



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Otorrinolaringologia

Dermatite Eczematosa Associada a Inflamação da Amígdala?

Diogo Tristany Farinha

JULHO'2017



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Otorrinolaringologia

Dermatite Eczematosa Associada a Inflamação da Amígdala?

Diogo Tristany Farinha

Orientado por:

Marco Simão

JULHO'2017

RESUMO

A desidrose é um eczema de etiologia multifactorial ainda pouco esclarecida.

Descreve-se o caso de um homem de 24 anos com dermatite eczematosa de distribuição caracteristicamente desidrótica resistente à terapêutica com corticosteróides. Posteriormente foi observado em otorrinolaringologia por hipertrofia das amígdalas com dor local, adenopatia cervical unilateral, tosse e dispneia. Após remoção dum corpo estranho de origem vegetal da zona inflamada houve uma reversão marcada dos sintomas.

Partindo desta sequência temporal, levanta-se a hipótese duma relação causal com a inflamação da amígdala. Apesar de ser uma associação nunca antes descrita na literatura, perante eczema desidrótico resistente à terapêutica convencional deve-se minimizar todos os estímulos inflamatórios e imunológicos, inclusive na orofaringe.

Palavras Chave: Dermatite; Amígdala; Corpo estranho; Eczema Desidrótico

ABSTRACT

Pompholyx is a multifactorial disease whose etiology is still controversial.

The case report pertains to a 24 year old male who developed eczematous dermatitis with pompholyx-like distribution, refractory to corticosteroid therapy. Later he was observed due to localized tonsil pain with unilateral cervical adenopathy and bilateral hypertrophy, cough and dyspnoea. After removal of a foreign body of plant origin from the area of inflammation, there was a drastic improvement of all symptoms.

Considering the temporal sequence of events, we formulate the hypothesis that the inflammation of the palatine tonsils caused this reaction. Despite being an association never before described in the literature, if we're presented with pompholyx refractory to conventional therapies we should intervene and try to minimize all inflammatory and immunologic stimuli, inclusively in the oropharyngeal space.

Key-words: Dermatitis; Palatine Tonsil; Foreign Body; Dyshidrotic Eczema

ÍNDICE

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
CASO CLÍNICO.....	5
DISCUSSÃO.....	6
AGRADECIMENTOS.....	8
BIBLIOGRAFIA.....	9

INTRODUÇÃO

As amígdalas encontram-se estrategicamente localizadas para interceptar antígenos provenientes do ar e alimentação e que entram em contacto por via oral ou nasal com o sistema respiratório e digestivo. Reconhece-se a amígdala como um órgão imunológico de relevância não só para a imunidade humoral com a diferenciação de linfócitos B e produção de imunoglobulinas mas também contribui para a modulação da imunidade celular. As criptas amigdalinas retêm fragmentos ingeridos e os antígenos são apresentados a células dendríticas e linfócitos T. Uma desregulação deste sistema com reacção cruzada a antígenos endógenos é uma das etiologias propostas para doenças multifactoriais como o eczema.(1-3)

O eczema caracteriza-se por pápulas e vesículas eritematosas e pruriginosas que posteriormente sofrem descamação . No eczema desidrótico (pompholyx em língua inglesa) as vesículas distribuem-se simetricamente pela região palmoplantar e bordo dos dedos, podendo haver disseminação para o resto do corpo de pápulas pruriginosas. O tratamento com corticosteróides tópicos geralmente resulta na remissão das manifestações cutâneas passado 4 a 50 dias(4)

De seguida apresenta-se um caso pouco usual dum doente que apresentava inflamação da amígdala e eczema desidrótico

CASO CLÍNICO

Um homem de 24 anos apresentou-se com história de dor e sensação de corpo estranho na amígdala direita desde há 6 semanas, associado a massa cervical direita dolorosa, e acessos de tosse paroxística com dispneia ligeira na última semana. Nega febre e disfagia.

Concomitantemente apresentava também eczema desidrotico com início uma semana depois das dores, e que foi diagnosticado por dermatologia. Foi receitado um corticosteróide tópico que aplica diariamente desde há 3 semanas e nega outra medicação.

Nega amigdalite crónica, refluxo gástro-esofágico, viagens ao estrangeiro e outros antecedentes relevantes. Tem antecedentes familiares de asma.

No exame objectivo o doente estava desconfortável e na auscultação pulmonar destacava-se prolongamento do tempo expiratório com sibilos generalizados. Ainda apresentava vesículas e bolhas palmoplantares e entre os dedos.

