



Eczema numular: um desafio diagnóstico

Catarina Pinto Nogueira,¹ Inês Valga Souto,¹ Margarida Brandão,² Rui Rocha²

RESUMO

Enquadramento: O médico de família (MF) lida frequentemente com utentes com manifestações dermatológicas, cujo diagnóstico é um desafio. O eczema numular é um tipo disseminado de eczema que se caracteriza por lesões discoides pruriginosas e bem delimitadas. Atinge mais frequentemente indivíduos do sexo masculino com idade superior a 50 anos. O seu diagnóstico é clínico. Com este caso pretende-se sensibilizar o MF para a sua apresentação clínica, diagnósticos diferenciais, tratamento e prognóstico.

Descrição do caso: Homem de 53 anos, serralheiro, casado, com antecedentes pessoais de tabagismo, alcoolismo, dislipidemia e hipoacusia de transmissão, que recorre à consulta por aparecimento de máculas e placas eritemato-descamativas, arredondadas, de diâmetro variável (1-3cm), muito pruriginosas, dispersas nos membros superiores e inferiores, com cerca de três meses de evolução. Referia agravamento noturno do prurido. Sem atingimento do estado geral ou outros sintomas sistémicos. Desconhecia processo infeccioso no início das manifestações cutâneas. Previamente ao diagnóstico, o utente foi observado em três consultas efetuadas por médicos diferentes: inicialmente, as lesões foram interpretadas como reação alérgica, uma vez que manuseava produtos irritantes no local de trabalho; posteriormente foi tratado para *Tinea corporis* e, por último, foi colocada a hipótese de se tratar de uma *Psoríase gutata* e foi medicado em consonância, sem melhoria. Dada a dificuldade diagnóstica foi pedido parecer à dermatologia, *via Alert*, que considerou tratar-se de um eczema numular.

Comentário: O eczema numular é uma entidade com etiopatogenia desconhecida, cujas manifestações clínicas são características, atingindo preferencialmente as extremidades. É importante considerar outros diagnósticos diferenciais, como dermatite atópica, dermatite alérgica, *Tinea corporis* e *Psoríase gutata*. O tratamento incluiu aplicação de hidratantes e corticoides tópicos. O seu prognóstico é excelente, apesar de existir possibilidade de recorrência. A divulgação deste caso clínico permitirá refletir acerca desta patologia, reforçando a importância do diagnóstico diferencial e do tratamento adequado.

Palavras-chave: Eczema numular; Diagnóstico; Tratamento.

INTRODUÇÃO

O eczema numular é uma dermatite inflamatória que se caracteriza por lesões eritematosas discoides, pruriginosas e bem delimitadas, dispersas pelos membros superiores e inferiores.¹⁻⁶ É mais frequente em indivíduos do sexo masculino com idade superior a 50 anos.¹ A sua etiologia é desconhecida, embora já tenham sido identificados fatores associados ao seu aparecimento, nomeadamente xerose cutânea, alergia de contacto aos metais e sensibilização ambiental a aeroalérgenos.¹⁻⁶ O diagnóstico desta entidade é clínico, dispensando a rea-

lização de exames complementares.^{1-2,4-5} Contudo, a identificação desta patologia é por vezes um desafio, dada a diversidade de diagnósticos diferenciais frequentes na prática clínica do médico de família (MF). O tratamento pode ser instituído no âmbito dos cuidados de saúde primários (CSP) e inclui a aplicação de emolientes e corticoides tópicos.¹⁻⁶ Na maioria dos casos o prognóstico é excelente, com remissão das lesões após duas a quatro semanas de tratamento.¹ Ocasionalmente pode verificar-se recorrência da patologia, havendo necessidade de realizar ciclos curtos de corticoterapia tópica.^{1-2,4-5}

A apresentação deste caso clínico permitirá recordar os aspetos semiológicos característicos do eczema numular e salientar as dificuldades associadas à sua identificação. Também demonstra a relevância da articula-

1. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF Fânzeres, ACeS Grande Porto II.

2. Médico Assistente de Medicina Geral e Familiar. USF Fânzeres, ACeS Grande Porto II.



ção estreita com o serviço de dermatologia do Centro Hospitalar do Porto (CHP), que possibilita a discussão de casos clínicos de forma célere.

DESCRIÇÃO DO CASO

Identificação

Homem de 53 anos, de raça caucasiana, natural e residente em Rio Tinto, casado, serralheiro civil. O utente integra uma família nuclear, na fase VI do ciclo familiar de *Duvall*, classe socioeconómica III (média), segundo a escala de *Graffar*. Tem antecedentes patológicos de tabagismo (carga tabágica de 40 Unidades Maço-Ano), consumo excessivo de álcool (consumo médio 616 gramas de álcool por semana), dislipidemia não controlada, hérnia discal com compromisso da raiz de L5 e hipoacusia de transmissão à esquerda secundária a mastoidectomia por colesteatoma em 1998. Não realiza medicação crónica. Sem alergias conhecidas. Sem antecedentes familiares de relevo.

