

HIDRADENITE PLANTAR

M. MANUEL BRITES, O. TELLECHEA, A. POAIRES BAPTISTA
Serviço de Dermatologia. Hospitais da Universidade de Coimbra. Coimbra.

RESUMO

Lesões nodulares dolorosas plantares da criança podem corresponder a entidades distintas mas clinicamente similares, pelo que o estudo histológico constitui o meio mais importante para o diagnóstico.

Descrevemos a observação de uma doente de doze anos, até então saudável, com lesões nodulares, eritematosas e dolorosas de aparecimento súbito, da planta do pé esquerdo, causando moderada impotência funcional. As lesões foram precedidas de febrícula e surgiram seis dias depois da toma da vacina contra a hepatite B (Engerix B®). Evocaram-se as hipóteses de eritema nodoso plantar juvenil, picada de insecto, urticária pela pressão e hidradenite plantar e realizaram-se exames complementares de diagnóstico, incluindo biópsia cutânea. As lesões regrediram espontaneamente em dez dias, sem recorrência durante um ano.

O exame histológico, ao demonstrar denso infiltrado de neutrófilos perisudoríparo, alterações das glândulas écrinas e esboço de abcesso na junção dermo-hipodérmica, permitiu o diagnóstico de hidradenite plantar idiopática. Discute-se a relação desta entidade, recentemente individualizada por Stahr et al, com os restantes eritemas nodulares plantares da criança.

Palavras-chave: hidradenite plantar, hidradenite écrina, neutrofílica, eritema nodoso plantar

SUMMARY

Plantar Hidradenitis

Tender, plantar nodules occurring in pediatric patients can be associated to different clinical entities, despite similar morphological features, therefore dermatopathology is the best technique for the definitive diagnosis.

We describe the case for a 12-year-old patient with tender, red nodules on the left sole 3 days in duration, and with moderate functional disability. The onset of the lesions was preceded by low fever, and occurred 6 days after hepatitis B vaccination (Engerix B®). The clinical diagnoses were juvenile plantar erythema nodosum, insect bites, pressure urticaria and plantar hidradenitis; Laboratory and radiographic studies, as well as microscopic examination of a skin biopsy specimen, were performed. The lesions resolved spontaneously in about 10 days, without recurrence after a year.

A skin biopsy specimen revealed dense neutrophilic infiltrate surrounding and involving eccrine glans with abscess formation at the dermal-hypodermal junction. The diagnosis of idiopathic plantar hidradenitis was made.

We discuss this entity, recently described by Stahr et al, and other erythematous plantar nodules in the pediatric age.

Key words: plantar hidradenitis, neutrophilic eccrine hidradenitis, plantar erythema nodosum

INTRODUÇÃO:

As lesões nodulares plantares da criança de aparecimento súbito, podem corresponder a diferentes entidades clínicas, como o eritema nodoso, a urticária pela pressão, a vasculite e hidradenite plantar, pelo que para o estabe-

lecimento do diagnóstico e orientação terapêutica se torna imprescindível o estudo microscópico. Esta última entidade foi recentemente individualizada, por Stahr et al em 1994, pelo seu aspecto histológico característico, tendo sido posteriormente descritos casos idênticos que

corroboram a particularidade desta afecção¹⁻⁴.

Apresentamos uma doente cujo quadro clínico-patológico e evolutivo se enquadra no de hidradenite plantar.

CASO CLÍNICO

Criança do sexo feminino de 12 anos de idade, que recorreu ao Serviço de Urgência do nosso Hospital por elementos nodulares dolorosos da região plantar esquerda, surgidos na véspera e acompanhados de marcada impotência funcional.

Recebeu a primeira dose da vacina da Hepatite B, seis dias antes do início da sintomatologia e esta foi precedida de febrícula. Não havia antecedentes recentes de amigdalite, gastroenterite, ou de outro tipo de infecção; também não havia relato de toma de nenhum fármaco; não tinha havido prática de exercício físico mais intenso horas/dias antes do surgimento dos nódulos. Não havia outras queixas sistémicas.

