

Linfadenite crônica associada à dermatite atópica: um desafio diagnóstico.

Chronic lymphadenitis associated with atopic dermatitis: a diagnostic challenge.

Resumo

Introdução

A dermatite atópica é uma doença cutânea crônica caracterizada por prurido e lesões eczematosas, com início predominante na infância. Sua gravidade determina o surgimento de complicações e manifestações clínicas extra cutâneas.

Objetivos

Relatar um caso de linfonodomegalia e sua possível associação à dermatite atópica.

Materiais / Sujeitos e Métodos

Paciente com histórico de dermatite atópica apresentando linfonodomegalia sem repercussão sistêmica.

Resultados

Paciente adulto com quadro de dermatite atópica apresentando anatomopatológico linfonodal com reação inflamatória e exames complementares incluindo sorologias, sem alterações.

Conclusões

Apesar de infrequente, a linfonodomegalia associada à dermatite atópica pode ocorrer, devendo sempre aprofundar a investigação das etiologias e excluir malignidades.

Abstract

Atopic dermatitis is a chronic skin disease characterized by pruritus and eczematous lesions, with predominant onset in childhood. Its severity determines the appearance of complications and clinical manifestations extra cutaneous. Our objective is to report a case of lymphadenopathy and its possible association with atopic dermatitis through a patient with a history of both conditions, without systemic repercussion. As a result, we observed a clinical picture of atopic dermatitis presenting an anatomopathological lymph node with inflammatory reaction and complementary tests, including serologies, without alterations. Although uncommon, lymphadenopathy associated with atopic dermatitis may occur, and should always deepen the investigation of the etiologies and exclude malignancies.

Autor/Coautor/Orientador

Maria Fernanda Palhiari Vicente
Instituto BWS
Pós-graduanda em Dermatologia
Brasil

Byron José Figueiredo Brandão
Instituto BWS
Docente do curso de Dermatologia
Brasil

Palavras-chave

Malignidade. Prurido. Dermatose.
Linfadenopatia.

Keywords

Malignancy. Pruritus. Dermatitis.
Lymphadenopathy.

INTRODUÇÃO

A dermatite atópica é uma doença inflamatória cutânea crônica que geralmente ocorre em pessoas com uma história pessoal ou familiar de outras condições atópicas, como asma e rinite alérgica. A prevalência é alta, especialmente em crianças, e aumentou consideravelmente nas últimas décadas.¹

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 25 anos, fototipo IV, atendido no ambulatório de dermatologia no Instituto BWS-SP apresentando prurido generalizado há dois meses. Refere presença de lesões pruriginosas em regiões de dobras há dez anos, com diagnóstico de dermatite atópica há um ano realizado por outro serviço. Em uso de Cloridrato de Fexofenadina, Cloridrato de Hidroxizina e hidratante de barreira.

Possui antecedente pessoal de rinite alérgica.

Ao exame clínico apresentava prega de Dennie-Morgan, ressecamento de lábios, descamação fina periorbicular e perioral, além de xerose intensa difusa com áreas de escoriação. Presença de placas eczematosas liquenificadas em região cervical, tórax anterior, fossa anticubital, punhos, joelhos, fossa poplíteia, com acentuação em terço inferior de membros inferiores e pés. Nódulos de consistência fibroelástica, medindo cerca de 2 centímetros, indolores e móveis, situados em regiões axilar e inguinal bilateralmente.

Figura 1: Presença de prega de Dennie-Morgan, descamação fina periorbicular e perioral e placas eczematosas liquenificadas em região de tórax anterior.



Figura 2: Placas eczematosas liquenificadas



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Hemograma com aumento de leucócitos e eosinófilos. Velocidade de hemossedimentação normal. Teste treponêmico e sorologias para hepatites B e C, toxoplasmose, HIV, anticorpo para mononucleose não reagentes. Raio-x de tórax sem alterações. Teste tuberculínico negativo. IgE total elevada (1753kU/L) e IgE específica com resultados altos para *Blomia tropicalis*, *Dermatophagoides farinae* e *Dermatophagoides pteronyssinus*. Ultrassonografia de partes moles apresentando linfonodomegalia atípica, com desvio de hilo, coalescente, medindo 23x10mm em região inguinal direita e 22x10mm em região inguinal esquerda.

