

Paniculite no recém-nascido: relato de um caso

Panniculitis in the newborn: report of a case

Fernando Bastos¹, Liliana Thaureaux Pérez², Caridad Ponce de León Narváes², Olívia Costa², Maria Ódia Inácio de Sousa e Silva², Rui Carlos Souto da Silva³, Joaquim Carlos Vicente Dias Van-Dunem⁴, Sandra Maria da Rocha Neto de Miranda⁵, Lemuel Bornelli Cordeiro⁴, Tininha Ernesto Tembo², Rosa Vinene de Almeida⁶, Ana Maria Vaz da Conceição⁷

RESUMO

Os autores apresentam um caso clínico de paniculite no recém-nascido, uma afecção rara no período neonatal, discutindo suas prováveis causas e diagnóstico diferencial, enfatizando possível diagnóstico de eritema nodoso.

Descritores: Paniculite; Eritema nodoso; Recém-nascido; Relatos de casos

ABSTRACT

The authors present a case of panniculitis in a newborn, a rare disease in the neonatal period discussing its causes and differential diagnosis, emphasizing a possible diagnosis of erythema nodosum.

Keywords: Panniculitis; Erythema nodosum; Infant, newborn; Case reports

INTRODUÇÃO

Paniculite é um processo inflamatório do tecido celular subcutâneo, que pode ser primário ou representar uma reação induzida por um processo sistêmico. Alguns tipos de paniculite são particularmente encontradas em crianças, como o eritema nodoso, a necrose gordurosa do subcutâneo do recém-nascido (RN), o *sclerema neonatorum*, e a paniculite a frio⁽¹⁾.

O eritema nodoso (EN) é um processo inflamatório do tecido celular subcutâneo, como resultado de uma reação de hipersensibilidade antigênica. Ocorre paralelamente a várias doenças, incluindo processos infecciosos

(como tuberculose, hanseníase, doença de Chagas, estreptococcias, entre outros), sarcoidose, doenças reumatológicas, distúrbios autoimunes, doenças malignas e ainda pela ação de drogas ou pela gravidez⁽²⁻⁵⁾.

Nos países desenvolvidos, as infecções estreptocócicas e a sarcoidose são apontadas como as causas mais comuns de EN, uma vez que casos de tuberculose, doença de Chagas e hanseníase não são muito frequentes, diferentemente do que ocorre nos países em desenvolvimento⁽⁶⁾.

As mulheres são mais acometidas, com frequência de três a seis vezes maior que no gênero masculino⁽⁷⁻⁹⁾. Antes da puberdade, não existe predileção por sexo. O EN ocorre em todas as raças e parece não haver diferença na ocorrência dessa afecção em áreas rurais ou urbanas⁽⁹⁾.

Clinicamente, caracteriza-se por lesões nodulares eritematosas, dolorosas, distribuídas simetricamente nas faces extensoras dos membros inferiores principalmente, podendo ocorrer no tronco^(4,9,10). Tem involução espontânea após 3 a 6 semanas do início do edema, sem deixar cicatriz ou atrofia da pele⁽⁵⁾.

O diagnóstico baseado apenas no quadro clínico deve ser feito com cuidado, sendo corroborado pelos achados histopatológicos provenientes da biópsia de pele e subcutâneo, que permitirão o diagnóstico diferencial com outras doenças que podem apresentar o mesmo quadro clínico^(5,10,11).

O tratamento, de preferência, deve ser feito com o uso de drogas anti-inflamatórias não esteroides, uma

¹ Serviço de Neonatologia da Clínica Girassol – Luanda, Angola.

² Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Clínica Girassol – Luanda, Angola.

³ Serviço de Cirurgia Pediátrica, Clínica Girassol – Luanda, Angola.

⁴ Gabinete de Ensino e Pesquisas, Clínica Girassol – Luanda, Angola.

⁵ Serviço de Epidemiologista da Clínica Girassol – Luanda, Angola.

⁶ Serviço de Dermatologia e Cirurgia Dermatológica, Clínica Girassol – Luanda, Angola.

⁷ Serviço de Diagnósticos e Terapêutica, Clínica Girassol – Luanda, Angola.

Autor correspondente: Fernando Bastos – Rua Minas Gerais, 180 – CEP 122307-060 – Jacareí (SP) – Brasil – Tel.: (11) 3955-3444 – E-mail: fernandobastos@yahoo.com.br

Data de submissão: 3/5/2011 – Data de aceite: 1/11/2011

vez que a evolução do EN tem características benignas e os corticoides podem, no caso de etiologia infecciosa, ser um fator de disseminação da infecção⁽⁴⁾.