A observação clínica revelou uma criança em bom estado geral, que apresentava cerca de uma dezena de elementos papulo-nodulares, pouco salientes, eritematovioláceos, de alguns milímetros a 2 centímetros de diâmetro, muito dolorosos ao toque, localizados exclusivamente na planta do pé esquerdo (Figuras 1 e 2). Não se observavam outras lesões cutaneomucosas, a doente encontrava-se apirética e sem alterações clínicas de outros órgãos ou sistemas.

Foram colocadas várias hipóteses de diagnóstico: eritema nodoso plantar juvenil, hidradenite plantar, urticária pela pressão e vasculite.

Dos diferentes exames complementares de diagnóstico analíticos realizados (hemograma com fórmula leucocitária, estudo da coagulação, estudo das funções hepática e renal, sumária de urina, proteinograma, doseamento de alfa1-anti-tripsina, proteína C reactiva, factor reumatóide, Waaler-Rose, TASO e velocidade de sedimentação), apenas se detectou aumento de TASO (994 para $N < 200$) e da velocidade de sedimentação (26 para $N < 10$).

O estudo histológico de biópsia cutânea mostrou, na derme profunda e hipoderme, edema periglandular, infiltrado inflamatório denso, de topografia perisudorípara, contituído sobretudo por polimorfonucleares neutrófilos. Coexistiam abscessos de neutrófilos na junção dermo-hipodérmica. A nível da derme papilar e epiderme não havia alterações histológicas significativas (Figuras 3-5).

Como medida terapêutica, optou-se pelo repouso, observando-se ao 4º/5º dia de evolução, diminuição de todos os sinais clínicos, nomeadamente do tamanho e do



Fig. 1 - Lesões papulonodulares eritematovioláceas na planta do pé esquerdo



Fig. 2 - Pormenor

eritema dos nódulos, bem como da intensidade da dor. Ao 13º dia, houve regressão completa de todos os nódulos. Ao longo dos 12 meses de seguimento não se observou recidiva das lesões.

DISCUSSÃO

O quadro clínico-patológico observado nesta doente é sobreponível ao descrito por Stahr et al em 1994, com



Fig. 3 - Infiltrado inflamatório denso localizado na derme profunda e hipoderme e com localização perisudorípara

base na observação de seis doentes, individualizado e denominado hidradenite plantar idiopática¹. Nestes seis casos, bem como no nosso, tratava-se de crianças, até então saudáveis, em que surgem, subitamente, lesões eritematonodulares, dolorosas, plantares, uni ou bilaterais, sem factor desencadeante aparente. O exame clínico geral e os laboratoriais são inespecíficos. Ocorre regressão espontânea, independentemente da atitude terapêutica, em dias a poucas semanas e pode ou não haver recorrência. As alterações histológicas são típicas, mostrando um infiltrado inflamatório de polinucleares neutrófilos localizado principalmente à volta das glândulas sudoríparas écrinas, sobretudo a nível da porção glomerular¹⁻⁴.

A eventualidade da relevância da vacina anti-hepatite B enquanto desencadeante no nosso caso, parece-nos remota uma vez que, por um lado não existiam dados na literatura que apoiassem esta hipótese e por outro, não se observou recorrência após a administração das 2ª e 3ª doses, o que corresponde ao conceito essencialmente idiopático desta afecção.

