

Apresentação atípica do eritema indurado de Bazin

Atypical presentation of erythema induratum of Bazin



Bruno Correia Ernandes^{1*}

Jequélie Cássia Gomes Duarte¹

Denise do Socorro da Silva Rodrigues¹

¹Instituto Clemente Ferreira, São Paulo, São Paulo, Brasil



Submetido: 12 março 2025

Aceito: 1 junho 2025

Publicado: 29 julho 2025

***Autor para correspondência:**

Bruno Correia Ernandes

E-mail: brenandes@hotmail.com

RESUMO

O acometimento cutâneo pela tuberculose é incomum e compreende diversas entidades clínicas, dentre elas o eritema indurado de Bazin, cuja apresentação clássica envolve nódulos violáceos ou placas nodulares, com tendência à ulceração e com evolução em “surto”. Neste relato descrevemos um caso de apresentação clínica atípica do eritema indurado de Bazin numa paciente de 17 anos que apresentava lesões crostosas, descamativas e hiperemiadas em membros inferiores, com evolução progressiva há cerca de três anos e sem quaisquer sinais de comprometimento sistêmico. A investigação diagnóstica corroborou a hipótese aventada através de vínculo epidemiológico e estudo anatomopatológico compatível, bem como por descartar os diagnósticos diferenciais mais comuns. A paciente evoluiu com melhora clínica após o início do tratamento da tuberculose e obteve involução completa das lesões ao final do esquema terapêutico específico.

Descritores: Tuberculose Extrapulmonar; Tuberculose Cutânea; Paniculite; Relatos de Casos.

ABSTRACT

Cutaneous involvement in tuberculosis is uncommon and includes several clinical entities, including the erythema induratum of Bazin, whose classic presentation involves purplish nodules or nodular plaques that tend to ulcerate and evolve into outbreaks. In this report, we describe a case of atypical clinical presentation of erythema induratum of Bazin in a 17-year-old patient who presented with crusty, scaly and hyperemic lesions on her legs, which had been progressing for approximately 3 years without signs of systemic involvement. Diagnostic investigation corroborated this hypothesis through the epidemiological link and compatible anatomopathological studies and by ruling out the most common differential diagnoses. The patient showed clinical improvement after starting the anti-tuberculosis medications, and the lesions completely disappeared at the end of the treatment.

Headings: Tuberculosis; Extrapulmonary; Tuberculosis; Cutaneous; Panniculitis; Case Reports.

INTRODUÇÃO

O acometimento cutâneo pela tuberculose é incomum, correspondendo a cerca de 1-2% de todas as formas extrapulmonares¹⁻³. Esta relativa baixa ocorrência da tuberculose cutânea soma-se à baixa positividade dos exames microbiológicos¹ no sentido de ressaltar a importância da apresentação clínica que, juntamente com outras ferramentas diretas ou indiretas, deve sugerir e permitir o diagnóstico adequado.

DOI: 10.5935/2764-734X.e20250660

Aqui descrevemos um caso desafiador de tuberculose cutânea numa apresentação atípica do que se conhece como “eritema indurado de Bazin”.

RELATO DO CASO

A paciente era uma moça de 17 anos, previamente hígida, natural e procedente da cidade de Guarulhos no Estado de São Paulo, encaminhada a um serviço ambulatorial de referência por lesões de pele em membros inferiores há cerca de três anos, com piora nos últimos três meses. Referia já ter recebido tratamento prévio com corticoide tópico prescrito em outros serviços que, todavia, não teve efeito algum. Negava febre, perda ponderal, sudorese, sintomas respiratórios ou quaisquer outras queixas sistêmicas. Relatava não ter havido trauma prévio no local das lesões, negava realização de atividades de jardinagem ou aquáticas, tendo sempre residido em área urbana e trabalhado apenas em atividades administrativas. Referia, entretanto, ter tido contato com familiar diagnosticada com tuberculose pulmonar há cerca de 14 anos.

Ao exame físico, apresentava lesões crostosas, hiperemiadas, descamativas, com bordas irregulares em ambos os membros inferiores. Estas lesões eram indolores, não pruriginosas, com sensibilidade tátil e térmica preservadas, a maior delas medindo 10 cm em região posterior de membro inferior direito (Figura 1). Segundo a própria paciente, as lesões sempre mantiveram este mesmo aspecto, entretanto aumentaram de tamanho mais recentemente, sobretudo a do membro inferior direito.



