

Vasculite Leucocitoclástica Secundária a Conjuntivite por *Staphylococcus aureus*

Leucocytoclastic Vasculitis Secondary to *Staphylococcus aureus* Conjunctivitis

Ana Martins Neves¹, Sócrates Vargas Naranjo¹, Ana Bela Mateus¹, Isabel Ensina Lavadinho¹, Carlos P. Quintana²

Autor Correspondente/Corresponding Author:

Ana Martins Neves [ana.neves.doc86@gmail.com]
ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-5542-4412>
Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde
do Alto Alentejo, Portalegre, Portugal
Avenida de Stª António, 7300-853 Portalegre

DOI: <https://doi.org/10.29315/gm.927>

RESUMO

Apresentamos um caso de vasculite leucocitoclástica secundária a um quadro de conjuntivite exsudativa exuberante por *Staphylococcus aureus*, num jovem com antecedentes de alergia a diversos fatores ambientais; dermatite atópica e sinusite crónica. Após anamnese, exames laboratoriais, documentação fotográfica e estudo histopatológico confirmou-se o diagnóstico de vasculite leucocitoclástica. O doente foi internado e cumpriu tratamento antibiótico dirigido associado a elevadas doses de corticoides. A resposta terapêutica favoravelmente progressiva, com desaparecimento das lesões maculopapulares dérmicas e melhoria do seu quadro geral, com a resolução do processo infecioso.

PALAVRAS-CHAVE: Conjuntivite Bacteriana; Infecções Estafilocócicas; *Staphylococcus aureus*; Vasculite Leucocitoclástica Cutânea

ABSTRACT

Authors present a case of leucocytoclastic vasculitis secondary to exuberant conjunctivitis caused by *Staphylococcus aureus* in a young man with a history of allergy to various environmental factors, atopic dermatitis and chronic sinusitis. After anamnesis, laboratory tests, photographic documentation and a histopathological study, the diagnosis of leucocytoclastic vasculitis was confirmed. The patient was hospitalized and underwent targeted antibiotic treatment combined with high doses of corticosteroids. The therapeutic response was favorably progressive, with the dermal maculopapular lesions disappearing and his general condition improving, with the resolution of the infectious process.

KEYWORDS: Conjunctivitis, Bacterial; *Staphylococcus aureus*; Staphylococcal Infections; Vasculitis, Leukocytoclastic, Cutaneous

1. Serviço de Medicina Interna, Unidade Local de Saúde do Alto Alentejo, Portalegre, Portugal 2. Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Espírito Santo de Évora, Évora, Portugal

Recebido/Received: 2024-06-14. Aceite/Accepted: 2025-07-30. Publicado online/Published online: 2025-09-15. Publicado/Published: 2025-12-30

© 2025 Gazeta Médica. This is an open-access article under the CC BY-NC 4.0. Re-use permitted under CC BY-NC 4.0. No commercial re-use.

© 2025 Gazeta Médica. Este é um artigo de acesso aberto sob a licença CC BY-NC 4.0. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC 4.0. Nenhuma reutilização comercial.