A necrose gordurosa do subcutâneo do RN ocorre, em geral, nas primeiras semanas de vida em RNs a termo que tiveram parto traumático. Sua incidência não é bem conhecida; tem sido relatada em RNs de parto a fórceps, que sofreram anoxia perinatal ou esfriamento, e a fatores de risco maternos, como diabetes, dislipidemia, pré-eclâmpsia, hipertensão, uso de cocaína, hábito de fumar, gestantes em uso de bloqueadores de canal de cálcio e trombose materna. Sua principal complicação é a hipercalemia que, se não tratada, pode levar até mesmo à morte⁽¹²⁻¹⁴⁾. Outras complicações incluem hipoglicemia, trombocitopenia e hipertrigliceridemia⁽¹⁴⁾.

O *sclerema neonatorum* é uma afecção que atinge RNs prematuros, caracteriza-se por um endurecimento rápido e generalizado da pele, com uma taxa de até 75% de mortalidade^(14,15).

A paniculite a frio está ligada ao resfriamento de RN. É encontrada em RNs a termo e se manifesta sob forma de nódulos nas áreas aonde o frio foi aplicado. É condição benigna e a resolução ocorre sem complicações^(15,16).

DESCRIÇÃO DO CASO

RN do sexo masculino, 2.460 g, raça negra, idade gestacional de 39 semanas, parto cesáreo por circular de cordão, sob anestesia geral endovenosa ocorrido na clínica Girassol, em Luanda, Angola. A mãe foi acompanhada em pré-natal, que decorreu sem intercorrências, e negava doenças familiares. O RN na sala de parto apresentou boletim de Apgar baixo (1º minuto: 1; 5º minuto: 5; e 10º minuto: 7), tendo sido submetido a manobras de reanimação. Foi ventilado por respirador manual e foram realizadas aspiração e lavado brônquico com saída de mecônio em grande quantidade. As mucosas estavam normo-coradas. Levado imediatamente à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e colocado em incubadora em ventilação mecânica assistida na modalidade assisto-controlada. Notava-se secreção meconial impregnada na pele da criança. Após 2 horas de assistência ventilatória mecânica, houve grande melhora do padrão respiratório, saturação de oxigênio e redução da fracção inspirada de oxigênio (FiO_2), que, no início, era de 100% e, no momento da saída da ventilação mecânica invasiva, era de 50%. Realizada, então, a extubação do RN. Instalado CPAP nasal com FiO_2 de 40%, o que conferiu bastante conforto e eficácia à ventilação espontânea do paciente. Permaneceu assim estável e sem alterações. Dois dias depois, foi observado edema em

toda a região do dorso do RN, desde a região occipital, ombros e região toracolombar, atingindo membros inferiores até calcâneos e planta dos pés. Na face também observou-se o mesmo padrão do edema; contudo, a região anterior do corpo, excetuando a face, não o apresentava. O edema era endurecido, empastado, dando uma impressão de “couraça”, com a presença de intensa celulite e nódulos de coloração mais clara que a pele negra túrgida pelo edema (Figuras 1 a 3). Dos exames laboratoriais realizados: dosagem de cálcio sérico 2,0 mMol na primeira semana de vida; 2,15 mMol na segunda semana; 2,10 mMol antes da alta. Glicemia manteve-se sempre acima de 70 mg/dL. Hemograma sempre dentro dos limites normais para a idade. Realizada uma biópsia de pele e tecido celular subcutâneo, que confirmou a hipótese de paniculite septal compatível com EN (Figuras 4 e 5). Seguiu-se, então, a investigação diagnóstica das possíveis etiologias para essa condição. A infecção estreptocócica e a possível etiologia tuberculosa foram as principais no elenco de possíveis etiologias, uma vez que a infecção estreptocócica é apontada pela literatura como principal fator desencadeador de EN, e a tuberculose, por tratar-se de área endêmica. A mãe foi, então, investigada, para afastarmos a tuberculose congênita, por transmissão pelo canal de parto. Dois abscessos no ombro e no rosto manifestaram-se com flutuação e o material da drenagem foi enviado para análise microbiológica, na qual foi recuperado *Streptococcus sp.* Foi também realizado o teste de Mantoux (PPD), antes da vacinação de BCG, que não acusou reação para o bacilo de Koch. O RN respondeu muito bem à utilização de penicilina cristalina na dose de 50 mg/kg/ a cada 4 horas. Recebeu alta com 21 dias de vida, apresentando melhora gradativa das lesões. Em seguimento ambulatorial constatou-se o desaparecimento completo das lesões.



