

VASCULITE REUMATOIDE COM EVOLUÇÃO CUTÂNEA GRAVE

REGINA ALICE FONTES VON KIRCHENHEIM¹, JAMILLE NASCIMENTO CARNEIRO¹, LUCIANA ALVES DE ALMEIDA², FRANCISCO AIRES CORREA DE LIMA³, LÍCIA MARIA HENRIQUE MOTA⁴, CEZAR KOZAK SIMAAN⁴, RODRIGO AIRES CORREA DE LIMA⁴, TALITA YOKOY DE SOUZA⁵, FRANCIELLI DE SOUSA RABELO⁵

Trabalho elaborado no Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB) - Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF

INTRODUÇÃO

A vasculite reumatoide (VR) é uma condição rara e grave. Os achados cutâneos podem ser bastante variados. Descrevemos um raro caso de vasculite reumatoide com evolução cutânea grave.

RELATO DE CASO

Mulher, 49 anos, com diagnóstico de AR há 15 anos, em tratamento com metotrexato 15 mg/semana e prednisona 10 mg/dia. Procurou o HUB, relatando, há oito dias, edema e manchas violáceas em perna direita, confluentes, intensamente dolorosas, com vesículas e bolhas de conteúdo seroso. O quadro sugeria erisipela bolhosa, sendo iniciada antibioticoterapia. Em três dias as lesões progrediram para grandes bolhas e úlceras com exsudação e material necrótico. Exames laboratoriais: hemoglobina de 7,7 g/dl, leucometria de 16.400, VHS:60 mm/h e PCR: 35 mg/dl. Biópsia da lesão:

intenso infiltrado neutrofílico na derme profunda e tecido subcutâneo, sinais de vasculite neutrofílica em pequenos vasos (necrose fibrinóide da parede, trombose e hemorragia). A cultura de fragmento cutâneo, bem como a hemocultura mostraram *Acinetobacter baumannii*. Diante do diagnóstico de VR cutânea, com quadro infeccioso subjacente, iniciou-se prednisona 1 mg/kg/dia, ciclofosfamida, via oral, e pentoxifilina. O esquema antimicrobiano foi alterado para imipenem e vancomicina. Houve rápida piora do quadro cutâneo, com necrose extensa dermo-epidérmica e ampla exposição de fásia e planos musculares profundos, em toda a extensão de membro inferior direito, abaixo do joelho. Optou-se por pulsos de metilprednisolona 500mg/dia por três dias, indicado desbridamento cirúrgico amplo das lesões, além de oxigenioterapia hiperbárica. Após um mês da terapia, houve surgimento de tecido de granulação, o que possibilitou o planejamento de terapia cirúrgica (enxertia) para recobrir a extensa área de necrose.



1. Residente do 2º ano de Reumatologia, Brasília, DF
2. Médica estagiária em Reumatologia, Brasília, DF
3. Médico reumatologista, Brasília, DF
4. Médicos reumatologista assistente do Hospital Universitário de Brasília, Brasília,DF
5. Residente do 1º ano de Reumatologia, Brasília,DF

DISCUSSÃO

Relatamos um caso raro de VR cutânea extremamente agressiva, com necrose dermo-epidérmica extensa e exposição de planos musculares, documentado com biópsias e fotografias. Trata-se de um quadro pouco frequente, em que, além da corticoterapia em altas doses e da imunossupressão, o tratamento da infecção subjacente, o desbridamento cirúrgico amplo e o uso de oxigenioterapia hiperbárica são essenciais para o tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Scott, DG, Bacon, PA, Tribe, CR. Systemic rheumatoid vasculitis: a clinical and laboratory study of 50 cases. *Medicine (Baltimore)*. 1981;60(4):288-97.
2. Voskuyl, AE, Zwiderman, AH, Westedt, ML, Vandenbroucke JP, Breedveld FC, Hazes JM. Factors associated with the development of vasculitis in rheumatoid arthritis: results of a case-control study. *Ann Rheum Dis*. 1996;55(3):190-2.
3. Vollertsen, RS, Conn, DL, Ballard, DJ, Ilstrup DM, Kazmar RE, Silverfield JC. Rheumatoid vasculitis: survival and associated risk factors. *Medicine (Baltimore)* 1986;65(6):365-75.
4. Sayah, A, English, JC. Rheumatoid arthritis: A review of the cutaneous manifestations. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53(2):191-209; quiz 210-2.
5. Mongan, ES, Cass, RM, Jacox, RF, Vaughen JH. A study of the relation of seronegative and seropositive rheumatoid arthritis to each other and to necrotizing vasculitis. *Am J Med*. 1969;47(1):23-35.
6. Glass, D, Soter, NA, Schur, PH. Rheumatoid vasculitis. *Arthritis Rheum*. 1976;19(5):950-2.
7. Oien, RF, Hakansson, A, Hansen, BU. Leg ulcers in patients with rheumatoid arthritis--a prospective study of aetiology, wound healing and pain reduction after pinch grafting. *Rheumatology (Oxford)*. 2001;40(7):816-20.
8. Scott, DG, Bacon, PA. Intravenous cyclophosphamide plus methylprednisolone in treatment of systemic rheumatoid vasculitis. *Am J Med*. 1984;76(3):377-84.
9. Genta MS, Genta RM, Gabay C. Systemic rheumatoid vasculitis: a review. *Semin Arthritis Rheum*. 2006;36(2):88-98.
10. Hata T, Kavanaugh A. Rheumatoid arthritis in dermatology. *Clin Dermatol*. 2006;24(5):430-7.
11. Sayah A, English JC 3rd. Rheumatoid arthritis: a review of cutaneous manifestations. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53(2):191-209; quiz 210-2.

*Correspondência:

SQSW 304 - Bloco A – Apto. 509
Setor Sudoeste
Cruzeiro-DF
70673-401