História da doença atual

Consulta não programada na USF (07.04.2016)

O utente recorreu a uma consulta em sistema de intersubstituição na sua Unidade de Saúde Familiar (USF) por lesões dispersas nos membros superiores e inferiores, muito pruriginosas, com três meses de evolução. Nega sinais e sintomas sistémicos. Refere ainda que no seu local de trabalho manuseia diariamente produtos químicos irritantes. Desconhece processo infeccioso no início das manifestações cutâneas. Ao exame objetivo apresentava máculas eritemato-descamativas, arredondadas, de limites bem definidos, dispersas pelos membros superiores e inferiores, que foram interpretadas como dermatite de contacto alérgica com sobreinfecção bacteriana. Foi medicado com hidroxizina 25mg e betametasona 1mg/g + ácido fusídico 20mg/g, duas vezes por dia durante duas semanas, tendo sido explicados os sinais e sintomas que motivariam a reavaliação. Tendo em conta que obteve apenas melhoria ligeira das lesões descritas, suspendeu o tratamento após uma semana.

Consulta não programada na USF (20.04.2016)

Após suspensão do tratamento houve recrudescimento das lesões, pelo que o utente recorreu à consulta não programada da sua MF cerca de duas semanas

depois. Ao exame objetivo mantinha máculas eritemato-descamativas com localização e características semelhantes às da consulta prévia. Foi considerada a hipótese de se tratar de uma dermatofitose, *Tinea corporis*, tendo sido prescrito antifúngico tópico: cetoconazol 20mg/g, duas vezes por dia durante duas a quatro semanas.

Consulta não programada na USF (05.05.2016)

Por persistência das lesões após duas semanas de tratamento, o utente deslocou-se novamente a consulta na USF em sistema de intersubstituição, tendo sido observado por um terceiro médico. Dois dias antes, por considerar que a resposta ao tratamento inicialmente instituído surtiu efeito, reiniciou hidroxizina 25mg e betametasona 1mg/g + ácido fusídico 20mg/g duas vezes por dia. Ao exame objetivo apresentava máculas eritemato-descamativas, arredondadas, de limites bem definidos, dispersas pelos membros superiores e inferiores, com lesões de coceira e sobreinfecção bacteriana associada. Dada a resposta inadequada aos tratamentos anteriormente instituídos foi considerada a possibilidade de se tratar de uma *Psoríase gutata* e foi medicado com betametasona + calcipotriol 0,5mg/g + 0,05mg/g uma vez por dia e amoxicilina 875mg + ácido clavulânico 125mg, de 12/12 horas durante sete dias. Considerada a dificuldade no diagnóstico realizou-se também a referência à tele dermatologia do CHP, com envio de fotografias das lesões observadas na consulta (Figura 1).

Consulta de tele dermatologia do CHP (10.05.2016)

Após análise da história clínica e observação das fotografias enviadas, a dermatologia considerou tratar-se de um eczema numular com sobreinfecção estreptocócica. Foi proposta a suspensão de betametasona + calcipotriol 0,5mg/g, a manutenção de antibioterapia oral, a prescrição de anti-histamínico e aplicação tópica de hidrocortisona 1mg/g uma vez por dia. Reforçou ainda a necessidade de utilização de emoliente para hidratação cutânea.

Consultas não programadas na USF (28.06.2016, 18.07.2016 e 18.08.2016)

Embora tenha sido estabelecido um plano terapêutico, o utente cumpriu de forma irregular o tratamento



Figura 1. Lesões maculares eritemato-descamativas, arredondadas, de limites bem definidos.

instituído, pelo que se verificou recrudescimento periódico das lesões, que motivaram o recurso a várias consultas não programadas na USF em sistema de intersubstituição. Após explicação da necessidade de cumprir a terapêutica durante o período de tempo recomendado (duas a quatro semanas), da possibilidade de recorrência e do tratamento a instituir pelo próprio nessa situação, o utente apresentava a 14.11.2016 uma melhoria franca das lesões ao exame objetivo (Figura 2).

