

PANICULITE LÚPICA E LÚPUS  
ERITEMATOSO SISTÊMICO

Sâmia Araújo de Sousa Studart\*, Kirla Wagner Poti Gomes\*\*, Francisco Vileimar Andrade de Azevedo\*,  
André Xenofonte Cartaxo Sampaio\*\*, Dalgimar Beserra de Menezes\*\*\*, Walber Pinto Vieira\*\*\*\*

Paniculite lúpica (PL) representa uma alteração cutânea rara, primeiramente descrita por Kaposi em 1883 e posteriormente nomeada por Irgang em 1940<sup>1,2</sup>. Caracteriza-se pelo surgimento de nódulos ou placas eritematosas na derme profunda e no tecido gorduroso subcutâneo com evolução para áreas de lipoatrofia<sup>3,4</sup>.

Manifesta-se clinicamente na forma isolada ou associada ao lúpus eritematoso sistêmico (LES) ou discóide (LED)<sup>5</sup>. Atinge preferencialmente as mulheres, sendo a face e os membros superiores os locais mais acometidos<sup>6</sup>. É considerada um marcador de evolução mais branda no LES<sup>7</sup>.

### Caso clínico

Doente, 18 anos de idade, sexo feminino, admitida por quadro de lesões cutâneas profundas e extensas atingindo a face, braços e coxas, de caráter progressivo, com cerca de quatro meses de evolução. Relatava que as manifestações acima foram precedidas por máculas e placas eritematosas indolores. Diagnóstico de LES há cinco anos quando apresentou um quadro de alopecia, rash malar, trombocitopenia, lesões discóides e anticorpos antinucleares (ANA) positivos. Encontrava-se sob terapêutica com hidroxiclороquina 400mg/d e prednisona 20mg/d utilizados irregularmente. Ao exame físico apresentava *rash* malar e áreas de atrofia cutânea extensas, hipercrômicas, não descamativas, aderentes aos planos profundos na região anterior

e posterior das coxas, face e membro superior direito (Figuras 1 e 2).

Os exames laboratoriais revelaram: hemoglobina 11,8 g/dL, linfócitos 2.350/mm<sup>3</sup>, plaquetas 55.900/mm<sup>3</sup>, C3 85,4 mg/dL (VR: 90-180mg/dL), C4 12,3 mg/dL (VR: 10-40mg/dL), velocidade de hemossedimentação 73 mm; ANA pontilhado grosso 1/10000 e anti-Sm positivo.

O exame histopatológico das lesões evidenciou um infiltrado linfocitotático ao redor dos capilares e tecido adiposo associado a áreas de necrose hialina compatível com paniculite lúpica (Figura 3).

Associou-se metotrexato na dose de 15 mg/semana, tendo a doente recebido alta hospitalar para acompanhamento em regime de ambulatório.

### Discussão

Uma apresentação clínica incomum do lúpus é a PL. Manifesta-se como lesão isolada ou, com maior frequência, associada ao lúpus discóide e sistêmico, estando o primeiro presente em até 70% dos casos<sup>8,9</sup>. Acomete 2% a 5% dos doentes com LES,



**Figura 1.** Lesões atróficas no braço direito.

\* Médico Residente do Serviço de Reumatologia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

\*\* Reumatologista e Preceptor da Residência de Reumatologia do HGF

\*\*\* Chefe do Serviço de Patologia do HGF e Livre Docente em Anatomia Patológica pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

\*\*\*\* Chefe do Serviço de Reumatologia do HGF e Professor Colaborador da Faculdade de Medicina da UECE.



**Figura 2.** Lesões atróficas na coxa direita

principalmente mulheres<sup>10</sup>. Os principais locais de lesão são a face, couro cabeludo, região proximal dos membros superiores e tronco<sup>1,2</sup>.

Os achados clínicos clássicos são placas ou nódulos eritematosos, restritos à derme profunda e ao tecido adiposo subcutâneo, com posterior evolução para áreas de atrofia<sup>9</sup>. Apresentações menos frequentes são a linear, anular e morféia-like<sup>3,11</sup>.

