

Eritema Nodoso — Análise Retrospectiva de 12 Casos

MANUELA CALHA, ANABELA RIBEIRO, JOSÉ MAIO

Serviço de Pediatria do Hospital Distrital de Faro

Resumo

O Eritema Nodoso caracteriza-se por uma reacção cutânea associada a um grande número de doenças. Analisaram-se 12 casos clínicos de crianças internadas no Serviço de Pediatria do Hospital Distrital de Faro, entre 1980 e 1994. Verificou-se uma maior incidência no sexo feminino (7 casos) e nos primeiros seis meses do ano (8 casos). Todas as crianças tinham idades superiores a 4 anos. A localização das lesões predominou na superfície de extensão das pernas. Em 2 crianças surgiram lesões cutâneas isoladas, nas restantes houve outras manifestações clínicas associadas, nomeadamente, febre em 9 e artralguas em 6. A etiologia foi esclarecida em apenas 5 casos, sendo a infecção estreptocócica a mais frequente. Todos os doentes efectuaram terapêutica antiestreptocócica.

Palavras-chave: Eritema Nodoso, lesões cutâneas, crianças.

Summary

Erythema Nodosum is a cutaneous reaction associated with a variety of diseases. The authors review 12 cases in children admitted to the Department of Paediatrics among 1980 and 1994. The incidence was superior in females (7 cases) and in the first 6 months of the year (8 cases). The lesions predominated in the extensor surfaces of the lower extremities. In two children the cutaneous lesion appear isolated and in the remainder existed others clinical signs: fever (9 cases), arthralgia (6 cases). Aetiology was known in 5 cases and streptococcal infections were the most frequent. All the patients were submitted to anti streptococcal therapy.

Key-words: Erythema nodosum, cutaneous reaction, children.

Introdução

O Eritema Nodoso (E.N.), descrito pela primeira vez em 1798 por William ^(1, 2), caracteriza-se por uma reacção cutânea constituída por nódulos eritematosos e dolorosos, localizados de modo simétrico, preferencialmente nas superfícies de extensão das pernas podendo, com menor frequência, atingir as coxas, os membros superiores e até o pescoço e a face ^(1, 3). Do ponto de vista histológico, caracteriza-se por uma paniculite septal sem vasculite ^(2, 4).

Os nódulos podem acompanhar-se de sintomatologia sistémica como febre, mal estar, artralguas e/ou artrite ^(3, 5).

É uma doença autolimitada, de regressão espontânea em 3 a 6 semanas, sem deixar qualquer tipo de atrofia ou cicatriz ^(1, 2, 3, 5, 6, 7).

O E.N. associa-se a uma grande variedade de situações (Quadro I), pelo que se torna necessária uma investigação cuidadosa em relação aos vários agentes etiológicos ^(1, 8).

Com o objectivo de um melhor conhecimento desta entidade na nossa região, nomeadamente a nível de etiologia, fizemos uma revisão estatística dos casos de E.N. internados no nosso Serviço.

QUADRO I
Etiologia do Eritema Nodoso

Infecções-Infestações	Medicamentos
Bactérias:	Anticonceptivos orais
Estreptococos	Sulfamida
M. Tuberculosis	Brometos
Yersinia	Iodetos
Salmonela	Salicilatos
Campylobacter	
F. Tularensis	
M. Leprae	Hepatopatias
Leptospira	Hepatite B
Vírus:	Hepatite por drogas
Epstein Barr	Hepatite autoimune
Hepatite B	
Fungos:	
Tinea	Colagenoses
Coccidiomicose	Vasculites
Bastomicose	L.E.S.
Histoplasmose	
Esporotricose	
Helmintas:	D. Malignas
Ascaris Lumbricoides	L.M.C.
Teania Solium	D. Hodgkin
Protozoários:	Linfomas
E. Histolítica	
Giardia	D. Inflamatórias Intestino
Toxoplasmose	
Tripanossoma	
Plasmodium	
Rickettsia	Sarcoidose
Clamydia	
Mycop. Pneumoniae	Idiopática

Material e Métodos

Efectuou-se um estudo retrospectivo incluindo todas as crianças com idade inferior a 12 anos, internadas no Serviço de Pediatria do Hospital Distrital de Faro, com o diagnóstico de E.N., no período de tempo compreendido entre Janeiro de 1980 e Junho de 1994 (14 anos e 6 meses).

