

CARTAS - CASO CLÍNICO

Penfigoide bolhoso simulando necrólise epidérmica tóxica^{☆,☆☆}

Prezado Editor,

O penfigoide bolhoso (PB) é afecção bem conhecida, desencadeada por autoanticorpos dirigidos contra proteínas hemidesmossômicas envolvidas na aderência do queratinócito basal à membrana basal. Seu diagnóstico é estabelecido por bolha subepidérmica, com infiltrado rico em eosinófilos e identificação de anticorpos contra a zona da membrana basal (ZMB).¹

Inúmeras variantes são reconhecidas além do quadro clássico com bolhas tensas disseminadas, como quadros pruriginosos, eritrodérmicos, urticariformes e também simulando necrólise epidérmica tóxica (NET).¹ A forma

urticariforme é a mais frequente dentre as formas não bolhosas.²

Examinamos paciente negra de 52 anos de idade, sem comorbidades, a qual uma semana após utilizar prednisona, ceftriaxona e pantoprazol para faringite, começou a apresentar eritema difuso com descamação por todo o tegumento (fig. 1A). Foi feita a hipótese clínica de farmacodermia. Dadas a disseminação e a intensidade do quadro, foi prescrita metilprednisolona 500 mg, endovenoso (EV), durante cinco dias. Após o corticoide EV, foi mantida prednisona 60 mg oral. Após a medicação EV, começaram a surgir pequenas bolhas (fig. 1B), sem acometimento mucoso com eosinofilia discreta. No décimo dia começou a haver desprendimento epidérmico, lembrando NET (figura 1C-D), com piora da eosinofilia (chegando a 3.700 eosinófilos/mm³).

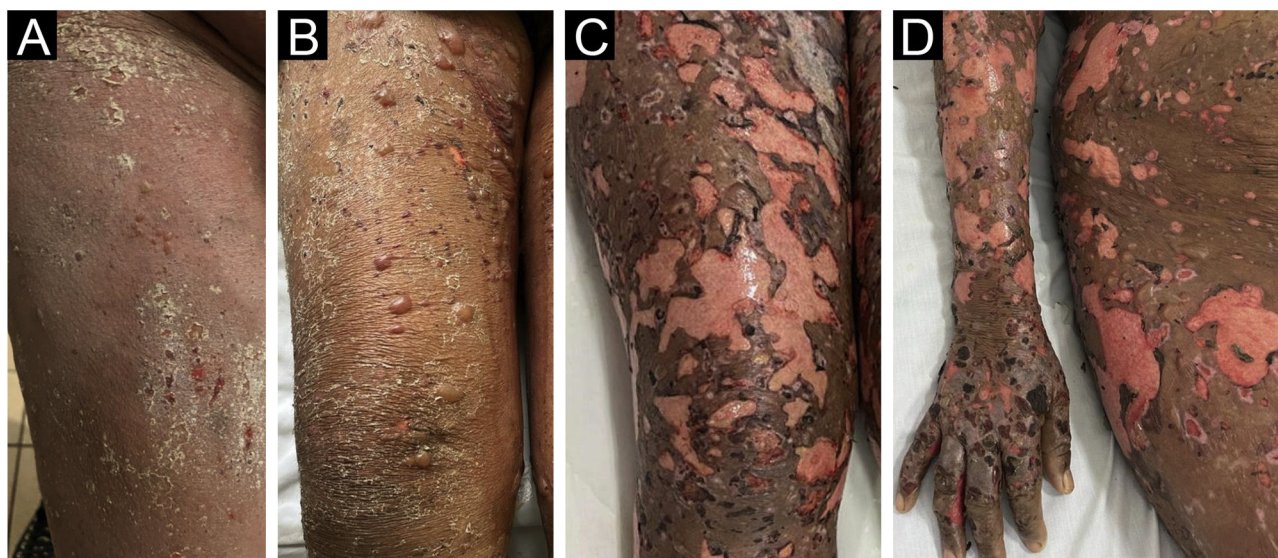


Figura 1 (A) Eritema difuso e descamação no início do quadro. (B) Diminuição do eritema com algumas bolhas. (C-D) Desnudamento de grandes áreas lembrando NET.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.03.009>

☆ Como citar este artigo: de Almeida Jr. HL, Piltcher da Silva R, Jorge VM. Bullous pemphigoid mimicking toxic epidermal necrosis. An Bras Dermatol. 2025;100. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.03.009>.

