

# DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EM ERITRODERMIAS

Fernanda Bonkevitch  
Laura Mazzali da Costa  
Luís Carlos Elejalde Campos

## UNITERMOS

DERMATITE ESFOLIATIVA/etiologia; DERMATITE ESFOLIATIVA/patologia; DERMATITE ESFOLIATIVA/diagnóstico; DERMATITE ESFOLIATIVA/terapia.

## KEYWORDS

*DERMATITIS, EXFOLIATIVE/etiology; DERMATITIS, EXFOLIATIVE/pathology; DERMATITIS, EXFOLIATIVE/diagnosis; DERMATITE ESFOLIATIVA/therapy.*

## SUMÁRIO

Eritrodermia, doença com baixa incidência, caracterizada por eritema em mais de 80% da pele, com limitação importante da qualidade de vida do paciente. Pode apresentar diversas causas, sendo as mais prevalentes dermatoses pré-existentes e uso de fármacos. Frente ao quadro de eritrodermia, torna-se obrigatório a exclusão de neoplasia como causa.

## SUMMARY

Erythroderma, is an uncommon skin disorder , characterized by erythema in more than 80% of the skin and significant limitation the quality of life. The disease has various causes, the most prevalent are pre-existing dermatoses and drug use. In the moment of diagnose of erythroderma, is mandatory to exclude malignancy as the cause.

## INTRODUÇÃO

Eritrodermia foi descrita pela primeira vez por Hebra em 1868, como uma reação a algum fator desencadeante caracterizada por eritema confluyente e generalizado, presente em mais de 90% da superfície corporal, que pode ser acompanhada de manifestações sistêmicas, como sinais de infecção, desequilíbrio hidroeletrólítico, termoregulatório e em casos mais graves, síndrome da angustia respiratória.

## **Definição**

Atualmente, eritrodermia é um termo usado para descrever uma variedade de diagnósticos dermatológicos que se apresentam como uma dermatite eritematosa, com descamação, que envolvem mais do que 80 por cento da área de superfície corporal.<sup>1</sup>

## **Incidência**

Não é uma doença muito comum clinicamente, mas que muitas vezes pode ser urgente e com risco de vida. De acordo com Sigurdsson, a incidência anual de eritrodermia é de 0,9 doentes por 100.000 habitantes. Em geral, os estudos mostram uma predominância do sexo masculino, com a relação variando 02:01 - 04:01, e a média de idade entre 40 e 60 anos.

## **Patogênese**

O mecanismo de eritrodermia é claro. As moléculas de adesão e os seus ligantes desempenham um papel significativo na interação leucócito-endotélio, tendo impacto sobre a transmigração, a ligação e infiltração de linfócitos e células mononucleares durante a lesão, inflamação ou estimulação imunológica. O aumento da expressão da molécula de adesão (VCAM-1, ICAM-1, E-selectina e P-selectina) presente na dermatite exfoliativa estimula inflamação dérmica, o que pode levar a proliferação epidérmica e aumento da produção de mediadores inflamatórios.<sup>2</sup> A interação complexa de citocinas e moléculas de adesão celular, tais como interleucina-1, 2 e 8; molécula de adesão intercelular-I (ICAM-I); e fator de necrose tumoral (TNF) resulta em taxa de turnover epidérmica significativamente elevada, levando a acima do normal a taxa mitótica. A quantidade de células germinativas aumenta e o tempo de trânsito dos queratinócitos através da epiderme diminui, causando perda de mais material da superfície celular.

## **Causas**

Em algumas situações, as causas de eritrodermia permanecem como um desafio para os médicos. As características clínicas não são específicas e sintomas tais como edema, descamação ou prurido não podem ser atribuídas a qualquer causa específica. A descrição pormenorizada da história do paciente para obter possíveis fatos geradores, incluindo infecções, ingestão de medicamentos, aplicação tópica de medicamentos, sol / exposição aos raios ultravioleta e outros fatores, deve ser determinada. Atualmente, a principal causa de eritrodermia é uma dermatose preexistente(60% dos casos), sendo as

principais envolvidas psoríase e eczema.<sup>3,4</sup> Em segundo lugar, encontramos as reações a fármacos(20%) sendo os principais: medicamentos antiepilépticos, anti-hipertensivos, os antibióticos, bloqueadores dos canais de cálcio e uma variedade de preparações tópicas. Na tabela abaixo, estão citadas as principais causas da doença.