Em exame orofaríngeo as amígdalas estavam hipertróficas grau III (segundo a classificação de Friedman) sem hiperémia. Contudo o pilar amigdalino anterior direito encontrava-se hiperemiado. Não havia nenhum corpo estranho imediatamente visível mas por detrás estava firmemente alojado o fragmento vegetal destacado na Figura 1, que se retirou da fossa amigdalina. Apesar da dimensão reduzida 5x5mm, tinha consistência dura e áspera. O doente foi questionado sobre a sua alimentação e o único vegetal com casca que se lembra de ter ingerido nas últimas semanas foi batata doce.



Fig. 1: Corpo estranho após remoção da fossa amigdalina anterior

Nas análises laboratoriais apresentava leucócitos $7,63 \times 10^9/L$, neutrófilos $4,14 \times 10^9/L$ e linfócitos $2,75 \times 10^9/L$. Não foi iniciada terapêutica antibiótica.

Nos dias seguintes há intervenção houve uma reversão completa e espontânea dos sintomas inclusive das alterações cutâneas.

DISCUSSÃO

Este caso proporciona uma oportunidade para explorar a etiologia do eczema desidrotico, que ainda está mal caracterizada na literatura.

Perante os sintomas de dor na região amigdalina direita e adenopatia ipsilateral considera-se que há um processo inflamatório da amígdala. A ausência de leucocitose, neutrofilia e linfocitose sugere causa não viral ou bacteriana. Portanto por exclusão podia tratar-se duma infecção fúngica ou duma reacção de corpo estranho. Uma infecção fúngica seria pouco provável num doente sem outras lesões ou alterações da mucosa oral ainda para mais imunocompetente e negando história de viagens ao estrangeiro. Por vezes encontram-se casos interessantes de corpos orofaringolaríngios de difícil diagnóstico, por exemplo o caso caricato de ingestão duma formiga viva que ficou alojada na aritenóide.(5) De facto removeu-se da zona inflamada um corpo estranho que de acordo com as queixas do doente estava retido na amígdala desde há 6 semanas. Tal não é inconcebível considerando que é um doente com grau III de hipertrofia. Além de provocar uma irritação local pela abrasão constante, pode também ter ocorrido uma sensibilização aos antígenos do resíduo vegetal com reacção alérgica tardia tipo IV.

Por curiosidade investigou-se o potencial antigénico da batata doce. Apesar da alergia ao alimento ser rara, é um tubérculo sensível a um vasto número de doenças fúngicas, que escurecem a sua casca e a tornam mais áspera. Uma possível explicação para este caso clínico é que o contacto prolongado com antígenos fúngicos tenha gerado uma resposta imunológica que contribuiu para o aparecimento do eczema, como se irá ver de seguida.(6)

A etiologia fúngica e bacteriana está bem descrita como causa de desidrose.(13) Tanto os antígenos da Tinea Pedis, que causam dermatofitose dos pés, como do Staphylococcus aureus, podem atuar como superantígenos. Estes ativam inespecificamente um grande número de linfócitos Th2, seguido de expansão policlonal e produção excessiva de interleucinas pró-inflamatórias, com migração quimiotáctil para a epiderme. Pensa-se que é o reconhecimento antigénico e ligação a proteínas do estrato lúcido palmoplantar que inicia o aparecimento das visículas. Quando se remove

o estímulo inicial, por exemplo com irradiação da dermatofitose do pé, ocorre resolução espontânea das queixas cutâneas.(7-9)

Fez-se ainda uma pesquisa bibliográfica na pubmed utilizando os termos “tonsil+pompholyx” , e não se encontraram quaisquer resultados, provavelmente este será o único caso descrito na literatura. Já com a pesquisa “pompholyx+foreign body” descobriu-se dois casos interessantes de eczema desidrótico associado a corpos estranho. Num foi uma sutura que ficou esquecida e o outro uma reacção à tinta vermelha de tatuagem.(10) Os 3 casos têm em comum o contacto prolongado com o corpo estranho até ao aparecimento das manifestações cutâneas.(11)

Finalmente não se pode excluir o stress e factores emocionais como factor precipitante e agravador dos eczemas, pela influência do cortisol na desregulação do sistema imunológico.(12)

As limitações do estudo incluem o reduzido valor estatístico enquanto caso clínico e não se terem feito testes serológicos e imunológicos. Os próximos estudos deverão incluir um prick-test dos alergénios suspeitos, neste caso da batata doce bem como um patch-test para descobrir outras alergias. Também teria interesse medir os níveis plasmáticos de imunoglobulinas e fazer uma eletroforese de proteínas para melhor fundamentar a etiologia imunológica desta reacção.