INTRODUÇÃO

A vasculite leucocitoclástica (VCL), ou também denominada por vasculite de hipersensibilidade, afeta os pequenos vasos, preferencialmente as vérulas.¹⁻³ Na maioria dos casos a etiologia é idiopática, sendo a apresentação cutânea a mais frequente, contudo em 50% dos casos há um envolvimento de outros sistemas, o renal, cardíaco e o gastrointestinal.¹ De acordo com a literatura, a incidência da VCL é variável de 15 a 38 casos por milhão em cada ano, e com uma prevalência estimada de 2,7% a 29,7% no mundo. Atinge ambos sexos e todas as idades, porém há registo de haver um maior número de casos em homens de idade avançada.² A VCL pode estar associada a processos autoimunes, como por exemplo na vasculite associada aos Anticorpo anticitoplasmático de neutrófilo (ANCA); vasculite de imunocomplexos IgG/IgM; crioglobulinemias; purpura Henoch-Schonlein; ou bem ligada a quadros infeciosos ou sépsis; uso de drogas (medicamentos) ou doenças neoformativas, de acordo com a última revisão de classificação de vasculite – *International Chapel Hill Consensus Conference (CHCC) de 2012*.² A apresentação clínica é variável, pode ser assintomática, mas habitualmente é caracterizada inicialmente pela presença de lesões eritematosas que aparecem no decorrer de 2 a 3 semanas e que evoluem a lesões maculopapulares e que tendem a ser confluentes e simétricas, sobretudo a nível dos membros inferiores.² Esta entidade normalmente não acomete a face, a zona palmar ou plantar. Têm um carácter confluinte e em fase mais avançada da doença é possível observar lesões de maiores dimensões associadas ou não a prurido intenso. Em alguns casos, pode haver recidivas.⁴ O diagnóstico é feito através uma cuidadosa anamnese, exame físico, exames laboratoriais, nomeadamente estudo de doenças autoimunes (ANCA; anticorpo antinuclear (ANA); anticorpo-anticitrulinado; fator reumatoide (FR); complemento); eletroforese de proteínas, imunoglobulinas e crioglobulinas; serologias, tais como a hepatite B e C; culturas e outros exames complementares diagnósticos.¹ A prova diagnóstica *gold-standard* é a biópsia cutânea, que comprova a presença de um infiltrado neutrofílico, em que se verifica a desintegração dos núcleos dos neutrófilos, conhecido também por (cariorrexia) e às vezes lesões de necrose fibrinoide.^{1,2} O tratamento de eleição é uso de corticosteroides, prednisolona 1 a 2 mg/kg, associado habitualmente a tratamento imunossupressor, por exemplo, ciclofosfamida ou azatriopina atendendo a gravidade e a etiologia do quadro clínico.³ O doente deve manter seguimento ambulatório, e o tratamento é prolongado com a duração de 3 a 6 semanas.¹

CASO CLÍNICO

Homem de 25 anos de idade, trabalhador numa indústria de fabrico de pão, com antecedentes de alergia a múltiplos agentes ambientais, nomeadamente ao pólen, gramíneas, ácaros e alguns alimentos; dermatite atópica e sinusite crónica, recorre ao serviço de urgência do hospital por quadro de edema ocular com exsudado purulento e edema da face com lesões maculopapulares em diferentes estádios de evolução, com a presença de crostas a nível periocular, face, pescoço, tronco (Figs. 1 e 2) e menos evidentes nos membros inferiores, associado a prurido e febre de 38°C com 48 horas de evolução, sem outras queixas ou sintomatologia associada. Inicialmente foi avaliado no seu centro de saúde e medicado com antibiótico para quadro de conjuntivite e prednisolona (oral), mas o qual não iniciou por agravamento clínico progressivo e mal-estar geral. No hospital foi observado por Oftalmologia que diagnosticou conjuntivite exsudativa purulenta com uma extensa reação dérmica secundária ao processo inflamatório, sugerindo o seu internamento para tratamento e realização de exames complementares diagnósticos. Foi iniciado tratamento com piperacilina/tazobactam 4,5 g 6/6 horas - endovenoso (ev) empiricamente, após a colheita de duas Hemoculturas, antigenurias e cultura do exsudado purulento ocular; para além de todo um vasto estudo analítico contemplando doenças autoimunes; serologias; antiestreptolisina-O; imunoglobulinas; eletroforese de proteínas; crioglobulinas; estudo de imunologia, com IgE, despiste de alergias a diferentes agentes ambientais/alimentares, juntamente com os anticorpos anti-gliadina e anti-transglutaminase atendendo os seus antecedentes pessoais e contexto laboral. Foi também realizada uma biópsia das lesões cutâneas e uma tomografia computorizada (TC) do pescoço e partes moles, para exclusão da presença de abcessos / celulite, já que apresentava um edema exuberante da face. Para além do antibiótico iniciou corticoterapia sistémica com dexametasona 8 mg; 8/8 horas ev, que veio a mostrar benefício progressivo, verificando-se o desaparecimento das lesões dérmicas e diminuição do edema facial. O desmame foi realizado ponderadamente para prednisolona 20 mg 1 comprimido (cp) dia por via oral.