As características clinico-evolutivas e sobretudo as histológicas verificadas, permitem o diagnóstico de

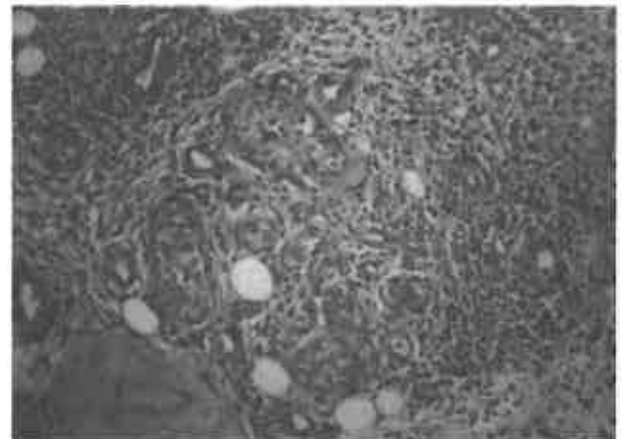
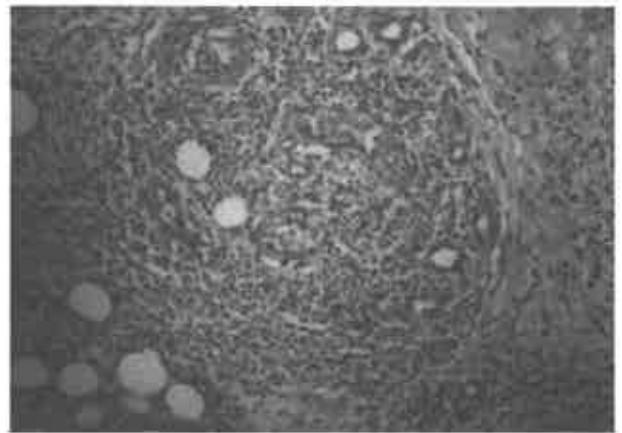


Fig. 4 e 5 - O infiltrado perisudoríparo é constituído predominantemente por polimorfonucleares neutrófilos, envolve principalmente a porção glomerular das glândulas écrinas, e esboça a formação de abscessos

hidradenite plantar, em desfavor das outras hipóteses evocadas. Com efeito:

- A urticária pela pressão ocorre essencialmente em doentes com história de exercício físico horas antes; as lesões surgem de modo mais súbito, são extremamente dolorosas e desaparecem espontânea e rapidamente (em cerca de 24 horas); e o exame histológico mostra infiltrado inflamatório que abrange a derme, perivascular, de linfócitos e neutrófilos, não atingindo nem a hipoderme nem as glândulas écrinas^{1-3,5}.

- O eritema nodoso é raro em crianças, e a localização plantar exclusiva é excepcional; nos poucos casos em que foi pressuposto tal diagnóstico, havia a suspeita de foco infeccioso prévio e correspondia histologicamente a infiltrado inflamatório linfocitário com disposição septal na hipoderme; não estão descritas observações em que nas alterações histológicas predomine o atingimento glandular^{1-3,5,6}.

- Também não se encontraram critérios histológicos para integrar as lesões cutâneas num quadro de vasculite,

já que o infiltrado inflamatório perivascular era discreto, sem agressão vascular e não se observou extravasamento de glóbulos vermelhos³.

As alterações histológicas da hidradenite plantar idiopática são semelhantes às observadas por Harrist et al em 1982⁷, num doente com placas cutâneas a nível da região cervical e escapular, durante quimioterapia por leucemia mielogénica aguda, que foram então descritas sob a designação de hidradenite écrina neutrofilica.

Ulteriormente, descreveram-se outros casos de hidradenite écrina neutrofilica.

Clinicamente, as lesões cutâneas podem ser polimorfos (urticariformes, placas, nódulos), surgindo igualmente em adultos, com localização variável no tegumento cutâneo, não havendo, no entanto, registo de atingimento plantar, afastando-se assim da hidradenite plantar. De igual modo, e em contradição com esta entidade, a hidradenite écrina neutrofilica acompanha geralmente tratamentos com antineoplásicos (sobretudo com a citarabina ou a bleomicina)⁷ de diferentes tipos de tumores (leucemias, linfomas, osteosarcomas, mamários, testiculares...), ou com outros tipos de fármacos (azidovudina em doentes seropositivos para a infeção VIH⁸, anti-inflamatórios não-esteroides...); infeções⁹ (*Staphylococcus aureus*, *Serratia*, *Enterobacter*...) ou neoplasias¹⁰.

