dermatol Venereol 2003; 17(3):334-6. www.pubmed.org.
5. Rademaker M, Lower DG, Munro DD. Erythema induratum (Bazin's disease). J Am Acad Dermatol 1989; 21: 740-5. www.pubmed.org.
6. Kwang-Hyun Cho MD. Erythema Induratum (Nodular Vasculitis). emedicine 2003. www.emedicine.com.
7. Schneider JW, Jordaan HF. The histopathologic spectrum of erythema induratum of Bazin. Am J Dermatopathol 1997; 19(4): 323-33. www.pubmed.org.
8. Fitzpatrick TB, Johnson RA, Wolf K, Suurmond D. Color Atlas & Synopsis of Clinical Dermatology. McGraw-Hill; 2001; 20: 661-671.
9. Chew GY, Henderson C, Quin JW. Erythema induratum: a case of mistaken identity. MJA 2005; 10:183-534.
10. Phelps RG, Shoji T. Update on Panniculitis. The Mount Sinai Journal of Medicine 2001; 68:262-266.
11. Hsiao PF, Tzen CY, Chen HC, Su HY. Polymerase chain reaction based detection of Mycobacterium tuberculosis in tissues showing granulomatous inflammation with demonstrable acid-fast bacilli. Int J Dermatol 2003; 42 (4): 281-6. www.pubmed.org.
12. Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose. www.dgsaude.pt.
13. Higgins E, Vivier A. Skin Disease in Childhood and Adolescence. Oxford Blackwell Science; 1996; 24: 1033-1063.
14. Fenniche S, Ben Jennet S, Marrak H, Khayat O, Zghal M, Mokhtar I. Cutaneous tuberculosis: anatomoclinical and evolutive features cases. Ann Dermatol Venereol 2003; 130 (11): 1021-4. www.pubmed.org.
15. Grupo de Trabajo de Tuberculosis de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Interpretación de la Prueba de Tuberculina en Niños. Anales de Pediatría 2003; 59: 582-585.
16. Behrman, Kliegman, Jenson. Nelson Textbook of Pediatrics. 17th Edition. Saunders; 2004; 197: 958-972.