

Uma Apresentação Cutânea Secundária a COVID-19 *A Cutaneous Presentation Secondary to COVID-19*

Ana P. Ferro¹ , Ana Oliveira Pinho¹ , Francisca Beires¹ , Mariana Taveira² 

Palavras-chave: Colchicina; Corticosteroides; COVID-19/complicações; Vasculite Leucocitoclástica Cutânea/diagnóstico; Vasculite Leucocitoclástica Cutânea/tratamento farmacológico.

Keywords: Adrenal Cortex Hormones; Colchicine; COVID-19/complications; Vasculitis, Leukocytoclastic, Cutaneous/diagnosis; Vasculitis, Leukocytoclastic, Cutaneous/drug therapy.

Uma mulher de 59 anos foi referenciada à consulta de Medicina Interna por lesões cutâneas e poliartralgias de pequenas articulações, de ritmo inflamatório, com início após duas semanas de resolução de COVID-19 ligeira. Sem medicação habitual ou introdução de novos fármacos.

Apresentava lesões papulares eritematosas no antebraço direito, estendendo-se à mão (Fig. 1), e, nos membros inferiores, lesões papulares eritemato-violáceas (Fig. 2), sem atingimento palmoplantar. Manifestava ainda artrite da articulação radiocárpica direita, das interfalângicas proximais e metacarpofalângicas.

Da investigação etiológica, ANA, anti-dsDNA, anti-ENA, ANCA, fator reumatoide, citrulina e crioglobulinas negativos, imunoglobulinas e complemento normais. Serologia para vírus da Hepatite B sugestiva de contacto prévio, no entanto sem viremia. Excluídas outras causas infecciosas e neoplásicas. Biópsia cutânea compatível com vasculite leucocitoclástica (VLC).

Dada a relação temporal com a COVID-19 e os resultados da investigação, assumiu-se VLC secundária à infeção. Iniciou corticoterapia com boa resposta, mas com recidiva após desmame. Associou-se colchicina 0,5 mg duas vezes/dia, com excelente resposta clínica em duas semanas, suspendendo a corticoterapia em dois meses, sem qualquer recidiva cutânea ou articular até à data.

A VLC é uma vasculite de pequenos vasos, maioritariamente por deposição de imunocomplexos, com atingimento mais frequente da pele.^{1,2} Ocorre, habitualmente, após exposição ao antigénio responsável como um fármaco, microorganismo, entre outros. As lesões podem ser múltiplas e polimórficas.^{1,2}



Figura 1: Lesões papulares eritematosas na metade inferior do braço direito, com envolvimento da mão, sinalizadas por setas.

Geralmente, a COVID-19 apresenta envolvimento cardíaco e pulmonar, mas têm sido documentadas diferentes manifestações, nomeadamente dermatológicas, sendo das mais comuns a VLC.³

Crê-se que na COVID-19 existe uma ligação do SARS-CoV-2 aos recetores da enzima conversora da angiotensina 2 das células endoteliais, levando à sua inclusão, dano vascular e disfunção, culminando em vasculite.^{3,4}

Na maioria dos casos de VLC secundária a COVID-19, o tratamento é sintomático; no entanto, em casos mais resistentes, deve ser realizada corticoterapia e colchicina, sobretudo se atingimento cutâneo.^{3,5} ■

¹Serviço de Medicina Interna, ULSM, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

²Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente, Departamento de Medicina, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal.