Figura 1. Lesões cutâneas na região posterior (A) e anterior (B) do membro inferior direito antes do tratamento da tuberculose.

Na abordagem inicial do caso, foi considerada como mais provável alguma etiologia infecciosa (fúngica ou micobacteriana), sem ignorar possíveis doenças autoimunes ou mesmo neoplasias. Foram solicitados, assim, exames laboratoriais para investigação de doenças sistêmicas, comorbidades e imunossupressão associadas, a saber: hemograma, marcadores inflamatórios (proteína C reativa e velocidade de hemossedimentação), pesquisa de autoanticorpos, função renal e enzimas hepáticas, cujos resultados foram todos dentro da normalidade. Também foram não reagentes as sorologias para HIV, sífilis e hepatites B e C. Apesar da ausência de queixas respiratórias, o contato prévio com tuberculose justificou a realização de uma tomografia computadorizada de tórax que também foi considerada normal. A prova tuberculínica (PPD), entretanto, evidenciou reação de 19mm, enquanto o ensaio de liberação do interferon-gama (IGRA) foi positivo, confirmando assim o diagnóstico de infecção latente por *Mycobacterium tuberculosis*.

Optou-se, então, pela biópsia da lesão do membro inferior direito, cujo estudo histológico evidenciou paniculite lobular com áreas granulomatosas, infiltrado linfocitário e discreta eosinofilia; a pesquisa direta de fungos e a baciloscopia foram ambas negativas. Uma outra amostra biopsiada do membro inferior esquerdo, por sua vez, revelou fibrose e angiomatose com processo inflamatório crônico granulomatoso focal e residual, também com pesquisa de fungos e baciloscopia negativas. Decidiu-se, enfim, por iniciar tratamento específico com esquema básico (rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol) para tuberculose, observando-se melhora gradual até a involução completa das lesões ao final dos seis meses de tratamento, restando apenas uma hiperpigmentação residual. Não houve recidiva das lesões decorridos já 18 meses de seguimento (Figura 2).



Figura 2. Manchas hipercrômicas sequelares na região anterior da perna direita ao final do tratamento (A) e nas regiões posterior (B) e anterior (C) do mesmo membro após 18 meses de tratamento.

DISCUSSÃO

Descrita pela primeira vez em 1826 por Theophile Laennec (antes mesmo do isolamento do *M. tuberculosis* por Robert Koch em 1882), a tuberculose cutânea compreende entidades clínicas diversas que variam de acordo com o *status* imunológico do hospedeiro, seu padrão de resposta humoral e celular, a via de inoculação do microrganismo na pele e características bacteriológicas como a patogenicidade da cepa^{1,2}. A tuberculose cutânea pode ser classificada em: (1) exógena, quando há inoculação primária do patógeno. Inclui o cancro tuberculoso e a tuberculose verrucosa cutis; (2) endógena, quando há disseminação por via hematogênica, por contiguidade ou por autoinoculação. É o caso do escrofuloderma, a tuberculose orificial, o lúpus vulgar, a tuberculose miliar aguda e a tuberculose gomosa; e (3) as tubercúlides, quando ocorre reação de hipersensibilidade ao *M. tuberculosis*. Corresponde à vasculite nodular, à tubercúlide papulonecrótica, ao líquen escrofuloso e ao eritema indurado de Bazin (EIB)^{1,4,5}.

