

Relato de Caso

Lesões sobre cicatrizes, uma das manifestações da sarcoidose*

Infiltration of old scars: a manifestation of sarcoidosis

PAULO RICARDO MARTINS SOUZA, RODRIGO PEREIRA DUQUIA,
GERSON VETORATTO, HIRAM LARANGEIRA DE ALMEIDA JUNIOR

Relata-se o caso de uma paciente de 41 anos, negra, que apresentou infiltração de cicatrizes pré-existentes na face, decorrentes de acidente automobilístico havia dez anos. O exame histológico de biópsia de pele evidenciou granuloma não caseoso sugestivo de sarcoidose e a tomografia de tórax demonstrou linfadenomegalia mediastinal. Não foi realizado tratamento e a paciente apresentou regressão espontânea das lesões.

We report the case of a 41 year-old black woman who presented a sudden infiltration of old scars of her face. These scars were from a car accident 10 years prior. Histological analysis of a skin biopsy revealed non-caseous granulomas consistent with sarcoidosis, and computed tomography of the thorax revealed enlarged mediastinal lymph nodes. The lesions regressed spontaneously and no treatment was required.

J Bras Pneumol 2004; 30(6) 585-7.

Descritores: Sarcoidose/complicações. Cicatriz/etiologia. Granuloma/complicações.

Key words Sarcoidosis/complications. Cicatrix/ethiology. Granuloma/complications.

INTRODUÇÃO

A sarcoidose é uma doença granulomatosa sistêmica, não-infecciosa, de etiologia desconhecida, caracterizada pela presença tecidual de granuloma epitelióide não caseoso, achado histológico que pode ser encontrado em vários órgãos.

A suspeita clínica pode ser feita a partir de alterações em vários órgãos. O reconhecimento de lesões cutâneas sugestivas da doença facilita o diagnóstico clínico e serve de local para biópsia, o que evita procedimentos caros e invasivos.

A sarcoidose pode apresentar várias formas cutâneas, tais como eritema nodoso, alopecia cicatricial, lúpus pérmio, lesões papulares, em placas, anulares, ulceradas e sobre cicatrizes, sendo a última uma das variantes mais característica clinicamente e de menor prevalência.

Os autores relatam o caso de uma paciente de 41 anos que apresentou aumento espontâneo e significativo de cicatrizes antigas, achado característico da doença.

RELATO DO CASO

Uma paciente do sexo feminino, com 41 anos, de cor preta, cozinheira, apresentou-se no ambulatório referindo que havia oito meses começara a apresentar aumento importante de lesões na face (Figura 1), onde apresentava cicatrizes atróficas decorrentes de traumatismo por acidente automobilístico havia dez anos. Apresentava-se hipertensa, obesa, negava qualquer doença prévia, ou uso de medicação ou manipulação no local da lesão.

* Trabalho realizado no serviço de residência médica de Dermatologia da Santa Casa de Porto Alegre, Posto G – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Endereço para correspondência: Paulo Ricardo Martins Souza, Rua Quintino Bocaiúva 1234 Ap. 1003
90440-050 Porto Alegre RS. E-mail: pm.souza@terra.com.br

Recebido para publicação, em 13/1/04. Aprovado, após revisão, em 28/5/04

Observavam-se na região malar direita lesões eritemato-pápulo-acastanhadas queloidiformes bem delimitadas e em número de oito, medindo em torno de 3 cm. Foram levantadas duas hipóteses diagnósticas: dermatose factícia, devido à disposição geométrica das lesões, e sarcoidose sobre cicatrizes. Foi realizada biópsia com *punch* em uma das lesões da face da paciente.

O exame anatomopatológico mostrou presença de granuloma não caseoso sugestivo de sarcoidose. As pesquisas de bacilo álcool-ácido resistente no escarro e no material biopsiado foram negativas. Um radiograma de tórax de 1.996 apresentava linfadenomegalia mediastinal superior e hilar, sem evidência de lesão pleuro-pulmonar, e outro, de 1997, mostrava redução das adenomegalias hilares e paratraqueais à direita, em comparação com o exame anterior. A tomografia computadorizada de tórax, realizada em 2003, apresentava importantes adenomegalias simétricas que comprometiam grosseiramente os gânglios das cadeias broncopulmonares, sub e pré-carinais e paratraqueais à direita, sem evidência de lesão intersticial (Figura 2). O radiograma das mãos estava sem alterações, o hemograma com hemoglobina de 10,7 g/dl, hematócrito de 35%, leucograma com 3900 leucócitos e 128.000 plaquetas, teste de Mantoux fortemente reator, cálcio iônico 4,4 mg/dl, calciúria < 150mg/24hs, creatinina de 0,9, ausência de cristais e células ao exame comum de urina, VSG de 9 mm, espirometria normal e avaliação oftalmológica sem alterações.