Os parâmetros analisados foram: sexo, idade, variação sazonal, localização das lesões, existência ou não de sintomatologia sistémica, antecedentes patológicos relacionados com a doença, exames complementares realizados, etiologia, formas de tratamento e evolução da doença (1,4).

A etiologia tuberculosa foi considerada, conforme os critérios expostos no Quadro II, sendo a reacção de Mantoux realizada com 2 U de PPD (9).

QUADRO II
Etiologia Tuberculosa

	Sem BCG	Com BCG	
Induração	≥ 10 mm	> 3 anos ≥ 15 mm	< 3 anos ≥ 20 mm

Considerou-se etiologia estreptocócica quando houve demonstração de estreptococos β-hemolíticos do grupo A em exsudado da orofaringe ou elevação seriada dos títulos de antiestreptolizina O (TASO) (10). O diagnóstico de presumivelmente estreptocócica baseou-se numa história clínica de amigdalite nas três semanas que antecederam a doença conjuntamente com elevação do TASO para valores > 200 UI/ml (3).

Considerou-se leucocitose valores de leucocitos superiores a 12000/mm³, neutrofilia valores superiores a 8400/mm³ e velocidade de sedimentação (VS) elevada se superior a 20 mm na 1.ª hora.

Resultados

No período de tempo analisado, foram internadas 12 crianças com o diagnóstico de E.N..

Verificou-se uma variação sazonal, com 8 casos registados nos primeiros 6 meses do ano e 4 no segundo semestre.

A distribuição por sexos revelou 7 crianças do sexo feminino e 5 do sexo masculino.

Não se registaram casos até aos 4 anos de idade. A idade média de apresentação foi de 7.8 anos, oscilando entre os 5 e os 12 anos. (Figura 1)

Todas as crianças apresentaram lesões cutâneas nas superfícies de extensão das pernas, 3 tinham concomitantemente lesões nos membros superiores a 2 nas nádegas.

Apenas 2 crianças tiveram estritamente lesões cutâneas; todas as outras apresentaram outras manifestações clínicas, nomeadamente: febre em 9 e artralgias em 6.

Nos antecedentes relacionados com a doença, 5 crianças tiveram odinofagia nas 3 semanas que precederam o início das lesões cutâneas, 1 teve pneumonia e 1 diarreia.

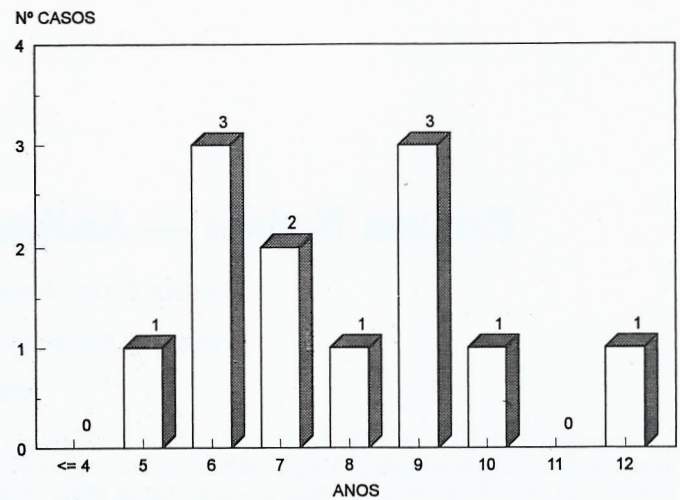


FIGURA 1 – Distribuição etária.

