

Imagem Clínica

# Eritema Nodoso Devido à Tuberculose: Quando a Pele Fala pela Infecção

Maíza Baptista <sup>1</sup>, Marysol Badell Fonseca <sup>1,2,3</sup>, Mauer Gonçalves <sup>1,4,\*</sup>

<sup>1</sup> Aliva Saúde, Luanda, Angola.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Central da Venezuela, Caracas, Distrito Capital, Venezuela.

<sup>4</sup> Centro de Estudos Avançados em Educação e Formação Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto, Luanda, Angola.

\* Correspondência: mauergoncalves@gmail.com.

**Resumo:** Não aplicável.

**Palavras-chave:** Tuberculose; Eritema Nodoso; Relato de Caso.

**Citação:** Baptista M, Fonseca MB, Gonçalves M. Eritema Nodoso Devido à Tuberculose: Quando a Pele Fala pela Infecção. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec;06 (1):bjcr165.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr165>

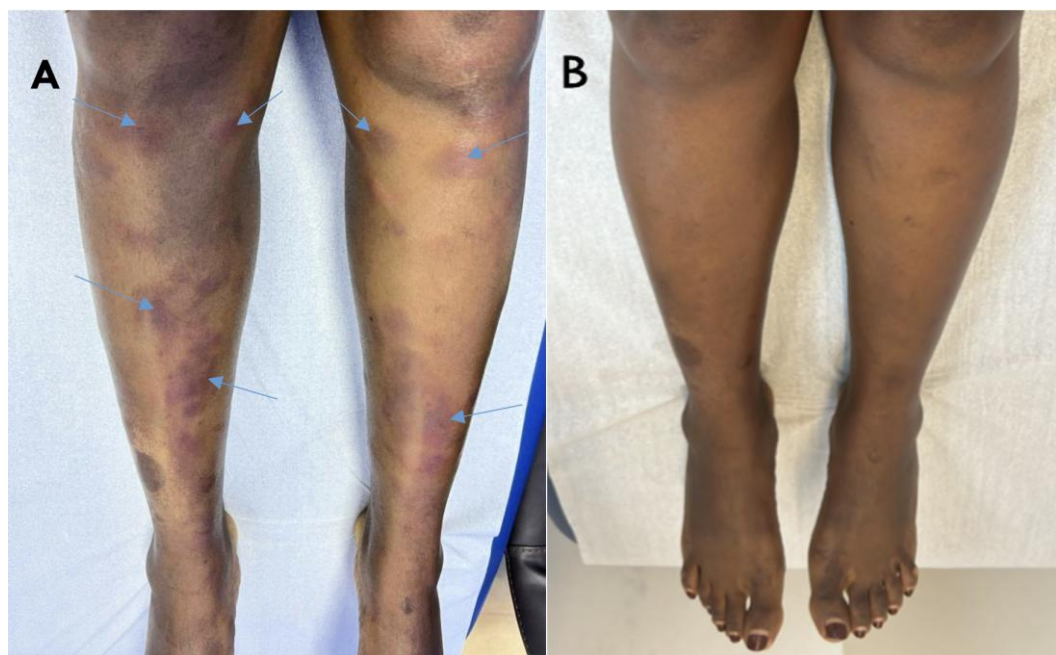
Recebido: 9 Novembro 2025

Aceito: 26 Fevereiro 2026

Publicado: 6 Março 2026



**Copyright:** This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).



**Figura 1:** A. Mostra imagens de lesões nodulares eritematosas nos membros inferiores (setas azuis). B. Ausência de lesões nos membros inferiores após três semanas de tratamento.

Uma mulher de 33 anos (fototipo VI de Fitzpatrick) apresentou história de dois anos de episódios recorrentes de lesões nodulares dolorosas, predominantemente acometendo as faces anteriores de ambas as pernas. As lesões surgiam em surtos com duração de várias semanas e evoluíam para coloração semelhante a equimose (contusifor-me) antes de re-

gressão espontânea parcial. Os episódios eram acompanhados de febre baixa, fadiga, artralgia e dificuldade para deambular devido à dor. O exame físico revelou múltiplos nódulos subcutâneos eritematosos e dolorosos à palpação, distribuídos simetricamente sobre as superfícies tibiais anteriores (Figura 1A). Não foram observadas ulceração, predomínio em panturrilha posterior, cicatrizes ou fístulas com drenagem.