A conduta adotada foi a de tratamento expectante, tendo em vista que esta doença apresenta oscilações, podendo ocorrer involução mesmo sem tratamento. Houve regressão completa das lesões cinco meses após a primeira avaliação (Figura 3).

DISCUSSÃO

A sarcoidose cutânea pode apresentar-se como manifestação única da doença ou ser acompanhada de comprometimento de outros órgãos. Segundo a *American Thoracic Society*, nem todas as formas requerem tratamento sistêmico, apenas os casos com envolvimento cardíaco, do sistema nervoso central, ocular e com hipercalcemia devem receber medicação sistêmica. O envolvimento pulmonar não requer obrigatoriamente tratamento, a não ser que o paciente esteja sintomático, ou tenha perda de função pulmonar.



Figura 1 - Lesões queloidiformes na face

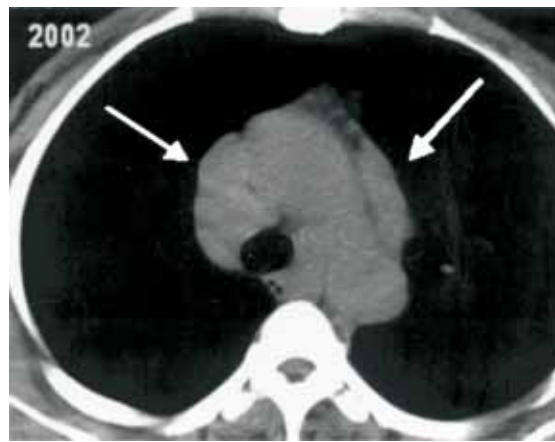


Figura 2 - Importante linfadenomegalia bilateral

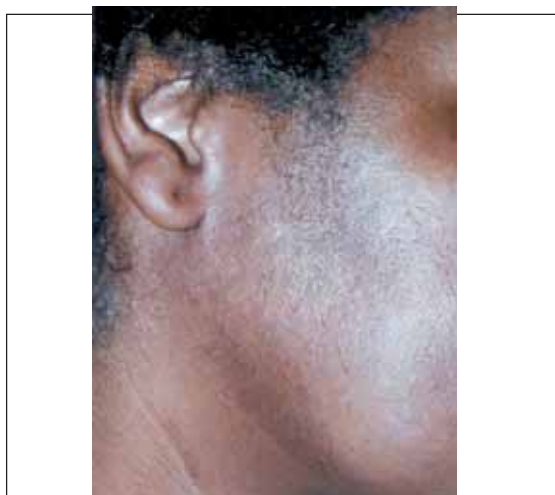


Figura 3 - Regressão espontânea e total das lesões

As lesões de pele ocorrem em um terço dos casos, e são predominantes na face e membros⁽¹⁾. Existem várias apresentações cutâneas da doença, como sarcoidose em placas infiltradas⁽²⁾, pápulas disseminadas com o clássico aspecto em geléia de maçã ou infiltração do nariz no lúpus péneo^(3,4). Mais raramente ocorrem ulcerações⁽⁵⁻⁷⁾, eritrodermia⁽⁵⁾, dactilite⁽³⁾, lesões hipocrômicas⁽³⁾, alopecia cicatricial^(5,6), lesões ungueais⁽⁶⁾ e erupção liquenóide⁽⁶⁾.

Além das manifestações supracitadas, existe a sarcoidose sobre cicatrizes, que é uma das formas de manifestação clínica mais específica e menos prevalente⁽⁸⁾. Este tipo de apresentação caracteriza-se pelo surgimento tardio de lesões cutâneas características de sarcoidose em locais de traumatismo prévio da pele. São relatados na literatura traumatismos por rituais de escarificação⁽⁸⁾, cicatrizes de herpes zoster⁽⁹⁾, tatuagens⁽¹⁰⁾, locais de punção venosa⁽¹¹⁾ e de injeção de dessensibilização⁽¹²⁾. Na literatura brasileira há apenas um relato de caso de sarcoidose em cicatrizes prévias⁽¹³⁾ e sem acometimento extra-cutâneo.