☆☆ Trabalho realizado na Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil e Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

2666-2752/© 2024 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

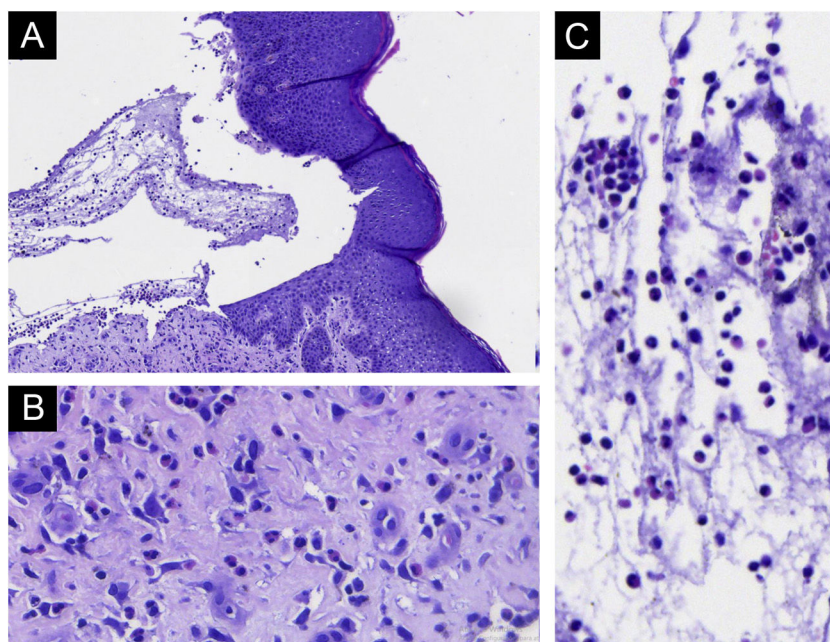


Figura 2 (A) Bolha subepidérmica, sem necrose epitelial. (B) Eosinófilos na derme (setas). (C) Eosinófilos dentro da bolha (setas).

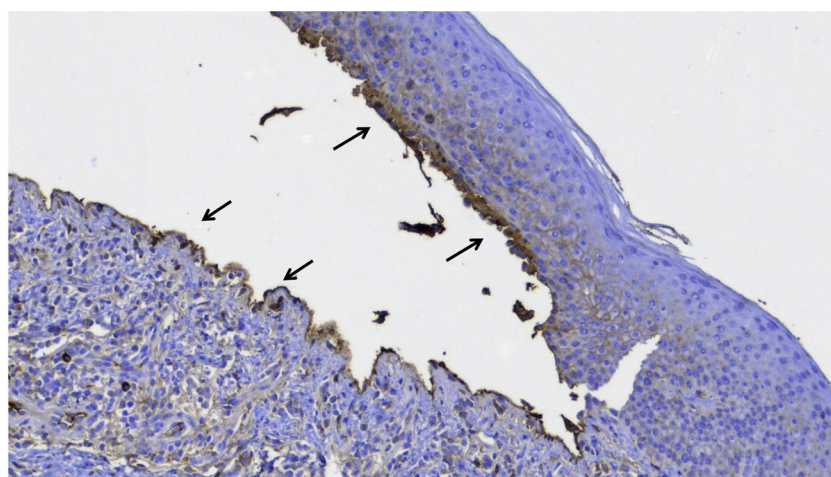


Figura 3 Imuno-histoquímica com anticorpo anti-IgG com positividade no assoalho e no teto da bolha (setas).

Como a paciente apresentasse febre, iniciou-se ciprofloxacina EV e diminuiu-se a prednisona para 40 mg, o que levou ao aparecimento de algumas bolhas novas. Foi então biopsiada uma bolha, que mostrou clivagem subepidérmica, sem necrose epitelial e acentuado infiltrado eosinofílico na derme e no interior da bolha (fig. 2). A imuno-histoquímica demonstrou depósito de IgG no assoalho e teto da bolha (fig. 3). A imunofluorescência indireta demonstrou positividade linear de IgG na ZMB. Nos dez dias seguintes, houve piora do desnudamento da pele. No vigésimo dia havia áreas de reepitelização, erosões das bolhas e bolhas novas concomitantemente (fig. 4A). Com a dose de 40 mg, houve controle do quadro após quatro semanas (fig. 4B). A eosinofilia persistiu e a paciente relatava prurido acentuado, mesmo com as lesões sob controle.