Figura 1. Lesões no braço e ombro do recém-nascido



Figura 2. Lesões no dorso do recém-nascido



Figura 3. Lesões no braço do recém-nascido

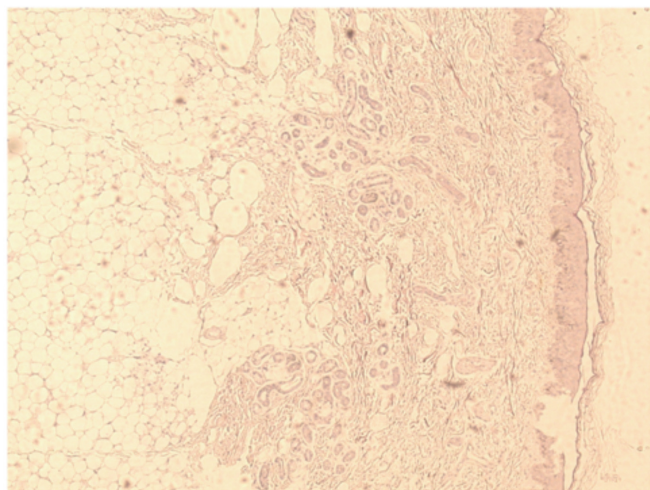


Figura 4. Microscopia das lesões do recém-nascido – fragmento de pele de ombro

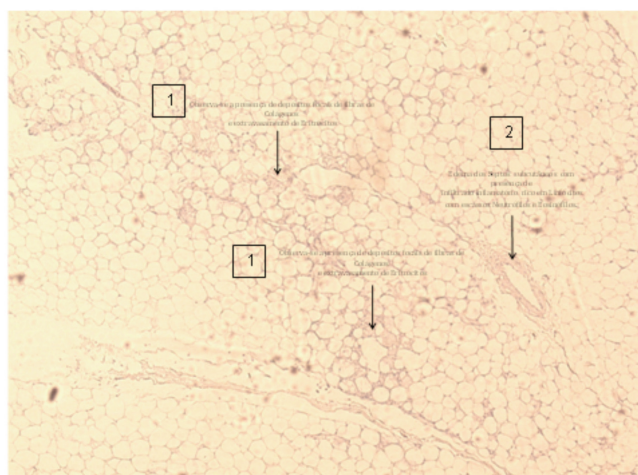


Figura 5. Depósitos focais de colágeno e extravasamento de eritrócitos (1). Edema de septo subcutâneo com infiltrado inflamatório (2)

DISCUSSÃO

A paniculite é considerada entidade rara no período neonatal⁽⁹⁾. No caso presente, o aparecimento de nódulos eritematosos subcutâneos, embora de localização atípica, sugeriram a doença.

A biópsia foi necessária para que se estabelecesse o diagnóstico definitivo de EN, consubstanciado na presença de edema septal e infiltrado inflamatório com predominância de linfócitos, poucos neutrófilos e eosinófilos, extravasamento de eritrócitos e depósitos focais de fibras de colágeno.

Embora não tivessem sido identificados os nódulos de Miescher, considerados como marcadores da doença, mas, por vezes, podem não ser encontrados, necessitando um estudo de cortes seriados⁽⁹⁾.

Classicamente, a infecção tuberculosa tem sido descrita como agente causal que está implicado com maior frequência na etiologia desse processo, sobretudo em crianças⁽¹¹⁾. Contudo, em locais onde a tuberculose foi virtualmente eliminada, o agente mais comumente encontrado é o estreptococo beta-hemolítico⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. A questão da etiologia, no caso presente, é discutível. O estreptococo encontrado no material de drenagem dos nódulos pode ter sido apenas contaminação secundária, pois o EN é uma reação de hipersensibilidade tardia, sem a presença de germes⁽⁵⁾.