O diagnóstico de EIB baseia-se sobretudo na apresentação clínica, na história epidemiológica (ainda mais evidenciada pelo PPD e IGRA), em achados histológicos compatíveis e, assim como foi no nosso caso, na resposta ao tratamento⁶⁻⁸. Clinicamente, o EIB apresenta-se como uma erupção nodular de evolução crônica, descrita classicamente como placas nodulares violáceas com tendência à ulceração, as quais costumam evoluir em “surtos”. As lesões acometem mais caracteristicamente os membros inferiores e são mais comuns em mulheres jovens^{1,4-6,9}. No caso aqui descrito, a paciente pertencia ao gênero feminino e estava na faixa etária mais comumente acometida, além das lesões na pele corresponderem à topografia habitual. Estas se apresentaram, porém, de maneira descamativa, crostosa, sem bordos regulares e de evolução fixa e progressiva, ao invés das placas nodulares violáceas clássicas com evolução em “surtos” - por isso outras formas de acometimento cutâneo pela tuberculose também foram consideradas. A paciente não apresentava, entretanto, história compatível com eventual inoculação externa do patógeno (forma de aquisição da tuberculose verrucosa cutis) e não havia sinais de tuberculose ativa em outros sítios (incluindo os pulmões), tornando pouco provável a disseminação hematogênica característica do escrofuloderma¹. Vale ressaltar ainda que a investigação laboratorial não foi sugestiva de infecção fúngica e de doenças autoimunes, afastando-se de vez a hipótese de uma neoplasia através das biópsias.

Histologicamente, o EIB caracteriza-se por uma paniculite granulomatosa septal, lobular ou mista, com infiltrado composto por linfócitos, histiócitos, plasmócitos

e células gigantes multinucleadas, podendo ainda haver necrose caseosa^{1,4}. Certo grau de vasculite envolvendo artérias e veias do tecido adiposo pode estar presente, porém ela não é considerada requisito obrigatório para o diagnóstico de EIB^{4,6,8,10-12}. Todavia é marcante nesta entidade a negatividade da baciloscopia e da pesquisa de DNA de *M. tuberculosis*, podendo a cultura de micobactérias ser eventualmente positiva em alguns casos. O PPD e o IGRA, por outro lado, são sempre positivos^{1,4,9,13,14}, embora o EIB também possa ocorrer na concomitância de tuberculose ativa em outro foco^{8,9}. Os achados histológicos da biópsia realizada no membro inferior direito da nossa paciente foram compatíveis com a descrição clássica do EIB na literatura, inclusive em relação à ausência de vasculite^{4,10,12}, o que também pode justificar a ausência de necrose^{1,2}. Apesar do infiltrado granulomatoso, porém, a histologia do membro inferior esquerdo diferiu da descrição clássica pela ausência da paniculite propriamente dita, o que até pode ser explicado pelo local da biópsia e o tempo já prolongado de evolução^{4,12}. Vale ainda ressaltar uma peculiaridade do nosso caso que foi constatar a presença de eosinófilos em uma das amostras, achado histológico que não encontramos descrito na literatura sobre EIB até então publicada^{1,4,12}. Acredita-se que a reação de hipersensibilidade no EIB seja mediada por células do tipo IV, com participação de linfócitos T, macrófagos e células de Langerhans^{1,4,5,7} e não por eosinófilos, o que mais uma vez denota o espectro pleomórfico de apresentação da doença.

Em relação ao tratamento, o uso das medicações do esquema básico para tuberculose alcança boa resposta clínica, tal como foi com nossa paciente^{1,4,5}. Alguns autores sugerem, no entanto, a necessidade de estender o tratamento por períodos mais prolongados, enquanto outros defendem a manutenção da isoniazida em monoterapia após o término do esquema básico e outros ainda argumentam a favor do uso de doxiciclina, iodeto de potássio, dapsona e talidomida como adjuvantes para o controle do componente inflamatório^{1,9}.

CONCLUSÃO

O EIB é uma forma de apresentação pouco frequente da tuberculose e o caso aqui relatado ilustra bem a ocorrência de formas atípicas que precisam ser lembradas diante de lesões cutâneas crônicas, mesmo sem a constatação microbiológica, molecular ou histológica de micobactérias nas amostras biopsiadas. Os antecedentes epidemiológicos corroborados pelo diagnóstico de tuberculose latente mostraram-se de grande importância neste contexto, tendo a boa resposta ao tratamento empírico sido a responsável pela definição diagnóstica específica.

“Este relato de caso goza de uma declaração oficial de sua instituição de origem com a devida ciência e aprovação ética, além de ter sido submetido à revisão por pares antes da sua publicação. Os autores declaram não haver nenhum tipo de patrocínio ou conflito de interesses. Vale ressaltar que os relatos de caso são um valioso recurso de aprendizado para a comunidade científica, mas não devem ser utilizados isoladamente para guiar opções diagnósticas ou terapêuticas na prática clínica ou em políticas de saúde. Este é um artigo de livre acesso, distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License (CC-BY), os quais permitem acesso imediato e gratuito ao trabalho e autoriza qualquer usuário a ler, baixar eletronicamente, copiar, distribuir, imprimir, procurar, estabelecer um link para indexação, ou utilizá-lo para qualquer outro propósito legal, sem solitar permissão prévia à Editora ou ao autor, desde que a origem de sua publicação e autoria sejam devidamente citadas.”