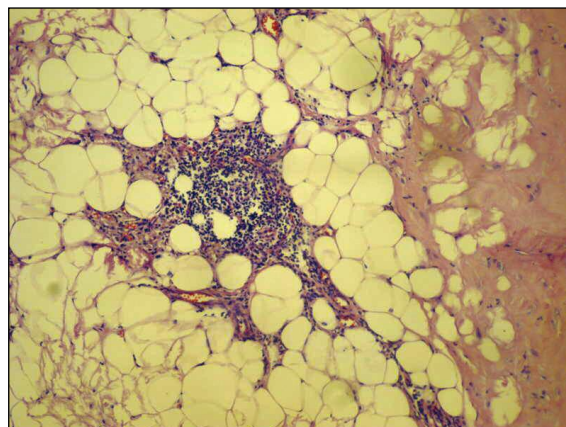
Na biópsia evidencia-se um infiltrado inflamatório ao redor dos vasos sanguíneos e lóbulos do tecido adiposo subcutâneo composto principalmente por linfócitos T helper e citotóxicos  $\alpha/\beta$  associados a linfócitos B, ambos detectados através da análise imunohistoquímica. Alterações histopatológicas compatíveis com LED são observadas em 50% a 75% dos casos<sup>2</sup>.

Os antimaláricos são os fármacos de primeira linha. Os corticóides sistêmicos são reservados para as lesões difusas e refratárias. Apesar da eficácia, o uso da talidomida é limitado pelos seus efeitos colaterais graves. Bons resultados são descritos com a dapsona, azatioprina, micofenolato mofetil, ciclofosfamida e metotrexato<sup>2,9</sup>.

Em síntese, a paniculite lúpica é uma manifestação rara do lúpus, podendo inclusive anteceder-lo. No presente caso, o diagnóstico prévio do LES auxiliou a suspeita e investigação clínica desta patologia.

#### Correspondência para

Sâmia Araújo de Sousa Studart  
Rua Thomaz Pompeu, 570, Apartamento 902,  
Meireles, Fortaleza-CE-Brasil, CEP 60160-080.  
E-mail: samiasousa@yahoo.com.br



**Figura 3.** Corte histológico de biópsia cutânea. Agregado linfóide parasseptal e lobular. À direita: esclerose hialina estendendo-se ao lóbulo. Achados compatíveis com paniculite lúpica. (H&E). Aumento de 400x.

#### Referências

1. Ng PP, Tan SH, Tan T. Lupus erythematosus panniculitis: a clinicopathologic study. *Int J Dermatol* 2002; 41: 488-490.
2. Fraga J, Garcia-Diez A. Lupus Erythematosus Panniculitis. *Dermatol Clin* 2008; 26: 453-463.
3. Bacanli A, Uzun S, Ciftcioglu MA, Alpsoy E. A case of lupus erythematosus profundus with unusual manifestations. *Lupus* 2005; 14: 403-405.
4. Wright GD, Powell R, Doherty M. Unusual but memorable. Systemic lupus erythematosus with panniculitis. *Ann Rheum Dis* 1997; 56: 77.
5. Martens PB, Moder KG, Ahmed I. Lupus Panniculitis: Clinical Perspectives from a Case Series. *J Rheumatol* 1999; 26: 68-72.
6. Arai S, Katsuka K. Clinical entity of Lupus erythematosus panniculitis/lupus erythematosus profundus. *Autoimmunity Reviews* 2009; 8: 449-452.
7. Grossberg E, Scherschun L, Fivenson DP. Lupus profundus: not a benign disease. *Lupus* 2001; 10: 514-516.
8. Massone C, Kodama K, Salmhofer W et al. Lupus erythematosus panniculitis (lupus profundus): Clinical, histopathological, and molecular analysis of nine cases. *J Cutan Pathol* 2005; 32: 396-404.
9. Wozniacka A, Salamon M, Lesiak A, McCauliffe DP, Sysa-Jedrzejowska A. The dynamism of cutaneous lupus erythematosus: mild discoid lupus erythematosus evolving into SLE with SCLE and treatment-resistant lupus panniculitis. *Clin Rheumatol* 2007; 26: 1176-1179.
10. Chen MT, Chen KS, Chen MJ et al. Lupus profundus (panniculitis) in chronic haemodialysis patient. *Nephrol Dial Transplant* 1999; 14: 966-968.
11. Marzano AV, Tanzi C, Caputo R, Alessi E. Sclerodermic Linear Lupus Panniculitis: Report of Two Cases. *Dermatology* 2005; 210: 329-332.