#### **Quadro 1 - Principais causas de eritrodermia**

dermatose preexistente
exposições a fármacos
linfoma cutâneo de células T
Doença do enxerto-versus-hospedeiro
Síndrome da Imunodeficiência adquirida
neoplasias retículo-endoteliais
neoplasias de TGI
neoplasias de pulmão, tireóide, laringe
neoplasias ginecológicas
neoplasia de próstata

#### **Apresentação Clínica**

O padrão observado são manchas eritematosas, que aumentam em tamanho e coalescem para formar extensas áreas de eritema, envolvendo a maior parte da superfície da pele. Alguns estudos têm mostrado casos poupando as áreas do nariz e seios paranasais, e isso tem sido descrito como o "sinal do nariz". A epiderme fina aparece, dando um aspecto brilhante à pele. Uma vez que eritema foi estabelecido, escamas brancas ou amarelas podem se desenvolver e esse progressivamente, dar à pele uma aparência seca com uma tonalidade opaca vermelho e cinza. Endurecimento e espessamento da pele pelo edema e liquenificação pode provocar uma sensação de tensão da pele. A pele é vermelha, seca, escamosa e quente ao toque. Às vezes, a apresentação clínica pode ser sugestiva da causa subjacente. Placas psoriasiformes típicas podem ser aparente na psoríase eritrodérmica precoce. O prognóstico da eritrodermia é determinada por sua causa subjacente.

#### **Diagnóstico**

Somente por meio de investigação minuciosa dos achados clínicos, laboratoriais e histológicos, bem como a história de cada paciente, pode-se fazer um diagnóstico da causa da eritrodermia.

Os achados laboratoriais no paciente eritrodérmico são geralmente inespecíficos.<sup>5</sup> Anormalidades mais comuns são anemia leve, leucocitose com eosinofilia, elevada taxa de sedimentação, redução da albumina sérica, ácido úrico e níveis elevados de IgE . O material de biópsia tende a ter muitas características inespecíficas. Hiperqueratose, paraqueratose, acantose e infiltrado inflamatório crônico perivascular, com ou sem eosinófilos, são exemplos. A correlação clinicopatológica é difícil porque os recursos não-específicos de eritrodermia podem mascarar as características específicas de uma dermatose subjacente.<sup>6</sup>

É de extrema importância na prática clínica afastar a possibilidade de neoplasias malignas frente a um quadro de eritrodermia. O diagnóstico diferencial não pode ser feito com base na apresentação clínica apenas, mas uma história de desenvolvimento insidioso, descompensação progressiva, refratariedade à terapêutica padrão e ausência de dermatopatia prévia são mais característicos de causas malignas. Essa distinção pode ser feita através de um estudo imunofenotípico com uso de painéis de anticorpos avançados.

### **Manejo**

O tratamento inicial da eritrodermia é o mesmo independente da etiologia. Isto deve incluir a reposição de nutrientes, fluidos e eletrólitos perdidos.<sup>7</sup> Medidas de cuidados locais da pele devem ser empregados, como banhos de aveia, bem como compressas úmidas e posterior aplicação de emolientes suaves e corticosteróides de baixa potência. Precipitantes conhecidos e irritantes, devem ser evitados, e causa subjacente, com as suas complicações, é para ser tratada. As infecções secundárias são tratadas com antibióticos. A instabilidade hemodinâmica ou metabólica deverá ser tratada adequadamente. Proteínas séricas, eletrólitos e níveis de uréia no sangue devem ser monitorados.<sup>8</sup> O prognóstico depende diretamente da causa subjacente desta condição.

### **REFERÊNCIAS**

1. Okoduwa C, Lambert WC, Schwartz RA et al. Erythroderma: review of a potentially life-threatening dermatosis. *Indian J Dermatol.* 2009;54:1-6.
2. Altiner A, Chu J, Patel R, et al. Erythroderma of unknown etiology. *Dermatology Online J.* 2011;17:6.
3. Yuan XY, Guo JY, Dang YP, et al. Erythroderma: A clinical-etiological study of 82 cases. *Eur J Dermatol.* 2010;20:373-7. Epub 2010 Apr 19.
4. Sigurdsson V, Toonstra J, Hezemans-Boer M, et al. J Am Acad Erythroderma. A clinical study and follow-up of 102 patients, with special emphasis on survival. *J Am Acad Dermatol.* 1996;35:53-7.
5. Akhyani M, Ghodsi ZS, Toosi S, et al. Erythroderma: a clinical study of 97 cases. *BMC Dermatol.* 2005;5:5.
6. Rothe MJ, Bialy TL, Grant-Kels JM. Erythroderma. *Dermatol Clin.* 2000;18:405-15.