

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Bisceglia M, Ludovico O, Di Mattia A, Ben-Dor D, Sandbank J, Pasquinelli G, et al. Adrenocortical Oncocytic Tumors: report of ten cases and review of the literature. *Am J Surg Pathol.* 2004;12:231-3.
2. Wong DD, Spagnolo DV, Bisceglia M, Havlat M, McCallum D, Platten MA. Oncocytic adrenocortical neoplasms – a clinicopathologic study of 13 new cases emphasizing the importance of their recognition. *Hum Pathol.* 2011;42:489-99.
3. Ohtake H, Kawamura H, Matsuzaki M, Yokoyama E, Kitajima M, Onizuka S, et al. Oncocytic adrenocortical carcinoma. *Ann Diagn Pathol.* 2010;14:204-8.
4. Lin BT, Bonsib SM, Mierau GW, Weiss LM, Medeiros LJ. Oncocytic Adrenocortical Neoplasms: A report of seven cases and review of the literature. *Am J Surg Pathol.* 1998;22:603-14.
5. Song SY, Park S, Kim SR, Suh YL. Oncocytic adrenocortical carcinomas: A pathological and immunohistochemical study of four cases in comparison with conventional adrenocortical carcinomas. *Pathol Int.* 2004;54:603-10.
6. Xiao GQ, Pertsemilidis DS, Unger PD. Functioning adrenocortical oncocytoma: A case report and review of the literature. *Ann Diagn Pathol.* 2005;9:295-7.
7. Kitching PA, Patel V, Harach HR. Adrenocortical oncocytoma. *J Clin Pathol.* 1999;52:151-3.
8. Kim HS, Kang DY. Adrenocortical Oncocytoma - A Case Report. *Korean J Pathol.* 2007;41:329-33.
9. Tanaka K, Kumano Y, Kanomata N. Oncocytic Adrenocortical Carcinoma. *Urology.* 2004;64:376.e5-376.e6.
10. Botsios D, Blouhos K, Vasiliadis K, Asimaki A, Tsalis K, Betsis D. Adrenocortical Oncocytoma — A Rare Tumor of Undefined Malignant Potential: Report of a Case. *Surg Today.* 2007;37:612-7.
11. Argyriou P, Zisis C, Alevizopoulos N, Kefaloyannis EM, Gennatas C, Petraki CD. Adrenocortical oncocytic carcinoma with recurrent metastases: a case report and review of the literature. *World J Surg Oncol.* 2008; 6:134.
12. Seo IS, Henley JD, Min KW. Peculiar Cytoplasmic Inclusions in Oncocytic

FONTES DE FINANCIAMENTO

Os autores declaram a inexistência de fontes de financiamento.

- Adrenal Cortical Tumors: An Electron Microscopic Observation. *Ultrastruct Pathol.* 2002;26:229-35.
13. Mete O, Asa SL. Aldosterone-Producing Adrenal Cortical Adenoma with Oncocytic Change and Cytoplasmic Eosinophilic Globular Inclusions. *Endocr Pathol.* 2009;20:182-5.
 14. Mearini L, Del Sordo R, Costantini E, Nunzi E, Porena M. Adrenal Oncocytic Neoplasm: A Systematic Review. *Urol Int.* 2012 (in press).
 15. Lee R, Al-Ahmadie HA, Boorjian SA, Gonzalez RR, Badillo C, Badillo F, et al. A case of incidental adrenocortical oncocytoma. *Urology.* 2006;3:618-21.
 16. Ali AE, Raphael SJ. Functional Oncocytic Adrenocortical Carcinoma. *Endocr Pathol.* 2007;18:187-9.
 17. Kabayegit OY, Soysal D, Oruk G, Ustaoglu B, Kosan U, Solmaz S, et al. Adrenocortical oncocytic neoplasm presenting with Cushing's syndrome: a case report. *J Med Case Reports.* 2008;13:228.
 18. Bouasker I, Zoghalmi A, Farah Klibi F, Smaali I, El Ouair MA, Zermami R, et al. L'adénome surrénalien à cellules oncocytaires: A propos d'un cas. *Tunis Med.* 2010;88:353-6.
 19. Hoang MP, Ayala AG, Saavedra JA. Oncocytic Adrenocortical Carcinoma: A Morphologic, Immunohistochemical and Ultrastructural Study of Four Cases. *Mod Pathol.* 2002;15:973-8.
 20. Zaid TA. Oncocytic adrenal cortical tumor with cytoplasmic inclusions and hyaline globules. *Virchows Arch.* 2008;453:301-6.
 21. Weiss LM. Comparative histologic study of 43 metastasizing and nonmetastasizing adrenocortical tumors. *Am J Surg Pathol.* 1984;8:163-9.
 22. Krishnamurthy S, Ordóñez NG, Shelton TO, Ayala AG, Sneige N. Fine-needle aspiration cytology of a case of oncocytic adrenocortical carcinoma. *Diagn Cytopathol.* 2000;22:299-303.
 23. Duregon E, Volante M, Cappia S, Duregon E, Volante M, Cappia S, et al. Oncocytic adrenocortical tumors: diagnostic algorithm and mitochondrial DNA profile in 27 cases. *Am J Surg Pathol.* 2011;35:1882-93.
 24. Chisté M, Poppiti R, Bianco F. Oncocytoma of the adrenal gland medulla. *Ann Diagn Pathol.* 2013;17:123-6.