Em conclusão, por vezes é difícil em dermatologia ter uma visão abrangente da fisiologia humana e enquadrar a patologia cutânea com as outras áreas da medicina, no entanto no eczema desidrótico é indispensável. Embora a causa precisa para esta erupção cutânea continue por elucidar, só assim é possível excluir possíveis estímulos infecciosos ou alérgicos como entidades causadoras ou agravadoras da patologia. Neste caso foi um corpo estranho na orofaringe e a sua remoção permitiu uma resolução rápida dos sintomas. Desta forma evita-se terapêuticas mais agressivas e complicações iatrogénicas para o doente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Óscar Dias e ao Doutor Marco Simão pelo apoio que me deram e por terem aceite orientar este trabalho apesar do tempo limitado disponível.

BIBLIOGRAFIA

1. Snow JB, Ballenger JJ. Ballenger's Otorhinolaryngology: Head and Neck Surgery. PMPH-USA; 2009. 1258 p.
2. Masieri S, Trabattoni D, Incorvaia C, De Luca MC, Dell'Albani I, Leo G, et al. A role for Waldeyer's ring in immunological response to allergens. *Curr Med Res Opin.* 2014 Feb;30(2):203-5.
3. Brandtzaeg P. Immunology of tonsils and adenoids: everything the ENT surgeon needs to know. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2003 Dec;67 Suppl 1:S69-76.
4. Horimukai K, Tsumura Y, Yamamoto K, Shoda T, Futamura M, Nomura I, et al. [Pompholyx-like reactions occurring early in treatment of severe atopic dermatitis in children and adolescence]. *Alerugi Allergy.* 2011 Nov;60(11):1543-9.
5. Sharma RC, Dogra SS, Mahajan VK. Oro-Pharyngo-Laryngeal Foreign Bodies: Some Interesting Cases. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012 Jun;64(2):197-200.
6. Studies on fungi associated with storage rot of Sweet potato [*Ipomoea batatas* (L.) Lam.] root tubers in Odisha, India [Internet]. International network for natural sciences - research journal. [cited 2017 Jul 5]. Available from: <http://www.innspub.net/ijmm/studies-on-fungi-associated-with-storage-rot-of-sweet-potato-ipomoea-batatas-l-lam-root-tubers-in-odisha-india/>
7. Thierse H-J, Gamerdinger K, Junkes C, Guerreiro N, Weltzien HU. T cell receptor (TCR) interaction with haptens: metal ions as non-classical haptens. *Toxicology.* 2005 Apr 15;209(2):101-7.
8. Shaler CR, Choi J, Rudak PT, Memarnejadian A, Szabo PA, Tun-Abraham ME, et al. MAIT cells launch a rapid, robust and distinct hyperinflammatory response to bacterial superantigens and quickly acquire an anergic phenotype that impedes their cognate antimicrobial function: Defining a novel mechanism of superantigen-induced immunopathology and immunosuppression. *PLoS Biol.* 2017 Jun;15(6):e2001930.
9. Radcliff FJ, Clow F, Mahadevan M, Johnston J, Proft T, Douglas RG, et al. A potential role for staphylococcal and streptococcal superantigens in driving skewing of TCR V β subsets in tonsillar hyperplasia. *Med Microbiol Immunol (Berl).* 2017 May 4;
10. Gamba CS, Lambert Smith F, Wisell J, Brown M. Tattoo reactions in an HIV patient: Autoeczematization and progressive allergic reaction to red ink after antiretroviral therapy initiation. *JAAD Case Rep.* 2015 Nov 2;1(6):395-8.

11. Ascherman JA, Hunter CJ, Bickers DR. Refractory eczematous dermatitis associated with retained suture material. *Ann Plast Surg.* 2006 Feb;56(2):205-7.
12. Shenefelt PD. Therapeutic management of psychodermatological disorders. *Expert Opin Pharmacother.* 2008 Apr;9(6):973-85.
13. Guillet MH, Wierzbicka E, Guillet S, Dagregorio G, Guillet G. A 3-year causative study of pompholyx in 120 patients. *Arch Dermatol.* 2007 Dec;143(12):1504-8.