



Erupção variceliforme de Kaposi em paciente com dermatite atópica

Instituto de Dermatologia Prof. Rubem D. Azulay

Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro

Chefia: Dr. David Rubem Azulay

Enfermaria 29 – Chefia: Dra. Deborah B. Soares

GUERRA, ML; BICHARA, RM; MADRID, LM; FILOGÔNIO, RT; SOARES, DB

Introdução

A Erupção variceliforme de Kaposi ou eczema herpético é uma infecção viral de pele produzida pelos vírus do Herpes tipo 1, da Vaccinia e Coxsackie A16. Ocorre como complicação de algumas dermatoses preexistentes incluindo: dermatite atópica, dermatite seborréica grave, doença de Darier, hiperkeratose epidermolítica e pêfigo foliáceo.

Atinge mais comumente crianças e caracteriza-se por erupção vesiculosa ou vesiculopustulosa confluyente e localizada, ocorrendo principalmente na face e na região cervical, podendo estender-se e formar grandes erosões. Frequentemente torna-se secundariamente infectada por bactérias levando a sintomatologia geral.

O diagnóstico é clínico e em caso de dúvidas recorre-se a citologia (método de Tzanck), sendo útil e rápido, porém não o mais específico. Os métodos mais específicos são a cultura, a reação em cadeia de polimerase e a histopatologia, porém nem sempre estão disponíveis na prática habitual.

As possíveis complicações incluem viremia sistêmica com acometimento orgânico (cérebro, fígado, pulmão, trato gastrointestinal e glândulas adrenais), que é a principal causa de morte, além de infecção secundária bacteriana, que também contribui para a mortalidade, a qual tem diminuído de 50% para menos de 10% graças ao diagnóstico e tratamento precoces com aciclovir.

Relato do caso

Paciente feminina, 23 anos, branca, moradora do Rio de Janeiro, com diagnóstico de dermatite atópica de difícil controle. Foi internada em nosso serviço por exacerbação da doença, apresentando durante a internação aparecimento súbito de vesículas e pústulas por toda a face, região auricular, região cervical anterior e posterior, inframamária e axilar bilateral, com evolução para crostas melicéricas acompanhadas de febre de 39° C, prostração e adenopatia cervical. Pelo contexto clínico e características das lesões suspeitamos do diagnóstico de Erupção variceliforme de Kaposi e iniciamos aciclovir por via endovenosa 800mg de 4/4h durante 7 dias. A mesma dose foi mantida por mais 1 semana por via oral. A paciente, em 3 dias, apresentou boa resposta com o tratamento instituído e evoluiu com cicatrização completa das lesões em 3 semanas.



Lesões erodadas após o rompimento de vesículas



Erupção vesiculopustulosa acompanhada de crostas melicéricas



Melhora completa das lesões em 3 semanas

Discussão

A fisiopatogenia da Erupção variceliforme de Kaposi não é muito clara, porém existem várias evidências que envolvem defeitos na imunidade celular e humoral nos pacientes com dermatite atópica que a desenvolvem. Tem sido demonstrado um defeito imune mediado por linfócitos T específico para o vírus do herpes simples em pacientes com Erupção variceliforme de Kaposi. As células NK constituem a primeira linha de defesa contra infecção por vírus do herpes simples e na dermatite atópica tem sido reportada uma atividade reduzida destas células. A pele de pacientes com dermatite atópica é rica em IL-4 produzida por LT CD4+. O aumento de IL-4 pode inibir as células Th-1 e diminuir a produção de TNF gama, levando a uma maior susceptibilidade a infecção por vírus do herpes simples.

O tratamento pode ser feito com famciclovir 125 mg 3 vezes ao dia ou valaciclovir 500 mg/dia, durante 10 a 14 dias, sendo a droga de eleição o aciclovir na dose de 15 mg/kg/dia EV dividida em 5 tomadas diárias durante 7 dias. Após este período, deve ser mantida esta dose durante mais 7 dias por via oral. Observa-se melhora do quadro após 3 dias do início do tratamento e a reepitelização ocorre em 21 dias, como observado na nossa paciente.

Referências Bibliográficas:

1. Díaz RM, Gonzalez CM, Soría C. Eczema herpeticum. Piel 1991;6: 384-6.
2. Azulay RD & Azulay DR. Dermatologia. In: Lupi O. Erupção variceliforme de Kaposi. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. p.275-276.
3. Freedberg IM; Eisen AZ; Wolff K; Austen KF; Goldsmith LA; Katz SI; Fitzpatrick TB. Fitzpatrick Dermatology in General Medicine. In: Leung DYM, Trapp M, Boguniewicz M. 1 vol. Traducã ao português de 5 Ed. New York: McGraw-Hill, 1999. p. 1468.
4. McKenna J. Kaposi Varicelliform Eruption. Medicine Internet 2004 Agosto 26.
5. Korsunskaya I, Mazankova M. Eczeme herpeticum. Case report. Ped Dermatol 2004; 350: 6-7.