<https://doi.org/10.60591/crspmi.134>

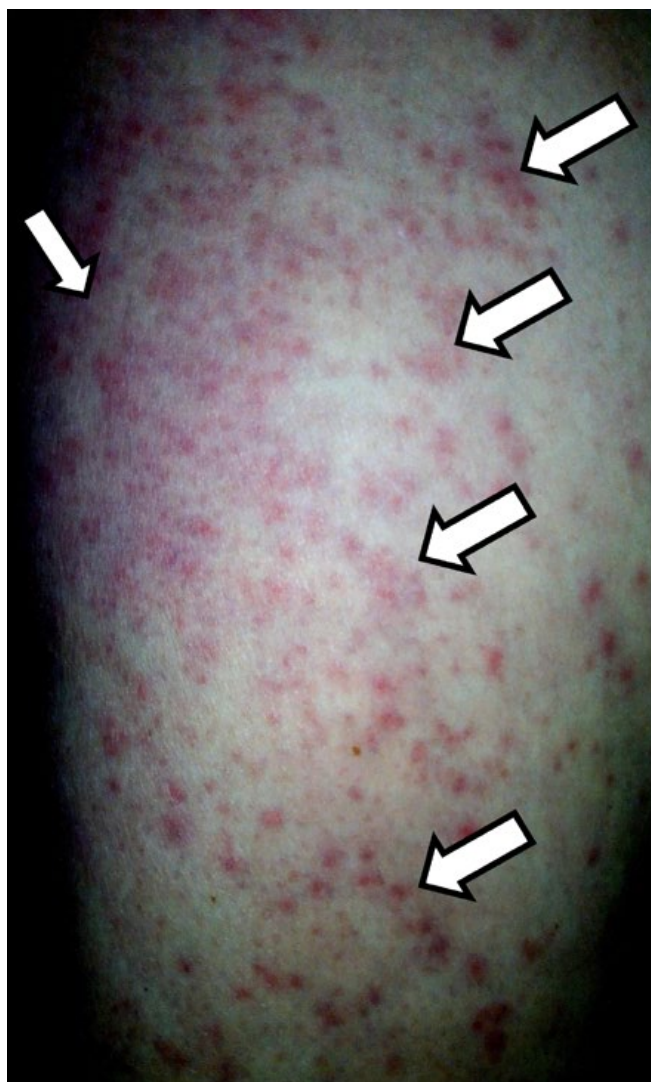


Figura 2: Lesões papulares eritemato-violáceas na perna direita, sinalizadas por setas.

Declaração de Contribuição

APF – Elaboração do artigo

AOP, FB, MT – Revisão do manuscrito

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada

Contributorship Statement

APF – Preparation of the article

AOP, FB, MT – Revision of the manuscript

All authors approved the final draft

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de

interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Consentimento: Consentimento do doente para publicação obtido.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.

Patient Consent: Consent for publication was obtained.

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e SPMI Case Reports 2023. Reutilização permitida de acordo com CC BY. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPMI Case Reports 2023. Re-use permitted under CC BY. No commercial re-use.

Correspondence / Correspondência:

Ana P Ferro - anaspferro@gmail.com

Serviço de Medicina Interna, ULSM, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos, Portugal

Rua Dr. Eduardo Torres, 4464-513 Senhora da Hora

Recebido / Received: 2022/08/16

Aceite / Accepted: 2022/11/02

Publicado online / Published online: 2023/11/29

REFERÊNCIAS

1. Frumholtz L, Laurent-Roussel S, Lipsker D, Terrier B. Cutaneous vasculitis: review on diagnosis and clinicopathologic correlations. *clin Rev Allergy Immunol.* 2021;61:181-193. doi: 10.1007/s12016-020-08788-4.
2. Koutkia P, Mylonakis E, Rounds S, Erickson A. Leucocytoclastic vasculitis: an update for the clinician. *Scand J Rheumatol.* 2001;30:315-22. doi: 10.1080/030097401317148499. .
3. Wong K, Farooq Alam Shah MU, Khurshid M, Ullah I, Tahir MJ, You-saf Z. COVID-19 associated vasculitis: A systematic review of case reports and case series. *Ann Med Surg.* 2022;74:103249. doi: 10.1016/j.amsu.2022.103249.
4. Capoferri G, Daikeler T, Mühleisen B, Trendelenburg M, Müller S. Cutaneous leukocytoclastic vasculitis secondary to COVID-19 infection leading to extensive skin necrosis. *Clin Dermatol.* 2022;40:397-401. doi: 10.1016/j.clin-dermatol.2022.02.013.
5. Fraticelli P, Benfaremo D, Gabrielli A. Diagnosis and management of leukocytoclastic vasculitis. *Intern Emerg Med.* 2021;16:831-41. doi: 10.1007/s11739-021-02688-x.