REFERÊNCIAS

1. Brito AC, Oliveira CMM, Unger DA, Bittencourt MJS. Cutaneous tuberculosis: epidemiological, clinical, diagnostic and therapeutic update. *An Bras Dermatol*. 2022 Mar/Apr;97(2):129-44. DOI: 10.1016/j.abd.2021.07.004
2. Chen Q, Chen W, Hao F. Cutaneous tuberculosis: A great imitator. *Clin Dermatol*. 2019 May/Jun;37(3):192-9. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2019.01.008
3. Nguyen KH, Alcantara CA, Glassman I, May N, Mundra A, Mukundan A, et al. Cutaneous Manifestations of Mycobacterium tuberculosis: A Literature Review. *Pathogens*. 2023 Jul;12(7):920. DOI: 10.3390/pathogens12070920
4. Mascaró JM, Baselga E. Erythema induratum of bazin. *Dermatol Clin*. 2008 Oct;26(4):439-45. DOI: 10.1016/j.det.2008.05.007
5. Babu AK, Krishnan P, Dharmaratnam AD. Erythema Induratum of Bazin – Tuberculosis in disguise. *J Dermatol Surg Jan*;2015;19(1):66-8. DOI: 10.1016/j.jdds.2014.03.001
6. Dharmadji HP, Suwarsa O, Sutedia E, Pangastuti M, Gunawan H, Makarti K. Erythema Induratum of Bazin Accompanied by Atrophy of the Subcutaneous Fat. *Int Med Case Rep J*. 2021 Nov 15;14:777-81. DOI: 10.2147/IMCRJ.S336088
7. Tehrani YA, Toutous-Trellu L, Trombert V, Reny JL, Kaya G, Prendki V. A Case of Tuberculous Granulomatous Panniculitis without Vasculitis. *Case Rep Dermatol*. 2015 Jul;7(2):141-5. DOI: 10.1159/000435831
8. Magalhães TS, Dammert VG, Samorano LP, Litvoc MN, Nico MMS. Erythema induratum of Bazin: Epidemiological, clinical and laboratorial profile of 54 patients. *J Dermatol*. 2018 May;45(5):628-69. DOI: 10.1111/1346-8138.14260
9. Maio P, Vieira R, Pacheco A, Cardoso J. Eritema Induratum de Bazin – um caso numa doente com tuberculose ganglionar activa. *J Port Soc Dermatol Venereol*. 2013;70(1):131. DOI: 10.29021/spdv.70.1.50
10. Daher EF, Silva Júnior GB, Pinheiro HC, Oliveira TR, Vilar ML, Alcântara KJ. Erythema induratum of Bazin and renal tuberculosis: report of an association. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2004 Sep/Oct;46(5):295-8. DOI: 10.1590/s0036-46652004000500013
11. Sayeed SJB, Hossain MA, Moniruzzaman M, Malik AS, Rahman S. Erythema Induratum of Bazin, a Rare Manifestation of Cutaneous Tuberculosis: A Case Report. *J Med*. 2022;23(2):165-8. DOI: 10.3329/jom.v23i2.60635
12. Segura S, Pujol RM, Trindade F, Requena L. Vasculitis in erythema induratum of Bazin: A histopathologic study of 101 biopsy specimens from 86 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2008 Nov;59(5):839-51. DOI: 10.1016/j.jaad.2008.07.030
13. Brandão Neto RA, Carvalho JF. Erythema induratum of Bazin associated with Addison's disease: first description. *Sao Paulo Med J*. 2012;130(6):405-8. DOI: 10.1590/S1516-31802012000600008
14. Yang K, Li T, Zhu X, Zou Y, Liu D. Erythema induratum of Bazin as an indicative manifestation of cavitary tuberculosis in an adolescent: a case report. *BMC Infect Dis*. 2021 Aug;21(1):747. DOI: 10.1186/s12879-021-06454-4