

Tuberculose com apresentação inicial de eritema nodoso em criança: relato de caso e revisão da literatura

Tuberculosis presenting as erythema nodosum in childhood: case report and review of literature

TIAGO NEVES VERAS¹
JONAS DALACORTE²
SIMONE MULLER³
ALFREDO N. C. SANTANA⁴

RESUMO

Objetivos: o eritema nodoso é uma rara manifestação dermatológica em crianças, em especial quando secundário à tuberculose, tendo sido descritos somente três casos na população pediátrica brasileira. Este relato refere-se a uma criança com apresentação inicial de eritema nodoso e diagnóstico concomitante de tuberculose.

Descrição do caso: um paciente masculino com oito anos de idade foi hospitalizado para tratamento de nódulos eritematosos em ambas as pernas, com diagnóstico inicial de celulite. Exames radiológicos e laboratoriais eram normais. Apresentava história de contato com um adulto com diagnóstico recente de tuberculose. O teste tuberculínico mostrou reator forte. Recebeu terapia tríplice para tuberculose e evoluiu com importante melhora clínica.

Conclusões: apesar de infrequente em nosso meio, a associação entre eritema nodoso e tuberculose deve ser suspeitada através do exame clínico e da anamnese minuciosos. É preciso pesquisar outras possíveis causas para essa manifestação dermatológica, que pode apresentar várias etiologias cujo tratamento já é bem estabelecido. São necessários mais estudos para aperfeiçoar a abordagem e gerar mais evidências no seu manejo na infância.

DESCRITORES: ERITEMA NODOSO; MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS; CRIANÇA; TUBERCULOSE.

ABSTRACT

Aims: Erythema nodosum is a rare dermatologic condition in children, especially when associated with tuberculosis. There are only three cases described in Brazilian pediatric population. This case describes a child with signs of initial erythema nodosum and concomitant diagnosis of tuberculosis.

Case description: A male child, eight years-old, was hospitalized to treat erythematous nodules in both legs, with a first hypothesis of cellulitis. Laboratory and radiologic exams were normal. The child had close contact with an adult with recent tuberculosis diagnosis. Tuberculin test was positive. The patient received adequate triple anti-tuberculosis therapy and had significant improvement.

Conclusions: Despite of its low frequency, the association between erythema nodosum and tuberculosis must be considered through a detailed anamnesis and physical examination. It is necessary to investigate other conditions associated with this dermatologic manifestation, since different etiologies have specific approaches. Further studies are required to better understand this illness and the treatment of this condition in childhood.

KEY WORDS: ERYTHEMA NODOSUM; SKIN MANIFESTATIONS; CHILD; TUBERCULOSIS.

¹ Médico Pneumologista Pediátrico do Hospital Infantil Jeser Amarante Faria (HIJAF) – Joinville/SC. Mestrando em Ciências Médicas na Universidade Federal de Santa Catarina.

² Médico Cirurgião Pediátrico do HIJAF.

³ Médica Dermatologista Infantil do HIJAF.

⁴ Médico Pneumologista do Hospital Regional Público do Araguaia/IDESMA – Redenção/PA. Doutor em Pneumologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO

O Eritema Nodoso (EN) é uma rara paniculite em crianças.¹⁻³ Caracteriza-se por nódulos subcutâneos eritematosos, simétricos, dolorosos, quentes e de bordos mal definidos. Localiza-se nas superfícies extensoras das extremidades, sobretudo na região pré-tibial.^{2,4,5} O quadro persiste por quatro a seis semanas, usualmente sem apresentar ulcerações ou escarificações residuais.^{6,7} Conforme o passar das semanas, as lesões sofrem mudanças de coloração e podem simular pequenas equimoses, comuns aos traumas na infância.⁸ O diagnóstico desta condição é basicamente clínico.

O EN constitui uma reação imunológica tardia (tipo IV), na maioria das vezes associada com uso de determinados fármacos ou processos infecciosos.^{1,9-11} Infecções por micoplasma e micobactérias foram durante muitos anos os principais agentes etiológicos descritos.^{2,5} Recentemente, doenças oncológicas foram relatadas em associação com EM.¹² Por sua ampla lista de associações potencialmente tratáveis, o EN merece destaque na investigação e diagnóstico.

Por tratar-se de uma doença com tratamento bem definido, a tuberculose (TBC) deve ser pesquisada no paciente pediátrico com apresentação sugestiva de EM.^{4,13} Entretanto, a revisão da literatura evidencia apenas três casos publicados de EN secundário a TBC na população pediátrica brasileira.⁴

O objetivo deste estudo é descrever um paciente pediátrico com diagnóstico de TBC concomitante a EN e fazer uma breve revisão da literatura sobre o tema.