Dermatose Marítima por Contato com uma Caravela-Portuguesa

Marine Dermatitis Following Exposure to a Portuguese-Man-Of-War



Susana MOLEIRO¹, Andreia PEREIRA¹, Maria João PAIVA LOPES²
Acta Med Port 2013 Jan-Feb;26(1):66-69

RESUMO

Durante a época do Verão, as lesões cutâneas que surgem na praia são um motivo frequente de recurso aos serviços de urgência e de consulta de dermatologia. Os autores descrevem o caso de uma criança com uma lesão maculopapular dolorosa que resultou de um provável contato com uma caravela-portuguesa. Não apresentava outros sinais ou sintomas pelo que foi medicada em ambulatório com analgesia, anti-histamínico e corticoide tópico. Após uma semana de evolução constatou-se resolução completa das lesões cutâneas. Apesar da gravidade da maioria dos casos de dermatoses marítimas encontradas em Portugal ser ligeira, considera-se ser importante o estudo da fauna e da flora de cada região para adequar os cuidados terapêuticos.

Palavras-chave: Doenças da Pele; Picadas e Mordeduras; Cnidários; Venenos de Cnidários.

ABSTRACT

During the summer, beach related skin lesions are common reasons for emergency room and dermatology office visits. The authors describe the case of a child with a painful maculopapular rash that resulted after a probable cutaneous exposure to a portuguese-man-

1. Serviço de Pediatria. Hospital de Faro. Faro. Portugal.

2. Serviço: Dermatologia. Hospital Santo António dos Capuchos. Lisboa. Portugal.

Recebido: 17 de Setembro de 2012 - Aceite: 12 de Dezembro de 2012 | Copyright © Ordem dos Médicos 2013

of-war. He did not show other signs or symptoms and was discharged home on medications including analgesics, anti-histamines and topical steroids. A week later the skin lesions were completely healed. Even though most cases of marine dermatitis found in Portugal are low-severity, it is important to study the fauna and flora of each region to improve medical care.

Keywords: Bites and Stings; Cnidaria; Cnidarian Venoms; Skin Diseases.

INTRODUÇÃO

A costa portuguesa dispõe de extensos areais que permitem a prática de atividades lúdicas como passeios à beira-mar ou nadar. Contudo, neste contexto, o risco de exposição a elementos susceptíveis de causarem dermatoses, em particular, seres aquáticos, encontra-se aumentada.

As dermatoses marítimas podem manifestar-se de diversas formas, nomeadamente, por eczema de contato irritativo ou alérgico, trauma cutâneo (picada, laceração, ferida) ou, inclusivamente, situações de envenenamento.¹ A gravidade depende de múltiplos fatores, particularmente, do organismo em causa, do grau de toxicidade da substância produzida, da localização e extensão da área cutânea envolvida e da suscetibilidade individual.

Apesar da gravidade da maioria das dermatoses marítimas ser ligeira e passível de tratamento em ambulatório, existem casos potencialmente graves, em que o tratamento deverá ser imediato, pelo que se considera relevante conhecer a biodiversidade das águas balneares. Atualmente a informação publicada é escassa quer sobre a composição da flora e fauna marítimas, quer sobre os riscos para a saúde.

CASO CLÍNICO

Rapaz de nove anos de idade, recorreu ao Serviço de Urgência (SU), por lesão cutânea localizada no abdómen, que surgiu, durante o banho no mar, após o contato com um organismo de pequenas dimensões, esférico, de consistência gelatinosa e provido de tentáculos. A descrição era sugestiva de uma caravela portuguesa, tendo nesse dia sido avistadas outras numa praia próxima. À chegada ao SU, cerca de uma hora após o contato, os parâmetros vitais estavam estáveis e observava-se, na parede abdominal, uma placa eritemato-edematosa muito dolorosa com cerca de 10 x 13 cm, no centro da qual eram evidentes lesões centrais violáceas, lineares e serpiginosas (Fig. 1), mas sem formação de bolhas ou necrose cutânea. Após analgesia e lavagem com soro fisiológico, teve alta, medicado com anti-histamínico e corticóide tópico de alta potência durante sete dias. Em consulta externa, ao fim de quatro semanas constatou-se uma boa evolução clínica com regressão completa das lesões, sem hiperpigmentação residual.



Figura 1 – Lesão maculopapular (10 x 13 cm) e várias lesões centrais serpiginosas de coloração violácea, sugestivas de terem sido provocadas por uma caravela-portuguesa.



