





5. Tremblay C, Marcil I. Necrolytic migratory erythema: a forgotten paraneoplastic condition. *J Cutan Med Surg.* 2017;21:559–61.

Inés Gracia-Darder *, Daniel Ramos , Julián Boix-Vilanova  e Ana Francisca Bauzá-Alonso 

Departamento de Dermatologia, Son Espases University Hospital, Palma de Mallorca, Baleares, Espanha

* Autor para correspondência.

E-mail: ines.gracia@ssib.es (I. Gracia-Darder).

Recebido em 19 de novembro de 2019; aceito em 29 de fevereiro de 2020

Disponível na Internet em 15 de agosto de 2020

2666-2752/ © 2020 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Ectima gangrenoso e neutropenia transitória grave em criança imunocompetente^{☆,☆☆}



Prezado Editor,

O ectima gangrenoso (EG) é lesão cutânea rara, causada principalmente por *Pseudomonas aeruginosa*, seja por infecção primária ou disseminação hematogênica. A literatura também relata outros agentes patogênicos responsáveis, como *Aeromonas hydrophila*, *Staphylococcus aureus* e *Aspergillus* spp., entre outros.^{1,2} O EG geralmente se desenvolve em pacientes com sepse ou imunossuprimidos, em um contexto de neoplasias hematológicas ou terapia imunossupressora. Ele apresenta lesões eritematosas/violáceas ou hemorrágicas que evoluem para ulceração com necrose central e halo eritematoso, preferencialmente localizadas nos glúteos e pernas.¹ Este relato apresenta o caso de uma menina previamente saudável com EG genital e subsequente desenvolvimento de neutropenia transitória grave.

Paciente do sexo feminino de 17 meses, previamente saudável, apresentava uma bolha hemorrágica no lado esquerdo da vulva. O quadro se iniciou sete dias antes, com eritema perilesional (fig. 1) que evoluiu progressivamente com ulceração e edema. Não foram observados febre ou outros sintomas sistêmicos. Ela foi tratada com cefpodoxima oral e clindamicina. Como não houve melhora após 72 horas, a paciente foi hospitalizada e encaminhada para o departamento de dermatologia. No exame físico, a paciente estava em boas condições gerais, com hemodinâmica estável e sem febre. Apresentava úlcera cutânea nos grandes lábios, com diâmetro máximo de 1,7 cm e bordas bem definidas. Observou-se fibrina em sua base, muito edema e endurecimento perilesional, sensível ao toque (fig. 2). Foi feito um hemograma, que apresentou os seguintes resultados: 5.840 leucócitos/mm³, contagem

absoluta de neutrófilos (CAN) de 876 mm³ e proteína C reativa de 33 mg/dL. Os testes de reação em cadeia da polimerase (PCR) da lesão para os vírus herpes simplex 1 e 2, citomegalovírus, varicela-zoster e Epstein-Barr foram negativos. As culturas de sangue, fungos e micobactérias foram todas negativas, mas a cultura da lesão foi positiva para *Pseudomonas aeruginosa*. Foi feito um estudo imunológico para subpopulações linfocíticas, imunoglobulinas IgA-IgM-IgG, teste de ruptura oxidativa de neutrófilos, anticorpos antineutrófilos, VDRL e HIV. Todos esses foram negativos, eliminaram assim a possibilidade de imunodeficiência associada. Após o tratamento com ceftazidima e amicacina por seis dias, a paciente apresentou uma evolução favorável; assim, decidiu-se pela alta hospitalar e administração de ciprofloxacina por 14 dias. Isso resultou na resolução completa da lesão. Em um exame ambulatorial 72 horas após a alta, o hemograma indicou 4.800 leucócitos/mm³ e uma CAN de 96 mm³, que melhorou espontaneamente após duas semanas e não apresentou recidiva após seis meses de seguimento.

O EG é uma doença rara em pacientes pediátricos saudáveis, sem sepse associada. Geralmente, revela uma imunodeficiência subclínica primária. Portanto, é essencial fazer um estudo imunológico completo em todos esses pacientes. Sua mortalidade é alta (mais de 90% em casos de sepse e 15% no caso de infecção local) e a neutropenia é o fator mais importante para o prognóstico.^{1,3,4} Na literatura, existem poucos relatos de EG em pacientes previamente saudáveis; encontramos apenas seis que apresentaram neutropenia grave (< 500 mm³) após o início do quadro clínico, como no presente relato. No entanto, todos esses casos apresentaram um fator etiológico associado (infecções respiratórias, neutropenia infantil benigna e hipogamaglobulinemia).^{4,5} A literatura apresenta relatos de leucopenia induzida por fluoroquinolonas. Ela tende a ser leve a moderada e é relatada em menos de 0,2% dos casos, principalmente em adultos com comorbidades.⁵ No presente caso, a normalização do hemograma ocorreu no fim da segunda semana de tratamento com ciprofloxacina oral; portanto, essa causa não é muito provável. Além disso, foi sugerido que *Pseudomonas aeruginosa* pode causar uma neutropenia transitória mediada por uma toxina que pode inibir a migração de neutrófilos para as áreas afetadas e também reduzir o número de neutrófilos no sangue.^{4,5}

Os autores decidiram relatar este caso devido à manifestação excepcional de neutropenia grave após EG em uma paciente imunocompetente.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.03.009>

☆ Como citar este artigo: Vargas-Mora P, García S, Aranibar L, Valenzuela F. Ecthyma gangrenosum and severe transitory neutropenia in an immunocompetent girl. *An Bras Dermatol.* 2020;95:668–9.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina, University of Chile, Santiago, Chile.



Figura 1 Bolha hemorrágica na vulva com dois dias de evolução.



Figura 2 Úlcera cutânea em grande lábio após sete dias de evolução.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Pablo Vargas-Mora: Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica

e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Santiago García: Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Ligia Aranibar: Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito.

Fernando Valenzuela: Aprovação da versão final do manuscrito; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Conflitos de interesse

Nenhum.

Referências

1. Vaiman M, Lazarovitch T, Heller L, Lotan G. Ecthyma gangrenosum and ecthyma-like lesions: review article. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2015;34:633–9.
2. Martínez-Longoria CA, Rosales-Solis GM, Ocampo-Garza J, Guerrero-González GA, Ocampo-Candiani J. Ecthyma gangrenosum: a report of eight cases. *An Bras Dermatol.* 2017;92:698–700.
3. Pacha O, Hebert AA. Ecthyma gangrenosum and neutropenia in a previously healthy child. *Pediatr Dermatol.* 2013;30:e283–4.
4. Zomorodi A, Wald ER. Ecthyma gangrenosum: considerations in a previously healthy child. *Pediatr Infect Dis J.* 2002;21:1161–4.
5. Cohen N, Capua T, Bilavsky E, Dias-Polak H, Levin D, Grisaru-Soen G. Ecthyma gangrenosum skin lesions in previously healthy children. *Acta Paediatr.* 2015;104:e134–8.

Pablo Vargas-Mora *, Santiago García ,
Ligia Aranibar  e Fernando Valenzuela 

Departamento de Dermatologia, Faculdade de Medicina, University of Chile, Santiago, Chile

* Autor para correspondência.

E-mail: pablovargas.med@gmail.com (P. Vargas-Mora).

Recebido em 12 de novembro de 2019; aceito em 5 de março de 2020

Disponível na Internet em 18 de agosto de 2020

2666-2752/ © 2020 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).