Biópsia de linfonodo axilar evidenciou região interfolicular constituída por pequenos linfócitos, região cortical contendo folículos linfoides com centros germinativos secundários, presença de histiócitos reativos irregularmente distribuídos nos seios medulares e no seio marginal, sem sinais de malignidade.

Painel imunohistoquímico associado aos aspectos histológicos de linfadenite crônica com hiperplasia folicular, hiperplasia nodular paracortical de células de Langerhans e alguns histiócitos intersticiais.

A dermatite atópica (DA) é uma doença heterogênea, multifatorial, que surge como resultado da interação entre fatores ambientais e genéticos.² A evolução das lesões cutâneas da DA é orquestrada pela expressão tecidual local de citocinas e quimiocinas pró-inflamatórias. Citocinas como TNF- α e IL-1 de células residentes ligam-se a receptores no endotélio vascular, ativando a sinalização celular incluindo a via do NF- κ B e induzindo expressão de moléculas de adesão endotelial vascular. Esses eventos iniciam o processo de amarração, ativação e adesão ao endotélio, seguido de extravasamento de células inflamatórias. Uma vez que as células inflamatórias se infiltraram no tecido, elas respondem a gradientes quimiotáticos estabelecidos por citocinas e quimiocinas quimiotáticas, que emanam de locais de lesão ou infecção.³

A linfadenopatia, que é definida como uma anormalidade no tamanho ou no caráter dos linfonodos, é causada pela invasão ou propagação de células inflamatórias ou células neoplásicas no nódulo. Resulta de uma vasta gama de processos patológicos

cujas categorias amplas são facilmente lembradas usando o acrônimo mnemônico “MIAMI”, representando malignidades, infecções, distúrbios autoimunes, condições diversas e incomuns e causas iatrogênicas. Um achado comum no cenário ambulatorial de atenção primária, a linfadenopatia é tipicamente explicado por lesão ou infecção regional identificável. Entre as doenças graves que podem apresentar linfadenopatia, talvez a mais preocupante para o paciente e para o médico seja a possibilidade de malignidade subjacente⁴

Na maioria dos pacientes, a linfadenopatia tem uma causa infecciosa prontamente diagnosticável. Um diagnóstico de causas menos óbvias pode frequentemente ser feito após considerar a idade do paciente, a duração da linfadenopatia e se os sinais ou sintomas localizados, os sinais constitucionais ou as pistas epidemiológicas estão presentes. Quando a causa da linfadenopatia permanece inexplicada, um período de observação de três a quatro semanas é apropriado quando a situação clínica indica uma alta probabilidade de doença benigna.⁵

CONCLUSÕES

Apesar de incomum, podemos considerar a ocorrência de linfadenomegalia associada à quadros de dermatite atópica devido ao caráter inflamatório desta. Deve-se, portanto, pesquisar a presença de linfadenomegalias e prosseguir com sua investigação através de exames complementares pela repercussão que esta pode apresentar, excluindo-se etiologias malignas.

REFERÊNCIAS

1. Simpson, E. L., & Hanifin, J. M. (2005). Atopic dermatitis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 53(1), 115–128.
2. Cork M.J., Danby S.G., Vasilopoulos Y., Hadgraft J., Lane M.E., Moustafa M., Guy R.H., (...), Ward S.J. Epidermal barrier dysfunction in atopic dermatitis (2009) *Journal of Investigative Dermatology*, 129 (8) , pp. 1892-1908.
3. Ono, SJ, et al. Chemokines: roles in leukocyte development, trafficking, and effector function. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2003. 111:1185-1199.
4. Bazemore AW1, Smucker DR. Lymphadenopathy and malignancy. *Am Fam Physician.* 2002 Dec 1;66(11):2103-10.
5. Ferrer R. Lymphadenopathy: differential diagnosis and evaluation. *Am Fam Physician.* 1998 Oct 15;58(6):1313-20.