Figura 2 – *Physalia physalis* é formada por uma porção gelatinosa em forma de vela que flutua à superfície da água, sendo por isso também denominada como caravela portuguesa. Possui ainda, tentáculos que permanecem submersos na água, os quais podem atingir vários metros de comprimento. (Disponível em: <http://ocean.nationalgeographic.com>)

DISCUSSÃO

De acordo com as entidades de saúde pública, no litoral português normalmente não se encontram organismos aquáticos verdadeiramente perigosos. Daqueles considerados potencialmente nocivos e que são encontrados frequentemente na costa portuguesa atualmente, destacam-se os peixes (peixe aranha, peixe escorpião, rascaço, moreia, raia), ouriços-do-mar, celenterados ou cnidários (anêmonas, medusas ou alforrecas, caravelas portuguesas), crustáceos (caranguejos), e por vezes microalgas tóxicas, como as do género *Ostreopsis* identificadas na costa algarvia em 2011.

O animal marinho envolvido no caso clínico exposto, a caravela portuguesa, também conhecida por *Portuguese Man O' War* (Fig. 2), é da classe Hydrozoa, género *Physalia* e espécie *physalis*.^{1,7} Apesar do seu *habitat* clássico ser as águas quentes tropicais, tem-se verificado a sua presença em crescendo nas costas europeias.² As células dos tentáculos, designadas de cnidócitos,⁶ contêm nematocistos ou organelos de defesa, que após contactarem com o ser humano, podem penetrar a pele e injetar toxinas (proteínas e enzimas), as quais podem ter efeitos dermonecroticos, bem como cardio e/ou neuromiotóxicos.³ Estes últimos são responsáveis pelas possíveis manifestações sistémicas,

designadamente, dores musculares, fasciculações, dispneia e arritmias cardíacas.^{1,2} As manifestações cutâneas são habitualmente lineares, violáceas e muito dolorosas,^{1,4,5} como aquelas descritas no caso clínico em análise, mas poderão surgir lesões vesiculo-bolhosas que podem deixar hiperpigmentação local,⁵ ou lesões necróticas que podem causar cicatriz definitiva. As características das manifestações cutâneas e o potencial atingimento sistémico com eventual compromisso cardiorrespiratório permitem fazer o diagnóstico diferencial entre o contato com outros celenterados, nomeadamente as medusas e as alforrecas.

As medidas terapêuticas imediatas passam por colocar e estabilizar o doente em segurança. Os tentáculos visíveis devem ser removidos, usando luvas e pinça para prevenir novas lesões e, para bloquear os nematocistos remanescentes, deve-se proceder à lavagem ou imersão da lesão em ácido acético 5% (vinagre) ou água salgada até melhoria da dor.³⁻⁵ Deverão ser evitadas outras atitudes como: utilização de urina, água doce ou esfregar a lesão com areia.⁵ Tal como o caso exposto, a maioria evolui favoravelmente e o tratamento é efetuado em ambulatório com analgesia, anti-histamínicos e aplicação de dermocorticoides. Nos casos de maior gravidade dever-se-á contactar o centro nacional de informação antiveneno para orientação terapêutica

mais pormenorizada. Atualmente o único soro antiveneno que existe contra cnidários é produzido na Austrália, contra *Chironex fleckeri*, o qual é responsável por muitos casos fatais na região do oceano Índico e Pacífico.⁵ A antibioterapia raramente é necessária e só deve ser prescrita quando existem sinais de infeção secundária. Nos casos em que ocorre solução de continuidade cutânea, deve ser ponderada a realização de vacinação antitetânica.

CONCLUSÃO

As dermatoses marítimas são atualmente objeto de poucos estudos em Portugal. Provavelmente devido às alterações climáticas e da temperatura média da água do mar, têm vindo a aumentar os relatos de casos de espé-

cies aquáticas potencialmente perigosas, como a caravela portuguesa, que outrora não costumavam ser encontradas no litoral português. Deste modo, os autores salientam a importância do estudo da fauna e flora autóctone de cada região, e do tipo de lesões que estas podem originar, de modo a adequar os cuidados terapêuticos.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Haddad V Jr, Lupi O, Lonza JP, Tying SK. Tropical dermatology: marine and aquatic dermatology. *J Am Acad Dermatol*. 2009;61:733-50.
2. Labadie M, Aldabe B, Ong N, Joncquiert-Latarjet A, Groult V, Poulard A, et al. Portuguese man-of-war (*Physalia physalis*) envenomation on the Aquitaine Coast of France: An emerging health risk. *Clin Toxicol*. 2012;50:567-70.
3. Haddad V Jr; Silveira FL; Migotto AE. Skin lesions in envenoming by cnidarians (portuguese man-of-war and jellyfish): Etiology and severity of accidents on the Brazilian coast. *Rev Inst Med Trop*. 2010;52:47-50.
4. Perkins AR, Morgan SS. Poisoning, envenomation, and trauma from marine creatures. *Am Fam Physician*. 2004;69:885-90.
5. Haddad V Jr. Comment on the article "Comparative dermatology: skin lesion produced by attack of jellyfishes (*Physalia physalis*)". *An Bras Dermatol*. 2011;86:829.
6. Risk YJ, Cardoso JL, Haddad Junior V. Envenoming caused by a Portuguese man-o'-war (*Physalia physalis*) manifesting as purpuric papules. *An Bras Dermatol*. 2012; 87:644-5.
7. Angelini G, Bonamonte D. *Aquatic Dermatology*. Milano: Springer-Verlag; 2002.