No entanto, sob o ponto de vista histológico, há geralmente diferenças entre a hidradenite écrina neutrofilica e a hidradenite plantar. Nesta última entidade, a frequência de abscessos de polimorfonucleares neutrófilos, como se observa no nosso caso, é muito maior que na hidradenite écrina neutrofilica, em que por sua vez seriam frequentes imagens de siringometaplasia queratinizante, aspecto que não se observou em nenhum dos casos descritos de hidradenite plantar^{1-4,7-10}.

A patogenia desta entidade é obscura.

Quanto à terapêutica mais eficaz parece que, independentemente da escolha - corticoterapia tópica ou sistémica, anti-inflamatórios, antibioterapia ou apenas observação clínica -, a evolução é sempre autolimitada, com duração da dermatose variável entre alguns dias a 2-3

semanas, regredindo completamente sem sequelas¹⁻⁴. No nosso caso particular, optou-se apenas pelo repouso, tendo-se observado desaparecimento completo das lesões em menos de duas semanas.

CONCLUSÃO

A hidradenite plantar idiopática é uma entidade recentemente individualizada. No entanto, pensa-se que alguns casos até então descritos clinicamente como eritema nodoso, vasculite ou urticária pela pressão, poderiam corresponder a esta primeira dermatose, já que nem sempre foi realizado exame histológico.

Há que pensar nesta patologia sempre que deparamos com uma criança com lesões nodulares plantares dolorosas de evolução aguda. O interesse da biópsia cutânea é duplo: permitir o diagnóstico definitivo da dermatose e a orientação terapêutica, que pode ser apenas expectante.

BIBLIOGRAFIA

1. STAHR BJ, COOPER PH, CAPUTO RV: Idiopathic plantar hidradenitis: a neutrophilic eccrine hidradenitis occurring primarily in children. *J Cutan Pathol* 1991; 21: 289-296
2. RABINOWITZ LG, CINTRA ML, HOOD AF, ESTERLY NB: Recurrent Palmoplantar Hidradenitis in Children *Arch Dermatol* 1995; 131: 817-820
3. GRANGE F, COUILLIET D, KRZISCH S, GROSSHANS E, GUILLAUME JC: Hidradénite Plantaire. *Ann Dermatol Venereol* 1996; 123: 109-113
4. BÁRTOLO E, ANES I, CAPITÃO-MOR M, BRANDÃO FM: Idiopathic plantar hidradenitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1998; 10: 257-261
5. SANDRAPS E, BLOMME S, DEMEESTER A, DECROIX J, MAROT L, LACHAPPELLE JM: Érythème nodulaire plantaire douloureux de l'enfant. *Ann Dermatol Venereol* 1996; 123: 647-650
6. OHTAKE N, KAWAMURA T, AKIYAMA C, FURUE M, TAMAKI K: Unilateral plantar erythema nodosum. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30: 654-5
7. HARRIST TJ, FINE JD, BERMAN RS, MURPHY GF, MIHM MC: Neutrophilic Eccrine Hidradenitis. *Arch Dermatol* 1982; 118: 263-6
8. SMITH KJ, SKELTON HG, JAMES WD et al: Neutrophilic eccrine hidradenitis in HIV-infected patients. *J Am Acad Dermatol* 1990; 23: 945-7.
9. TAIRA JW, GERBER HB: Eccrine Hidradenitis. *Int J Dermatol* 1992; 31: 433-4
10. PIERSON JC, HELM TN, TAYLOR JS, TUTHILL RJ: Neutrophilic Eccrine Hidradenitis Heraldng the Onset of Acute Myelogenous Leukemia. *Arch Dermatol* 1993; 129: 791-2