Foi isolado o agente patogénico *Staphylococcus aureus* na cultura do exsudado ocular e ao fim de 3 dias de piperacilina/tazobactam (ev) foi feito o switch para flucloxacilina 500 mg 8/8 horas ev de acordo com o resultado do teste de sensibilidade aos antibióticos (TSA), completando 10 dias de tratamento.

A histologia da biópsia cutânea realizada da região



FIGURA 1. Lesões eritematosas e maculopapulares com exsudado purulento derivado da conjuntivite, afetando a região ocular e face do doente, associado a edema da hemiface esquerda.



FIGURA 2. Lesões eritematosas pruriginosas e maculopapulares em diferentes estádios de evolução na região do tronco e pescoço.

do tórax, revelou no diagnóstico anatomo-patológico, lesões de vasculite leucocitoclástica com epiderme focalmente ulcerada (Figs. 4 e 5). Dos restantes exames complementares realizados a destacar na TC do pescoço e partes moles um espessamento na hemiface e região laterofacial esquerda, com densificação subcutânea difusa, sugerindo uma extensa área de celulite. Analiticamente, para além de uma leucocitose com neutrofilia associado a uma elevação dos valores de proteína-C reativa (PCR); procalcitonina (PCT) e velocidade de sedimentação (VS), que gradualmente foram diminuindo durante o internamento, não se verificou nenhum agravamento ou alteração da função de coagulação; marcadores da função e lesão hepática; da função renal, cardíaca ou renal. A destacar a presença de um aumento significativo de IgE de 17327 IU/mL e um índice aumentado para o teste sanguíneo para alergia (RAST) a multi-fatores alimentares e ambientais, como por exemplo, a gema e clara de ovo, leite de vaca, glúten, amendoim, ácaros (100 kU A/L), gramíneas e parietária. O estudo de doenças autoimunes; serologias (citomegalovírus (CMV); vírus da imunodeficiência humana (VIH); vírus herpes zóster (VHZ); *Treponema pallidum* e hepatites); Imunoglobulinas; criglobulinas; antiestreptolisina-O; anticorpos anti-gliadina e anti-transglutaminase; 2 hemoculturas e antigenurias foram negativos. Outros exames complementares diag-

nósticos realizados, tal como o raio-X de tórax (RXT); ecocardiograma transtorácico, não revelaram alterações.

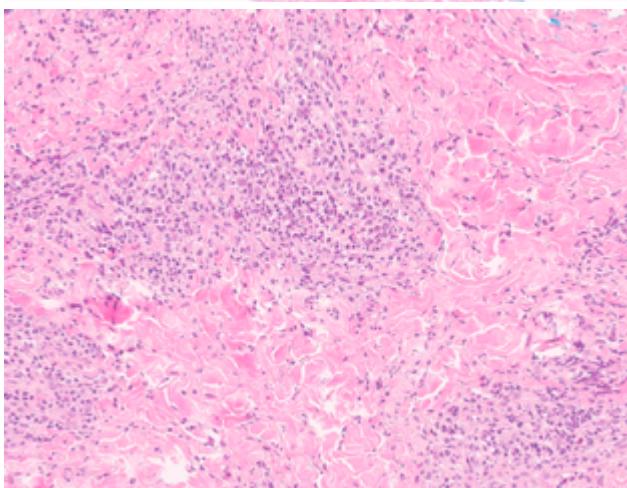
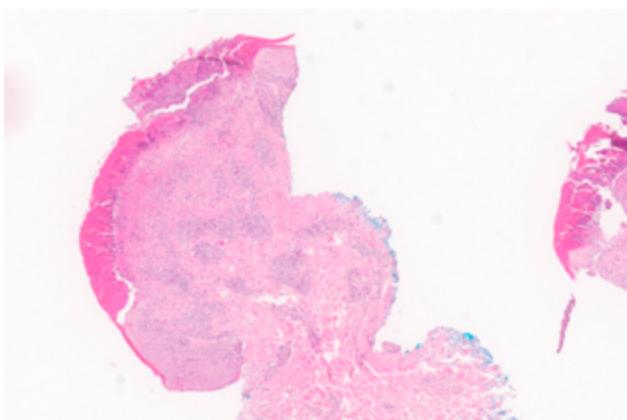
A associação do tratamento antibiótico e corticoterapia sistémica contribuiu favoravelmente para a resolução do quadro infecioso e da sua apresentação extensa dérmica (Fig. 3). O internamento decorreu sem intercorrências. O doente teve alta ao fim de 14 dias de permanência no hospital, e manteve tratamento com prednisolona 10 mg, duas vezes ao dia, analgesia, antihistamínico em SOS, e com indicação para evitar fatores alergénicos que poderão eventualmente predispor a quadros infeciosos ou alérgicos. Foi encaminhado para consulta de Medicina Interna e de Imunoalergologia para continuação de estudo.