Dos exames complementares (Quadro III) destacamos que os teleradiogramas do tórax em A.P. realizados em todas as crianças foram normais.

QUADRO III
Exames Complementares

Leucocitose e Neutrofilia	9/12	75%
VS > 20 mm/1.ª h	9/11	82%
TASO > 200 UI/ml	6/11	55%
Exsudado orofaringe +	2/8	25%
Mantoux +	1/12	8%
Tx tórax normal	12/12	100%

As alterações laboratoriais mais frequentemente encontradas foram leucocitose e neutrofilia em 9 casos; elevação da VS em 9; subida do TASO em 6, embora só em 2 casos tenha havido elevação substancial dos títulos entre duas determinações com 3 semanas de intervalo.

Apenas 2 crianças apresentaram positividade para estreptococos β-hemolíticos do grupo A no exsudado da orofaringe.

O teste Tuberculínico, efectuado em todas as crianças, foi positivo apenas numa, tendo havido uma induração de 50 mm com PPD a 2 U.

Foram pedidos marcadores imunológicos em 7 crianças, sendo todos negativos.

Foi realizada biopsia cutânea numa criança, tendo sido confirmado o diagnóstico clínico pela histologia.

A etiologia da doença foi esclarecida em 5 casos: estreptocócica 3, presumivelmente estreptocócica 1, tuberculosa 1.

Todos os doentes fizeram terapêutica antiestreptocócica: 11 com penicilina e 1 com eritromicina. Uma criança fez terapêutica com tuberculostáticos.

Todas as crianças fizeram repouso, 3 fizeram ácido acetilsalicílico e 1 fez corticoterapia em ambulatório nos dias que precederam o internamento.

A média de dias de internamento foi de 11.7, variando entre 5 e 25 dias.

O número médio de duração da doença foi de 15.4 dias, variando de 7 dias até um caso em que as lesões cutâneas persistiram durante 90 dias.

Discussão

O E.N. é uma entidade pouco frequente na idade pediátrica, a sua importância baseia-se sobretudo, na necessidade de uma pesquisa rigorosa do agente etiológico e no tratamento da doença de base ⁽¹⁾.

Devemos assinalar que os resultados por nós obtidos têm valor limitado devido à escassez da amostra estudada, no entanto, atrevemo-nos a tecer algumas considerações e conclusões.

Tal como o referido na literatura encontrámos um maior número de casos no Inverno e Primavera, o que estará possivelmente relacionado com a maior prevalência de doenças infecciosas nessa época do ano ⁽³⁾.

Houve uma maior frequência em crianças do sexo feminino, embora esta prevalência seja característica do adulto e não da idade pediátrica onde a distribuição é praticamente igual nos dois sexos ^(1, 2, 3).

O E.N. é uma patologia rara antes dos 6 anos, vai aumentando progressivamente a sua incidência para atingir um pico máximo pela segunda e terceira décadas de vida ^(1, 2, 5). Também entre nós não foram diagnosticados casos em crianças com menos de 5 anos de idade. A maioria dos casos reportou-se à idade escolar, como noutras séries consultadas ^(3, 4).

A localização das lesões é predominante na face anterior das pernas, o que ocorreu na totalidade dos casos analisados ^(3, 4).

Também concordante com a literatura foram os sintomas acompanhantes mais frequentes: febre e artralgias ^(1, 3). Fazemos um destaque, no entanto, para os dois casos em que surgiram lesões cutâneas isoladas.

A etiologia do E.N. varia conforme o grupo etário considerado, sendo a doença infecciosa a mais frequente na infância ^(1, 3, 5). No nosso estudo a etiologia estreptocócica foi a mais frequente. O E.N. ocorre nas 3 semanas que seguem uma infecção respiratória alta por estreptococos β -hemolíticos do grupo A, numa altura em que o exsudado da orofaringe pode ser negativo. Deste modo, só a elevação do TASO em 2 determinações com 2 a 4 semanas de intervalo, pode confirmar o diagnóstico. Tivemos 3 casos em que se verificou esse aumento seriado do TASO, o que nos permitiu o diagnóstico de certeza. Num outro caso houve uma clínica de amigdalite e TASO elevado numa única determinação, o que nos permitiu colocar como hipótese muito provável a infecção estreptocócica.