COMENTÁRIO

O eczema numular é uma dermatite inflamatória com etiopatogenia desconhecida e manifestações clínicas características.¹⁻⁶ Atinge maioritariamente indivíduos do sexo masculino com idade superior a 50 anos, embora possa acometer todas as faixas etárias.¹ Raramente surge em idade pediátrica.⁵ Tipicamente apresenta-se com máculas e pápulas eritemato-descamativas, muito pruriginosas, de forma arredondada semelhante a uma moeda, com diâmetro habitualmente



Figura 2. Eczema numular após corticoterapia tópica.

compreendido entre 1 e 10cm.¹ Caracteristicamente, na fase aguda, as lesões são eritematosas e exsudativas.¹ Ao longo do tempo surge xerose das lesões e da pele circundante, favorecendo o aparecimento de crostas e a região central adquire uma tonalidade mais clara, com aparência anelar.¹

O diagnóstico desta patologia é clínico, baseado na aparência singular das lesões, dispensando a realização de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente laboratoriais ou biópsia.^{1-2,4-6}

Frequentemente, a dificuldade em identificar esta entidade prende-se com a existência de diagnósticos diferenciais mais prevalentes na prática clínica do ME, como as dermatites atópica e de contacto alérgica, *Tinea corporis* e *Psoríase gutata*.¹ No que se refere à primeira, o seu aparecimento ocorre numa idade mais precoce (90% dos casos surgem antes dos cinco anos),



existe habitualmente história de atopia (rinite e asma alérgicas) e a erupção cutânea localiza-se preferencialmente nas mãos, pés e superfícies extensoras dos membros.^{3,6} A xerose cutânea é um estigma comum a ambas as entidades.^{3,6} Na dermatite de contacto alérgica as manifestações cutâneas estão circunscritas ao local de contacto com a substância a que o indivíduo está sensibilizado.³ O diagnóstico diferencial com eczema numular coloca-se porque esta entidade pode surgir não só num primeiro contacto, mas em qualquer altura da vida, ainda que tenha havido exposição repetida ao alergénio envolvido. Nestes casos poderá considerar-se a realização de testes epicutâneos que clarificam o diagnóstico.³ A *Tinea corporis*, na sua apresentação inicial, pode simular o eczema numular.¹ Esta afeção é provocada por fungos (*Microsporum*, *Trichophyton* e *Epidermophyton*) e, apesar de surgir em qualquer idade, é mais comum em crianças.^{3,6} Embora possa manifestar-se por várias lesões anelares, é típica a presença de um bordo circinado, com maior eritema e descamação.⁶ Se persistir a dúvida diagnóstica poderá realizar-se o raspado cutâneo para cultura micológica.⁷ Por sua vez, a *Psoríase gutata* apresenta-se tipicamente com o aparecimento de múltiplas pápulas eritematosas descamativas, pouco pruriginosas, de dimensões entre 5 a 15mm, localizadas no tronco e extremidades proximais.³ É mais frequente em crianças e adultos jovens e geralmente precedida por uma infeção estreptocócica.³ Em casos selecionados pode ser necessária a biópsia da pele atingida para confirmação diagnóstica.⁸

No caso clínico descrito foram considerados os vários diagnósticos diferenciais referidos, em parte devido à observação fragmentada realizada por diferentes médicos em contexto de consulta não programada, o que prejudicou a correta reavaliação das lesões cutâneas e respetiva resposta aos tratamentos instituídos. O facto de se tratar de uma entidade rara, cuja prevalência não está descrita na literatura, condicionou o raciocínio clínico, que atribuiu primazia às doenças mais prevalentes na prática clínica dos CSP. A articulação com a dermatologia do CHP, que permitiu o envio da história clínica e das fotografias das lesões, constituiu uma mais-valia significativa com uma resposta célere de apoio ao diagnóstico.

A abordagem terapêutica do eczema numular en-

volve medidas gerais para redução da xerose e evicção de substâncias irritantes, bem como o tratamento da inflamação cutânea.¹⁻⁶ Neste sentido, aconselha-se hidratação com emoliente e diminuição do tempo e da temperatura da água do banho, bem como limitação do contacto com substâncias irritantes, adequando, por exemplo, o detergente da roupa.¹⁻⁶ Poderá ainda considerar-se a utilização de um humidificador para manter a humidade da casa adequada.^{1,5} No que se refere à terapêutica farmacológica considera-se primeira linha a aplicação de corticoides tópicos de elevada potência.^{1,3} Habitualmente preconiza-se uma duração de duas a quatro semanas, podendo ser necessários ciclos repetidos em caso de recrudescimento das lesões.¹ A utilização de roupa oclusiva favorece a penetração dos corticoides na pele atrofica.¹ No caso de se verificar sobreinfeção bacteriana, mais frequentemente por *Staphylococcus aureus*, as lesões adquirem um aspeto crostoso amarelado e é necessário instituir antibioterapia oral.³⁻⁴ Nos casos severos ou refratários deve ser efetuada referenciação para consulta de dermatologia para eventual fototerapia ou corticoterapia sistémica.^{1,3-4}

O prognóstico desta patologia é, na maioria dos casos, favorável, com o desaparecimento da totalidade das lesões.^{1-2,4-5} No entanto, nalguns casos, este poderá recorrer, como se verificou no caso clínico descrito. É importante o MF avaliar a adesão ao tratamento instituído, bem como informar o utente da possibilidade de recorrência, capacitando-o para gerir uma patologia dermatológica que pode evoluir para a cronicidade.