RELATO DO CASO

Um menino de oito anos de idade deu entrada no pronto-socorro com quadro de manchas vermelhas nas pernas e febre baixa, iniciado há três dias. Não havia relato de uso de medicações em casa. A criança era previamente saudável, sem história de alergia ou dermatoses. Havia tido contato com um adulto diagnosticado recentemente com tuberculose. O esquema vacinal estava completo, incluindo BCG.

Ao exame físico encontrava-se em bom estado geral, exame cardíaco e pulmonar normais. Otoscopia e oroscopia sem alterações. Sinais vitais dentro da normalidade. No exame tegumentar encontravam-se nódulos dolorosos, simétricos, com sinais flogísticos e bordos mal-definidos

em ambas as faces anteriores das pernas. Não se localizaram lesões por traumas ou picadas de animais (Figuras 1 e 2).



Figura 1 - Eritema nodoso na admissão.



Figura 2 - Eritema nodoso após 30 dias do tratamento com rifampicina, isoniazida e pirazinamida.

A avaliação radiológica do tórax e o hemograma completo foram normais, bem como as provas de função renal e hepática. O diagnóstico inicial na admissão foi de celulite de partes moles. Após ausência de melhora com uso de cefalosporina de segunda geração endovenosa durante 3 dias, o paciente foi avaliado por dermatologista

e pneumologista, que sugeriram diagnóstico alternativo de EN. Foram feitas sorologias para rubéola, toxoplasmose, sífilis, herpes simples e HIV, sendo todas não reagentes. A dosagem de anti-estreptolisina O estava nos limites da normalidade. Já o teste tuberculínico (PPD) mostrou reator forte (38 mm). Hemoculturas e coprocultura foram negativas. Assim, o diagnóstico final foi de EN secundário a TBC. Foi iniciado esquema tríplice para TBC (rifampicina, isoniazida e pirazinamida), após o qual houve boa resposta clínica (Figuras 1 e 2). O paciente evoluiu satisfatoriamente e recebeu alta ambulatorial após 9 meses de acompanhamento.

DISCUSSÃO

O EN constitui apresentação rara de TBC em crianças, principalmente naquelas abaixo de dois anos de idade.² Histologicamente, o EN caracteriza-se por paniculite septal ou lobular, culminando com a apresentação clínica de nódulos subcutâneos dolorosos e inflamação local de tecidos gordurosos.⁴ Na faixa etária pediátrica parece haver uma discreta predominância do sexo feminino com esta condição.^{8,14} Os principais fármacos relacionados com surgimento de EN são sulfonamidas, fenitoína, penicilinas, cefalosporinas e, principalmente, macrolídeos.⁸ O paciente descrito negava uso de quaisquer dessas drogas antes da admissão hospitalar.

Em sua casuística, Sota-Busselo et al.² descreveram a mudança proporcional na etiologia infecciosa do EN em crianças nas duas últimas décadas, com diminuição da infecção tuberculosa e aumento das causas digestivas, sobretudo *Salmonella typhimurium* e *Campilobacter jejuni*. Estes autores destacam ainda a importância da realização de coproculturas nesses pacientes e o caráter benigno da condição. O exame de coprocultura, de fácil execução, deve ser incentivado na suspeita de EN. Hassink et al.³ descreveram a importância das causas inflamatórias no surgimento de EN em crianças suíças. São várias as causas infecciosas e não infecciosas de EN na faixa etária pediátrica (Tabela 1).

Cribier et al.⁹ descreveram a infecção por estreptococo e a sarcoidose como sendo as principais etiologias na Europa Ocidental, após revisão de 129 casos. Ressaltaram a elevada prevalência de EN sem etiologia identificada (até 50% dos casos, nos quais apenas tratamento sintomático e repouso foram suficientes para

melhora do quadro). Cabe ainda destacar a importância das provas de atividade reumática na avaliação desses pacientes.