A simulação de NET por PB é conhecida e rara,^{3,4} e o diagnóstico pode ser difícil na fase inicial da doença.⁵ Há também relato de caso desencadeado por imunoterapia para neoplasia sólida.⁶ É provável que a produção intensa de anticorpos contra as proteínas hemidesmossômicas leve ao desprendimento da epiderme, mas sem necrose epitelial como na NET. Outras doenças autoimunes que agredem a junção dermoepidérmica também podem simular NET.⁷

A eosinofilia periférica, como no caso descrito, ocorre em 50% dos casos⁸ de PB e a eosinofilia tecidual é critério para seu diagnóstico. Sua intensidade correlaciona com a gravidade do quadro.⁹

Este caso documenta variante rara de PB, bem como a dificuldade diagnóstica inicial.

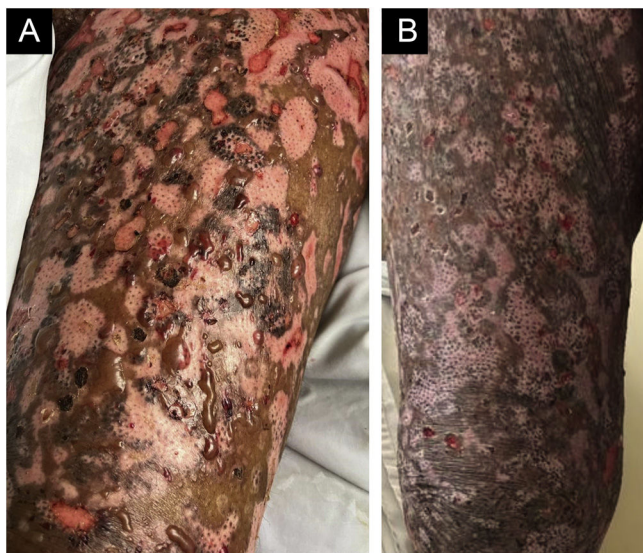


Figura 4 (A) Áreas hipocrômicas reepitelizadas, erosões decorrentes da primeira piora e bolhas novas. (B) Reepitelização quase completa das lesões.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Hiram Almeida Jr.: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; revisão crítica do manuscrito.

Rodrigo Piltcher da Silva: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito.

Valéria Jorge: Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; revisão crítica do manuscrito.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Miyamoto D, Santi CG, Aoki V, Maruta CW. Bullous pemphigoid. *An Bras Dermatol.* 2019;94:133–46.
2. Moar A, Azzolini A, Tessari G, Schena D, Girolomoni G. Non-bullous pemphigoid: a single-center retrospective study. *Dermatology.* 2021;237:1039–45.
3. Shakhashiro M, Bradley TR, Tobin S. Bullous pemphigoid in a centenarian male simulating toxic epidermal necrolysis. *Cureus.* 2023;15:e45037.
4. Sinha P, Krishnan L, Mahato A, Dhiman P, Madakshira MG, Sharma V. A rare case of Toxic Epidermal Necrolysis (TEN) like presentation of bullous pemphigoid with coexistent esophageal candidiasis in an elderly man. *Ind J Dermatopathol Diagn Dermatol.* 2023;10:39–41.
5. Nikyar Z, Hatami P, Aryanian Z, Sotoudeh S, Ziaee V, Goodarzi A. An unusual tEN-like presentation of juvenile bullous pemphigoid: a diagnostic challenge. *Case Rep Dermatol Med.* 2022;2022:8507156.
6. Qiu C, Shevchenko A, Hsu S. Bullous pemphigoid secondary to pembrolizumab mimicking toxic epidermal necrolysis. *JAAD Case Rep.* 2020;6:400–2.
7. Abdelmouttalib A, Meziane M, Senouci K. Toxic epidermal necrolysis-like acute cutaneous lupus erythematosus: two cases report. *Pan Afr Med J.* 2021;38:236.
8. Kridin K. Peripheral eosinophilia in bullous pemphigoid: prevalence and influence on the clinical manifestation. *Br J Dermatol.* 2018;179:1141–7.
9. Farnaghi F, Ehsani AH, Kamyab-Hesary K, Abbasian S, Seirafi H, Nasimi M. Correlation of dermal and blood eosinophilia with bullous pemphigoid disease severity. *Int J Womens Dermatol.* 2020;6:171–5.

Hiram Larangeira de Almeida Jr. ^{ID} a,b,*

Rodrigo Piltcher da Silva ^{ID} c

e Valéria Magalhães Jorge ^{ID} d

^a Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil

^b Departamento de Dermatologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil

^c Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Cirúrgicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

^d Departamento de Cirurgia Geral, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: hiramalmeidajr@hotmail.com (H.L. Almeida Jr.).

Recebido em 18 de fevereiro de 2024; aceito em 27 de março de 2024