Com este caso clínico pretende-se alertar para o diagnóstico de eczema numular, patologia que pode ser identificada e tratada no âmbito dos CSP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zirwas MJ. Nummular eczema [updated 2018 Sep 27]. In: UpToDate [Internet]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/nummular-eczema>
2. Herrera DE, Ruíz-del Portal G, Barrera MV. Eczema numular. In: Herrera-Ceballos E, Moreno-Carazo A, Requena-Caballero L, Rodríguez-Peralto JL, editors. Dermatopatología: correlación clínico-patológica. Área Científica Menarini; 2007. p. 131-3. ISBN 9788496504105
3. Cochito M. Eczema numular. In: Cochito M, Martínez C, Trindade F, Páris FR, Coelho JD, Baptista J, et al, editors. Terapêutica dermatológica em ambulatório: notas, conselhos, esquemas posológicos. 2ª ed. Lisboa: LIDEL; 2007. p. 94-5. ISBN 9789727574247
4. National Eczema Association. Nummular eczema – Nummular dermatitis – Discoid eczema: what is numular eczema – numular dermatitis

– discoid eczema? [homepage]. Novato, CA: NEA; 2016. Available from: <https://nationaleczema.org/eczema/types-of-eczema/nummular-eczema/>

5. American Academy of Dermatology. Nummular dermatitis: overview (also called discoid eczema) [homepage]. Rosemont, IL: AAD; 2016. Available from: <https://www.aad.org/public/diseases/eczema/nummular-dermatitis>
6. Serrano-Collantes D, Quintanilla-Gutiérrez E. Dermatologia básica em medicina familiar. Lisboa: LIDEL; 2011. ISBN 9789727576296
7. Goldstein AO, Goldstein BG. Dermatophyte (tinea) infections [updated 2018 Dec 28]. In: UpToDate [Internet]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/dermatophyte-tinea-infections>
8. Mehlis S. Guttate psoriasis [updated 2018 Aug 15]. In: UpToDate [In-

ternet]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/guttate-psoriasis>

CONFLITO DE INTERESSES

As autoras declaram não ter quaisquer conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Catarina Pinto Nogueira

E-mail: catarinapnogueira89@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-3852-9770>

Recebido em 13-07-2017

Aceite para publicação em 04-03-2019

ABSTRACT

NUMMULAR ECZEMA: A CHALLENGING DIAGNOSTIC

Introduction: The family doctor frequently handles patients with dermatological diseases, whose diagnostic is a challenge. Nummular eczema is widespread eczema that is characterized by pruritic and well delimited discoid lesions. It affects more commonly males over 50 years of age and the diagnostic is clinical. This case aims to remind family doctors its clinical presentation, differential diagnosis, treatment, and prognosis.

Case report: Man, 53 years old, locksmith, married, with previous history of smoking, alcoholism, dyslipidemia and transmission hypoacusia, who refers the onset of macules and erythematous-desquamative plaques, rounded, of variable diameter (1-3cm), very pruritic, scattered in the upper and lower limb, with three month's evolution. He reported nocturnal worsening of pruritus. Not achieving general health or other systemic symptoms. There was no infectious process at the onset of the cutaneous manifestations. Prior to the diagnosis, the patient was observed in three consultations performed by different physicians: initially, the lesions were interpreted as an allergic reaction, as he handled irritating products at work, later as *Tinea corporis* and finally, it was hypothesized that it was a *Psoriase Gutata* and was treated accordingly without success. Given the diagnostic difficulty, a second opinion was requested to dermatology, who considered it to be nummular eczema.

Comment: Nummular eczema is an entity with unknown etiopathogenesis, whose clinical manifestations are particular, preferably reaching the extremities. It is important to consider other differential diagnoses, such as atopic dermatitis, allergic dermatitis, corpora, and *Psoriase gutata*. The treatment included the application of moisturizers and topical corticosteroids. Its prognosis is excellent, despite the possibility of recurrence. The disclosure of this clinical case will allow us to reflect on this pathology, reinforcing the importance of differential diagnosis and appropriate treatment.

Keywords: Nummular eczema; Diagnosis; Treatment.