

Relatos Casos Clínicos

PD-005 - (UM19-4938) - ANGIOEDEMA, A DÚVIDA ETIOLÓGICA

Fabiana Ferreira¹; Ana Beatriz Cruz¹; João Bicudo Melo¹

1 - Unidade de Saúde da Ilha do Faial

Enquadramento:

O angioedema é causado por mediadores, como, histamina e bradicinina. Geralmente, o angioedema histaminérgico associa-se a urticária e responde ao tratamento com corticosteroides e anti-histamínicos, enquanto o angioedema por bradicinina tem duração mais prolongada, não respondendo ao tratamento. Assim, suspeita-se de angioedema por bradicinina perante episódios recorrentes não associados a urticária. São exemplos o angioedema recorrente por inibidores da enzima conversora da angiotensina; o angioedema hereditário (AEH); o angioedema adquirido (associado a doenças autoimunes e linfoproliferativas); e o angioedema idiopático. O AEH divide-se em três grupos: a maioria dos doentes (80-85%) apresenta o tipo I, com diminuição da síntese do C1-INH; 15-20% apresenta o tipo II, em que o C1-INH tem a sua função alterada; o tipo III é uma forma mais rara e recentemente documentada, que acomete principalmente mulheres, sendo influenciada pela exposição a estrogénios (contracetivos orais, gravidez).

No diagnóstico diferencial de edema orofacial é importante considerar outras patologias que simulam o angioedema, como a síndrome de *Melkerson-Rosenthal*, uma doença rara, de etiologia desconhecida, caracterizada por edema orofacial, paralisia facial periférica e língua “escrotal”, existindo formas nas quais não se observa a tríade sintomática.

Descrição do caso:

Mulher de 53 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, asma e tendinopatia do supraespinhoso à esquerda, medicada habitualmente com etinilestradiol+gestodeno desde 1997 e lisinopril+hidroclorotiazida desde 2013, e referindo uso ocasional de diclofenac.

Desde 2013, apresentou múltiplos recursos ao Serviço de Urgência por edema da hemiface esquerda, edema da face com envolvimento dos lábios e língua, disfagia para líquidos, apresentando edema da úvula e disfonia. Foi sempre medicada com corticosteroide e anti-histamínico, com reversão do quadro. Nega antecedentes familiares de episódios semelhantes, nomeadamente, em mulheres.

Após os múltiplos eventos, a utente recorreu à sua médica de família, tendo sido equacionados os diagnósticos de angioedema de etiologia a esclarecer e síndrome de *Melkerson-Rosenthal*.

Procedeu-se a uma revisão terapêutica, tendo havido suspensão da terapêutica habitual, em 2017. Foram solicitados estudos imunológicos com doseamento de IgE específicas, que foram negativos.

Após a revisão terapêutica, não foram registados novos episódios.

Discussão:

Analisadas as hipóteses diagnósticas, embora houvesse edema orofacial com envolvimento dos lábios e língua, considerou-se menos provável tratar-se de síndrome de *Melkerson-Rosenthal*, uma vez que a doente nunca apresentou paralisia facial.

Tratando-se de um caso de angioedema, importa esclarecer a sua etiologia, no sentido de evitar a sua recorrência.

No caso descrito, não está documentada história familiar pregressa de angioedema, como acontece na maioria dos casos de angioedema hereditário.

Atendendo à história medicamentosa, e não se tendo registado mais episódios após a suspensão da terapêutica, existem várias possibilidades para a etiologia do angioedema, nomeadamente: angioedema por hipersensibilidade a anti-inflamatórios não esteroides; angioedema por inibidores da enzima conversora da angiotensina; e angioedema hereditário tipo III (potenciado pela toma de contraceptivo oral com estrogénio). Tendo em conta a coincidência temporal e a inexistência de urticária associada, foi considerado mais provável o angioedema por inibidores da enzima conversora da angiotensina. No entanto, uma vez que toda a terapêutica foi suspensa simultaneamente, a etiologia permanecerá provavelmente por confirmar.