Niels *et al.* realizaram um estudo prospectivo com 188 pacientes com diagnóstico de sarcoidose cutânea e encontraram acometimento pulmonar em 138 deles. Nesse mesmo estudo, analisando a correlação entre os tipos cutâneos de lesões de sarcoidose e o comprometimento sistêmico, nos 26 casos de sarcoidose sobre cicatrizes, foram encontrados 20 pacientes com comprometimento pulmonar⁽⁶⁾.

A paciente relatada apresentava reação positiva à tuberculina, apesar de ela classicamente ser negativa na sarcoidose. Há relatos na literatura de alguns casos com essa reação positiva^(14,15). Em uma série de 39 pacientes irlandeses, 28% apresentavam tanto a reação de Kvein quanto a tuberculínica positivas⁽¹⁶⁾.

Na busca do diagnóstico, muitas vezes realizam-se exames caros e invasivos, como a mediastinoscopia, expondo o paciente a riscos desnecessários na tentativa de se obter material para o estudo anatomopatológico. O reconhecimento, pelo clínico, de lesões cutâneas sugestivas da sarcoidose oferece alternativa fácil, segura e de baixo custo para a confirmação histológica da doença.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Ana Maria Baptista Menezes, pela correção do artigo e apoio dado durante toda minha carreira; ao Dr. Roberto Lopes Gervini e ao Dr. Joel Schwartz pelo apoio, paciência e dedicação prestados a mim e aos meus colegas de residência.

REFERÊNCIAS

1. Alabi GO, George AO. Cutaneous sarcoidosis and tribal scarifications in West Africa. *Int J Dermatol.* 1989;28:29-31.
2. Miranda MFR, Rodrigues ANE, Brito AC. Sarcoidose em placas. *An Bras Dermatol.* 1982;57:35-7.
3. Jacyk WK. Cutaneous sarcoidosis in black South Africans. *Int J Dermatol.* 1999;38:841-5.
4. Milanez M, Bernardes O, Barros C. Sarcoidose. *An Bras Dermatol.* 1984;59:191-3.
5. Caro I. Scar sarcoidosis. *Cutis.* 1983;32:531-3.
6. Veien NK, Stahl D, Brodthagen H. Cutaneous sarcoidosis in caucasians. *J Am Acad Dermatol.* 1987;16:534-40.
7. Dinato SLM, Lavedonio SE, Romiti N. Lesões cutâneo-ulcerosas na sarcoidose. *An Bras Dermatol.* 1996;71:491-4.
8. Nayar M. Sarcoidosis on ritual scarification. *Int J Dermatol.* 1993;32:116-8.
9. Bisaccia E, Scarborough DA, Carr RD. Cutaneous sarcoid granuloma formation in herpes zoster scars. *Arch Dermatol.* 1983;119:788-9.
10. Murdoch SR, Fenton DA. Sarcoidosis presenting as nodules in both tattoos and scars. *Clin Exp Dermatol.* 1997;22:254.
11. Burgdorf WHC, Hoxtel EO, Bart BJ. Sarcoid granulomas in venopuncture sites. *Cutis.* 1979;24:52-3.
12. Healsmith MF, Hutchinson PE. The development of scar sarcoidosis at the site of desensitization injections. *Clin Exp Dermatol.* 1992;17:369-70.
13. Almeida Jr. HL, Jannke HA. Sarcoidose em cicatrizes prévias. *An Bras Dermatol.* 2004;79:79-82.
14. Pfau A, Abd-EL-Raheem T, Landthaler M. Positive Tuberkulinreaktion bei Sarcoidose. *Hautarzt.* 1995;46:250-4.
15. Shen SY, Hall-Craggs M, Posner JN, Shabazz B. Recurrent sarcoid granulomatous nephritis and reactive tuberculin skin test in a renal transplant recipient. *Am J Med.* 1986;80:699-702.
16. Cotter TP, Bredin CP. The relationship between the tuberculin test and the Kveim test in sarcoidosis in Ireland. *Ir J Med Sci.* 1995;164:24-5.