Os exames laboratoriais demonstraram velocidade de hemossedimentação discretamente elevada (30 mm/hora), enquanto hemograma completo, proteína C-reativa, provas de função hepática e renal, título de antiestreptolisina O, anticorpos antinucleares e sorologia para HIV estavam dentro da normalidade. A radiografia de tórax não evidenciou sinais de doença pulmonar ativa. O teste de liberação de interferon-gama (IGRA) foi positivo, indicando infecção por *Mycobacterium tuberculosis* neste contexto endêmico para tuberculose.

A biópsia cutânea demonstrou paniculite septal com alargamento dos septos e infiltrado inflamatório linfo-histiocitário, sem vasculite, paniculite lobular, inflamação granulomatosa ou necrose, achados compatíveis com eritema nodoso. A avaliação histopatológica foi realizada por patologista experiente. Embora as imagens histológicas tenham sido originalmente arquivadas, o arquivo digital foi irremediavelmente perdido após atualização do software da clínica; assim, apenas a descrição formal do laudo anatomopatológico está disponível.

O eritema nodoso é uma paniculite septal considerada uma reação de hipersensibilidade tardia a gatilhos sistêmicos, incluindo infecções, doenças autoimunes, fármacos e tuberculose [1]. Em regiões endêmicas, a tuberculose permanece uma importante consideração etiológica. O padrão recorrente observado nesta paciente provavelmente refletia estímulo antigênico persistente [2,3]. Em áreas endêmicas, o eritema nodoso pode representar um tuberculíde, ou seja, uma reação de hipersensibilidade a antígenos micobacterianos sem demonstração de bacilos na pele [4]. A distinção entre eritema nodoso e eritema indurado de Bazin (EIB) é essencial, pois o EIB é tipicamente considerado uma paniculite lobular com vasculite e pode representar um processo infeccioso localizado mais direto. A distribuição clínica (acometimento tibial anterior sem ulceração) e os achados histopatológicos (paniculite septal sem vasculite) foram decisivos nessa diferenciação.

Diante do IGRA positivo, velocidade de hemossedimentação discretamente elevada, sintomas sistêmicos, contexto epidemiológico, histopatologia compatível e exclusão de causas alternativas, foi diagnosticado eritema nodoso associado à tuberculose. A decisão de iniciar o esquema completo com quatro fármacos antituberculose baseou-se na classificação de provável tuberculose extrapulmonar ativa manifestando-se como tuberculíde, de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde para o manejo de tuberculose ativa suspeita em áreas endêmicas [5].

Observou-se melhora clínica acentuada em três semanas, com resolução completa das lesões (Figura 1B). Após dois meses, o tratamento foi ajustado para rifampicina e isoniazida por mais quatro meses. No seguimento de seis meses, a paciente permaneceu assintomática, sem recorrência. A resposta terapêutica rápida e sustentada reforça a relação causal. Este caso destaca a importância de reconhecer o eritema nodoso como possível manifestação cutânea da tuberculose, particularmente em regiões endêmicas, onde a identificação precoce pode direcionar investigação sistêmica adequada e tratamento oportuno.

**Financiamento:** Nenhum.

**Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa:** O paciente forneceu consentimento livre e esclarecido por escrito para participar, e o estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes éticas descritas na Declaração de Helsinque.

**Agradecimentos:** Nenhum.

**Conflitos de Interesse:** Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## Referências

1. Pérez-Garza DM, Chavez-Alvarez S, Ocampo-Candiani J, Gomez-Flores M. Erythema Nodosum: A Practical Approach and Diagnostic Algorithm. *Am J Clin Dermatol*. 2021 May;22(3):367-378. doi: 10.1007/s40257-021-00592-w. Epub 2021 Mar 8. PMID: 33683567; PMCID: PMC7938036.
2. Laborada J, Cohen PR. Tuberculosis-Associated Erythema Nodosum. *Cureus*. 2021 Dec 5;13(12):e20184. doi: 10.7759/cureus.20184. PMID: 35004007; PMCID: PMC8723782.
3. Rizvi Z, Iqbal T, Javed A, Rizvi A. Erythema Nodosum: A Consequence of Tuberculosis. *Cureus*. 2019 May 23;11(5):e4724. doi: 10.7759/cureus.4724. PMID: 31355084; PMCID: PMC6650172.
4. Dhatarwal N, Ramesh V. Tuberculids: A Narrative Review. *Indian Dermatol Online J*. 2022 Dec 14;14(3):320-329. doi: 10.4103/idoj.idoj\_284\_22. PMID: 37266079; PMCID: PMC10231720.
5. WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 4: treatment - drug-susceptible tuberculosis treatment. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cf34aa08-c5d4-4b64-85cd-2ec1e6b14d91/content>.