

Tuberculides Papulonecróticas como Manifestação de Tuberculose Ganglionar

Papulonecrotic Tuberculid as Manifestation of Lymph Node Tuberculosis

Palavras-chave: Tuberculose Cutânea; Tuberculose Ganglionar

Keywords: Tuberculosis, Cutaneous; Tuberculosis, Lymph Node

Caro Editor,

A tuberculose cutânea é incomum, ocorrendo em menos de 2% dos casos de tuberculose extrapulmonar, podendo ser classificada em tuberculose cutânea verdadeira e tuberculides.¹ Na tuberculose cutânea verdadeira, a bactéria *Mycobacterium tuberculosis* é identificada nas lesões cutâneas [seja por meios convencionais como microscopia ou exame cultural, ou por meios moleculares como *polymerase chain reaction* (PCR)]. Tuberculides são reações de hipersensibilidade (reações 'ídes') à micobactéria e/ou aos seus antígenos, em que classicamente a micobactéria não é detetável nas lesões cutâneas.² Ainda assim, a pesquisa por PCR também pode ser positiva neste último grupo: consoante o padrão de reação no grupo de tuberculides, a percentagem de positividade varia entre 0% - 80%.^{2,3} As tuberculides papulonecróticas – juntamente com líquen escrofulosorum e eritema induratum de Bazin –, constituem uma das três formas de apresentação de tuberculides.

Neste contexto apresentamos o caso de uma mulher de 35 anos, natural da Guiné-Bissau e residente em Portugal há 20 anos, sem antecedentes pessoais relevantes e que foi encaminhada para a consulta de dermatologia por uma dermatose com um ano de evolução, com envolvimento preferencial da superfície extensora dos membros (Fig. 1). A doente negou sintomas sistémicos.

Após melhoria inicial e transitória com antibioterapia sistémica empírica, houve um recrudescimento das lesões dois meses depois. Foi pedido um estudo analítico geral, incluindo doenças infecciosas como a infeção pelo vírus da imunodeficiência humana, que não demonstrou alterações relevantes. Foram realizadas biópsias cutâneas para exame histopatológico, que revelou fundo de úlcera associada a reação granulomatosa, e para exame microbiológico (bacteriológico, micológico e micobacteriológico) com isolamento de *Streptococcus haemolyticus*. Foi instituída antibioterapia dirigida, mas sem sucesso. Por persistência das lesões foi pedido um novo estudo analítico, desta vez com doseamento de *interferon gamma release assay*, que foi positivo (8,33 UI/mL). Face aos achados clínicos, histológicos e analíticos foi colocada a hipótese diagnóstica de tuberculides papulonecróticas como manifestação indireta de tuberculose. A apoiar esta hipótese, destacamos a identificação de DNA de *M. tuberculosis* por PCR na amostra lesional colhida por biópsia cutânea.

Na sequência do estudo de foco primário extracutâneo, foi detetada uma adenopatia axilar direita, cujo exame histológico revelou linfadenite granulomatosa focalmente necrosante/abcedada. Os exames micobacteriológicos direto e cultural foram negativos, mas a pesquisa por PCR de DNA de *M. tuberculosis* foi positiva. Ainda que o estudo micobacteriológico de três amostras da expectoração tivesse sido negativo, a tomografia computadorizada de tórax identificou densificações pulmonares no lobo superior direito. Assim, a doente foi diagnosticada com tuberculose ganglionar (com provável envolvimento pulmonar), iniciando terapêutica antibacilar durante seis meses. Face à resposta completa da dermatose quatro semanas após tratamento antibacilar, o diagnóstico de tuberculides papulonecróticas foi confirmado.

Tuberculides papulonecróticas ocorrem sobretudo em crianças e jovens adultos, caracterizando-se por pápulas ulceradas, por vezes com necrose central, e pústulas, distribuídas simetricamente pela superfície extensora dos membros. Apesar de poder haver resolução temporária, cursa com múltiplas recorrências. O tratamento é realizado com antibacilares verificando-se resolução das lesões um a cinco meses após início de terapêutica.

Apresentamos assim um caso raro de tuberculides associada a tuberculose ganglionar, enfatizando-se a importância do reconhecimento destas reações de hipersensibilidade com expressão cutânea como manifestações indiretas de tuberculose.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

JR: Captação de imagens, recolha dos dados clínicos, revisão da literatura, redação do manuscrito.

HL: Revisão da literatura, revisão crítica do manuscrito.

AR: Captação de imagens, redação e revisão crítica do manuscrito.

JA: Revisão crítica do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial atualizada em outubro de 2024.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

CONSENTIMENTO DO DOENTE

Obtido.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

REFERÊNCIAS

1. Van Zyl L, du Plessis J, Viljoen J. Cutaneous tuberculosis overview and current treatment regimens. *Tuberculosis*. 2015;95:629-38.
2. Kaul S, Kaur I, Mehta S, Singal A. Cutaneous tuberculosis. Part I: pathogenesis, classification, and clinical features. *J Am Acad Dermatol*. 2023;89:1091-103.
3. Tirumalae R, Yeliur IK, Antony M, George G, Kenneth J. Papulonecrotic tuberculid-clinicopathologic and molecular features of 12 Indian patients. *Dermatol Pract Concept*. 2014;4:17-22.



Figura 1 – Pápulas, maioritariamente ulceradas, pústulas e cicatrizes localizadas preferencialmente na superfície extensora dos membros, e face posterior das coxas (A e B)

José RAMOS✉¹, Hugo LEME¹, Ângela RODA¹, João ALVES¹

1. Serviço de Dermatologia e Venereologia, Unidade Local de Saúde Almada-Seixal, Almada, Portugal.

✉ Autor correspondente: José Ramos. jalramos@campus.ul.pt

Recebido/Received: 28/11/2024 - Aceite/Accepted: 06/01/2025 - Publicado Online/Published Online: 10/02/2025

Copyright © Ordem dos Médicos 2025

<https://doi.org/10.20344/amp.22669>