Por se tratar de um RN que teve asfixia perinatal, o principal diagnóstico diferencial a ser feito é com necrose gordurosa subcutânea. Contudo, nessa afecção, seu aparecimento é identificado depois da primeira semana de vida, há hipercalcemia, o quadro histológico é diverso e o desaparecimento das lesões é muito mais lento, demorando varias semanas a meses⁽¹⁵⁾. A paniculite encontrada no presente caso, por ser predominantemente

septal, com vasculite ausente, sem necrose gordurosa, e na ausência de hipercalcemia, afastou o diagnóstico de necrose gordurosa subcutânea.

Uma outra afecção que poderia ser considerada seria a paniculite a frio, contudo não havia comemorativos clínicos que subsidiassem essa hipótese^(15,16). O *sclerema neonatorum* é afecção grave, presente em RNs prematuros, o que afastou esse diagnóstico⁽¹⁵⁾.

Ao conduta terapêutica consistiu no uso de antibioticoterapia e tratamento de suporte, conforme indica a literatura^(1,9,10).

Apresentou-se um caso de EN em RN, afecção rara no período neonatal, enfatizando-se a importância do diagnóstico histológico para se estabelecer um diagnóstico definitivo.

REFERÊNCIAS

- Polcari IC, Stein SL. Panniculitis in childhood. *Dermatol Ther*. 2010; 23(4):356-67.
- Fernandes NC, Macieira J, Muniz MM. Erythema nodosum: prospective study of 32 cases. *Rev Inst Med Trop*. 1994;36(6):507-13.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Outbreak of erythema nodosum of unknown cause - New Mexico, November 2007-January 2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2009;58(48):1347-51.
- Requena L, Yus ES. Erythema nodosum. *Semin Cutan Med Surg*. 2007;26(2):114-25.
- Yi SW, Kim EH, Kang HY, Kim YC, Lee ES. Erythema nodosum: clinicopathologic correlations and their use in differential diagnosis. *Yonsei Med J*. 2007;48(4):601-8.
- Schwartz RA, Nervi SJ. Erythema nodosum: a sign of systemic disease. *Am Fam Physician*. 2007;75(5):695-700.
- Tay YK. Erythema nodosum in Singapore. *Clin Exp Dermatol*. 2000;25(5):377-80.
- Cribier B, Caille A, Heid E, Grosshans E. Erythema nodosum and associated diseases. A study of 129 cases. *Int J Dermatol*. 1998;37(9):667-72.
- Requena L, Requena C. Erythema nodosum. *Dermatol Online J*. 2002;8(1):4. Review.
- Sota Busselo I, Oñate Vergara E, Pérez-Yarza EG, López Palma F, Ruiz Benito A, Albisu Andrade Y. [Erythema nodosum: etiological changes in the last two decades]. *An Pediatr (Barc)*. 2004;61(5):403-7. Spanish.
- Torrel A, Hernández A. Panniculitis in children. *Dermatol Clin*. 2008;26(4):491-500, vii. Review.
- Mahé E, Girszyn N, Hadj-Rabia S, Bodemer C, Hamel-Teillac D, De Prost Y. Subcutaneous fat necrosis of the newborn: a systematic evaluation of risk factors, clinical manifestations, complications and outcome of 16 children. *Br J Dermatol*. 2007;156(4):709-15.
- Aljaser F, Weinstein M. A 1-week-old newborn with hypercalcemia and palpable nodules: subcutaneous fat necrosis. *CMAJ*. 2008;178(13):1653-4.
- Zhou W, Wiesenthal A, Carr V, Allison A, Kelly B, Gibson B. A firm plaque on the back of a newborn. *Dermatol Online J*. 2010;16(2):11.
- Gómez-Fernández C, Feito Rodríguez M, Collantes Bellido E, Ybarra Zabala M, de Lucas Laguna R. [Indurated plaque on the back of a newborn after undergoing whole-body cooling]. *An Pediatr (Barc)*. 2011;74(1):64-6. Spanish.
- Quesada-Cortés A, Campos-Muñoz L, Díaz-Díaz RM, Casado-Jiménez M. Cold panniculitis. *Dermatol Clin*. 2008;26(4):485-9, vii.
- Labbe L, Perel Y, Maleville J, Taieb A. Erythema nodosum in children: A study of 27 patients. *Pediatr Dermatol*. 1996;13(6):447-50.
- Garty BZ, Poznanski O. Erythema nodosum in Israeli children. *Isr Med Assoc J*. 2000;2(2):145-6.
- Kakourou T, Drosatou P, Psychou F, Aroni K, Nicolaidou P. Erythema nodosum in children: a prospective study. *Am Acad Dermatol*. 2001;44(1):17-21.