TABELA 1 – Etiologias de eritema nodoso^{1,6,12}

Bacterianas	Drogas
Campilobacter	Sulfonamidas
Clamídia	Contraceptivos orais
Leptospirose	Fenitoína
Shigella	Antibióticos
Salmonella	Brometos
Estreptococos	Neoplasias
Mycoplasma	Linfoma de Hodgkin's
Micobactéria	Leucemias
Virais	Linfomas
Citomegalovirus	Doenças Sistêmicas
HIV	Doença de Behcet
Epstein Barr	Nefropatia por IGA
Fungos e Parasitas	Sarcoidose
Blastomicose	Lúpus Eritematoso Sistêmico
Coccidioidomicose	
Histoplasma	
Amebíase	
Giardiase	

Patel et al.¹² descreveram a associação entre o surgimento de EN e um raro tipo de leucemia (tricoleucemia) em paciente que apresentava infecção concomitante por estreptococo do grupo C, sugerindo incorporar essas duas etiologias nas prováveis causas de EN.

No presente caso, o diagnóstico na admissão foi celulite de partes moles, mas após a falta de resposta à cefalosporina, o dermatologista e pneumologista sugeriram diagnóstico de EN, com provável etiologia tuberculosa. A história de contato com TBC foi chave no diagnóstico, associado ao PPD forte reator. Após a instituição do tratamento com terapia tríplice para tuberculose, a evolução clínica foi satisfatória. Embora existam relatos de remissão espontânea em casos de EN, o presente caso sugere uma resposta positiva ao tratamento antituberculoso.⁶

Concluindo, em pacientes pediátricos com apresentação inicial de EN, a possibilidade de TBC deve sempre ser investigada. Apesar do sucesso no manejo e diagnóstico deste caso, cabe ressaltar a escassez de dados com elevado grau de evidência de EN na faixa etária pediátrica, principalmente no Brasil. É fundamental a realização de mais estudos com intuito de melhorar a abordagem e aperfeiçoar a terapêutica desses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Cengiz AB, Kara A, Kanra G, et al. Erythema nodosum in childhood: evaluation of ten patients. *Turk J Pediatr.* 2006;48:38-42.
2. Sota-Busselo I, Onate-Vergara E, Perez-Yarza EG, et al. Eritema nudoso: modificación etiologica en las dos ultimas decadas. *An Pediatr (Barc).* 2004;61:403-7.
3. Hassink RI, Pasquinelli-Egli CE, Jacomella V, et al. Conditions currently associated with erythema nodosum in Swiss children. *Eur J Pediatr.* 1997;156:851-3.
4. Moraes AJ, Soares PM, Zapata AL, et al. Panniculitis in childhood and adolescence. *Pediatr Int.* 2006;48:48-53.
5. Psychos DN, Voulgari PV, Skopouli FN, et al. Erythema nodosum: the underlying conditions. *Clin Rheumatol.* 2000;19:212-6.
6. Schwartz RA, Nervi SJ. Erythema nodosum: a sign of systemic disease. *Am Fam Physician.* 2007;75:695-700.
7. Yi SW, Kim EH, Kang HY, et al. Erythema nodosum: clinicopathologic correlations and their use in differential diagnosis. *Yonsei Med J.* 2007;48:601-8.
8. Kakourou T, Drosatou P, Psychou F, et al. Erythema nodosum in children: a prospective study. *J Am Acad Dermatol.* 2001;44:17-21.
9. Cribier B, Caille A, Heid E, et al. Erythema nodosum and associated diseases: a study of 129 cases. *Int J Dermatol.* 1998;37:667-72.
10. Guerra JG, Penna GO, Castro LC, et al. Avaliação de série de casos de eritema nodoso hansênico: perfil clínico, base imunológica e tratamento instituído nos serviços de saúde. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2004;37:384-90.
11. Vashisht P, Sahoo B, Khurana N, et al. Cutaneous tuberculosis in children and adolescents: a clinico-histological study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2007;21:40-7.
12. Patel RR, Kirkland EB, Nguyen DH, et al. Erythema nodosum in association with newly diagnosed hairy cell leukemia and group C streptococcus infection. *Am J Dermatopathol.* 2008;30:160-2.
13. Sant'Anna CC, Mourgues LV, Ferrero F, et al. Diagnóstico e terapêutica da tuberculose infantil: uma visão atualizada de um antigo problema. *J Pediatr (Rio J).* 2002;78 (Suppl. 2): s205-14.
14. Labbe L, Perel Y, Maleville J, et al. Erythema nodosum in children: a study of 27 patients. *Pediatr Dermatol.* 1996;13:447-50.

Endereço para correspondência:
TIAGO NEVES VERAS
Rua Três Barras, 539 casa 01
89221-430, Joinville, SC, Brasil
Fone: (47) 3473 7858 / Fax: (47) 3433 6466
E-mail: tnveras@pneumoped.com.br