DISCUSSÃO

O principal propósito deste trabalho é alertar para a ocorrência de fenómenos sistémicos reativos como resposta a um quadro infecioso primário e que podem surgir de forma exuberante, comprometendo de forma severa a saúde e o bem-estar de um indivíduo. É fundamental fazer uma boa anamnese e ter uma atitude médica célere tanto na estabilização do doente, como no apuramento da causa etiológica subjacente. Como foi dito anteriormente as VCL podem estar associadas



FIGURA 3. Fase final após tratamento com antibioterapia e corticoterapia sistémica, com desaparecimento das lesões dérmicas e do edema da face.



FIGURAS 4 E 5. Ulceração da epiderme e derme com infiltrado inflamatório perivasicular superficial com presença de neutrófilos e extravasação eritrocitária e foco de necrose fibrinoide.

a doenças autoimunes; a processos infeciosos; patologias hematológicas ou oncológicas. A maioria dos casos são de etiologia idiopática e a apresentação dérmica a mais frequente. O diagnóstico *gold-standard* é através do estudo histopatológico e que irá permitir observar e caracterizar a VCL. Nesta situação a terapêutica anti-biótica para o quadro infecioso que despoletou a VCL foi eficaz, sendo necessário a administração de corticoides sistémicos, verificando-se uma melhoria clínica e analítica de forma pronunciada, tal como se pôde constatar nas fotografias exibidas.

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO /CONTRIBUTORSHIP STATEMENT

AMN: Recolha de informação clínica e elaboração do manuscrito.

SVN: Análise de dados clínicos e elaboração do manuscrito.

ABM: Análise e descrição do manuscrito e revisão do manuscrito.

CPQ: Análise e descrição do manuscrito e imagens histopatológicas.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada

AMN: Collection of clinical information and preparation of the manuscript.

SVN: Analysis of clinical data and preparation of the manuscript.

ABM: Analysis and description of the manuscript and review of the manuscript.

CPQ: Analysis and description of the manuscript and histopathological images.

All the authors approved the final version to be published

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.

FINANCIAL 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 patient data.

PATIENT CONSENT: Consent for publication was obtained.

PROVENANCE AND PEER REVIEW: Not commissioned; externally peer-reviewed

REFERÊNCIAS

1. Bezerra SA, Polimanti CA, Oliveira AR, Fürst CV, Criado RP, Corrêa AJ. Diagnóstico e terapêutica precoce de vasculite leucocitoclastica: relato de caso. *J Vasc Bras.* 2020; 19: e20180072. doi: 10.1590/1677-5449.190072
2. 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.
3. Neto AB. Vasculites por Hipersensibilidade [acedido Jan 2022] Disponível em: https://www.medicinanet.com.br/contudos/revisoes/7615/vasculites_por_hipersensibilidade.htm
4. Brasileiro LJ, Mendes GV, Chen J, Costa PI, Ayres SA, Santos AM. Vasculite leucocitoclastica crônica: relato de um caso e revisão bibliográfica. *J Vasc Br.* 2004;3: 392-6.