O E.N. associado à tuberculose parece coincidir com a primo infecção tendo sido uma etiologia muito frequente antes da vacinação sistemática pelo BCG ⁽¹⁾. Na nossa série encontrámos 1 caso de origem tuberculosa com reacção de Mantoux com uma induração de 50 mm de diâmetro.

Finalmente uma referência para o número elevado (41.7%) de casos em que não se conseguiu esclarecer a etiologia, tendo em consideração outros estudos que apontam para 25-30% de formas idiopáticas ^(1, 3, 4). Este facto alerta-nos para a necessidade de uma investigação diagnóstica mais alargada, principalmente para outros agentes infecciosos comuns em Pediatria, nomeadamente: salmonela, shigella, clamídia, mycoplasma, parasitas intestinais e a Sarcoidose.

Todas as crianças fizeram terapêutica antiestreptocócica, pensamos que esta atitude embora discutível, é defensável uma vez que a etiologia estreptocócica é das mais comuns na idade pediátrica. No entanto, se outra causa for evidenciada essa terapêutica será suspensa e deverá ser iniciada terapêutica adequada à doença de base. Devemos ter, contudo, a noção de que a administração precoce de penicilina pode impedir a subida do TASO e ter consequências não desejáveis a nível de investigação etiológica, o que poderá ter ocorrido em alguns dos nossos doentes.

BIBLIOGRAFIA

1. Mirante A, Teixeira I, Salgado M, Santos E, Fonseca N. Eritema nodoso na criança – casuística. *Saúde Infantil* 1992; 14: 183-191.
2. Bonli EE, Lazarus GS. Panniculitis. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolf K et al, eds. *Dermatology in General Medicine*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 1987: 1131-1148.
3. Torre JAC, Martín JJD, García RC, García CB, Polo ER, Hernández MC. Estudio Clínico-epidemiológico del eritema nodoso en 23 casos pediátricos. *Rev Esp Pediatr* 1994; 50: 230-234.
4. Aizalde EA, Gorroategui PG, Palma FL, Pereda RG, Tejera GU, Pina MP, Andrade YA. Eritema nodoso en pacientes pediátricos. Un estudio de 22 casos. *An Esp Pediatr* 1993; 39: 191-193.
5. Jarizzo JL. Blood vessel – Based inflammatory disorders. In: Moschella SL, Hurley HJ, eds. *Dermatology*. 3rd ed. Philadelphia: W B Saunders Company, 1992: 577-593.
6. Rodellas AC, Jiménez R. Aspectos Pediátricos de la patologia Dermatologica. In: Hernández MC, ed. *Pediatría*. 4th ed. Barcelona: Editorial Romargraf, 1980: 2353-2376.
7. Ryan TI. Cutaneous vasculitis. In: Rook et al, eds. *Textbook of Dermatology*. 5th ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1992: 1883-1961.
8. Daniel Su WP. Diseases of the subcutaneous tissue. In: Moschella SL, Hurley HJ, eds. *Dermatology*. 3rd ed. Philadelphia: W B Saunders Company, 1992: 1312-1332.
9. Amaral I, Lopes R, Guimarães J, Barreto C, Bandeira T, Pinto LM. Tuberculose Infantil. In: Dias PG, ed. *Temas de Infecçologia Pediátrica*. 2nd ed. Lisboa: Glaxo Farmacêutica, 1993: 83-109.
10. Schaller JG, Wedgwood RJ. Eritema Nodoso. In: Behrman RE, Vaughan VC, eds. *Nelson Tratado de Pediatria*. 13th ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 1990: 519.

Correspondência: Manuela Calha
Serviço de Pediatria do Hospital Distrital de Faro
8000 Faro