



# Jornal Paranaense de Pediatria

Ano 19 - Edição Especial - DERMAPED 2- Abril de 2018 ISSN 1676-0166



## DERMAPED<sup>2</sup>

**2º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE  
DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA  
Curitiba - ABRIL 2018**





# Jornal Paranaense de Pediatria

## EDITORES

**Paulo Breno Noronha Liberalesso**

Médico do Departamento de Neuropediatria e Neurofisiologia do Hospital Pequeno Príncipe; Supervisor do Programa de Residência Médica em Neuropediatria do Hospital Pequeno Príncipe.

**Sérgio Antônio Antoniuk**

Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neuropediatria; Coordenador do Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas (CENEP).

## EDITORES ASSOCIADOS

**Aristides Schier da Cruz**

Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná, Disciplina de Gastroenterologia Pediátrica.

**Donizetti Dimer Giamberardino Filho**

Pediatra Diretor do Hospital Infantil Pequeno Príncipe.

**Gilberto Pascolat**

Preceptor da Residência Médica de Pediatria do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

**Luiza Kazuko Moriya**

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Estadual de Londrina.

## CONSELHO EDITORIAL

**Alexandre Menna Barreto**

Endocrinologista Pediátrico do Hospital Pequeno Príncipe.

**Alfredo Löhr**

Professor de Clínica Pediátrica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Disciplina de Neuropediatria.

**Carlos A. Riedi**

Professor de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Alergia-Pneumologia Pediátrica.

**Geraldo Graça**

Médico Endocrinologista Pediátrico; Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da UFPR.

**Gislayne C. Souza Nieto**

Médica Neonatologista; Chefe da UTI Neonatal do Hospital Santa Brígida; Neonatologista da UTI Neonatal do Hospital Pequeno Príncipe.

**Herberto José Chong Neto**

Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Alergia e Imunologia; Pesquisador Associado do Serviço de Alergia e Imunologia Pediátrica, Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná; Doutor em Medicina Interna, UFPR; Pós-Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente, UFPR; Professor Titular de Medicina da Universidade Positivo.

**Isac Bruck**

Professor Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neuropediatria.

**José Carlos Amador**

Doutor em Pediatria pela UNICAMP. Pós-Doctor em Nutrição Enteral e Parenteral pela Universidade de Maastricht - Holanda. Professor Adjunto da Universidade Estadual de Maringá.

**Katia Aceti Oliver**

Neonatologista do Hospital Pequeno Príncipe e Hospital Maternidade Santa Brígida; Médica Pediatra com atuação na Área de Desenvolvimento do Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas.

**Kerstin Taniguchi Abagge**

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Dermatologia Pediátrica.

**Lucia Helena Coutinho dos Santos**

Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neuropediatria.

**Luiz Antônio Munhoz da Cunha**

Chefe do Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Infantil Pequeno Príncipe.

**Luiz Ernesto Pujol**

Médico plantonista do pronto-socorro do Trauma Pediátrico do Hospital do Trabalhador; Vice-Presidente do CRM-PR; Diretor do Departamento de Defesa Profissional da Associação Médica do Paraná.

**Mara Albonei Pianovski**

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Hematopediatria.

**Margarida Fatima Fernandes Carvalho**

Professora Adjunta de Pediatria da Universidade Estadual de Londrina, Doutora em Pediatria pela Universidade de São Paulo.

**Mariana Faucez Munhoz da Cunha**

Nefrologista Pediátrica do Hospital Pequeno Príncipe.

**Marina Hideko Asshiyde**

Professora de Clínica Pediátrica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Disciplina de Infectologia Pediátrica.

**Mário Vieira**

Preceptor em Gastroenterologia da Residência Médica em Pediatria do Hospital Infantil Pequeno Príncipe, Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

**Milton Elias de Oliveira**

Professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Oeste do Paraná - Cascavel.

**Monica Nunes Lima**

Professora Associada do Departamento de Pediatria da UFPR; Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e Adolescente do Departamento de Pediatria da UFPR.

**Nelson Augusto Rosário Filho**

Professor Titular do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Alergia e Imunologia.

**Nelson Itiro Miyague**

Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Cardiologia Pediátrica.

**Regina Paula Guimarães Vieira Cavalcante da Silva**

Médica Neonatologista do Serviço de Neonatologia do Hospital de Clínicas; Professora Adjunta do Departamento de Pediatria - UFPR.

**Rosana Marques Pereira**

Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Endocrinologia Pediátrica.

**Vania Oliveira de Carvalho**

Médica Pediatra com concentração em Dermatologia Pediátrica do Hospital de Clínicas; Professora Adjunta do Departamento de Pediatria - UFPR.

## **DIRETORIA SPP - TRIÊNIO 2016-2018**

**Presidente:** Kerstin Taniguchi Abagge (Curitiba)

**Presidente de Honra:** Eliane Mara Cesário Pereira Maluf (Curitiba)

**1º Vice-Presidente:** Victor Horácio de Souza Costa Junior (Curitiba)

**2º Vice-Presidente:** Milton Macedo de Jesus (Londrina)

**3º Vice-Presidente:** Kennedy Long Schisler (Foz do Iguaçu)

**4º Vice-Presidente:** Antonio Carlos Sanseverino Filho (Maringá)

**Secretário Geral:** Tsukiyo Obu Kamoi (Curitiba)

**1º Secretário:** Geórgia Morgenstern Milani (Curitiba)

**2º Secretário:** Paulo Breno Noronha Liberalesso (Curitiba)

**Tesouraria**

**1º Tesoureiro:** Cristina Terumy Okamoto (Curitiba)

**2º Tesoureiro:** Julio Cesar Pereira Dias (Pato Branco)

**Conselho Fiscal:** Armando Salvatierra Barroso (Curitiba), Carlos Oldenburg Neto (Curitiba), Mario Cesar Vieira (Curitiba), Fabiano Steil da Silva (Curitiba), Iná Maria Frias Cabral Arthur (Maringá)

**Comissão de Sindicância:** Dorivam Nogueira (Curitiba), Rosana Marques Pereira (Curitiba), Marcia Bandeira (Curitiba), Renato Tametiro (Cascavel), Heloisa Simonini Delfino (Londrina)

**Conselho Consultivo:** Rosângela de Fatima Iteraminense Garbers (Curitiba), Jocemara Gurmini (Curitiba), Marcelo Almeida Costa (Curitiba), Wilma Suely Ribeiro Reque (Ponta Grossa), Naiza Alessandra Dornelles (Maringá)

### **Diretoria de Defesa Profissional**

**Coordenadores:** Gislayne Castro e Souza de Nieto (Curitiba), Armando Salvatierra Barroso (Curitiba) e Milton Macedo de Jesus (Londrina)

### **Diretoria de Cursos, Eventos e Promoções**

**Coordenadora:** Gislayne Castro e Souza de Nieto (Curitiba)

### **Diretoria de Ensino e Pesquisa**

**Coordenadores:** Victor Horácio de Souza Costa Junior (Curitiba), Cristina Okamoto (Curitiba), Tony Tannous Tahan (Curitiba) e Débora Carla Chong e Silva (Curitiba)

### **Diretoria de Publicações**

**Coordenadores:** Sérgio Antoniuk (Curitiba), Paulo Breno Noronha Liberalesso (Curitiba) e Vania Oliveira de Carvalho (Curitiba)

### **Diretoria de Relações**

**Coordenador:** Kennedy Long Schisler (Foz do Iguaçu)

## **DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS DA SOCIEDADE PARANAENSE**

### **DE PEDIATRIA**

**Departamento de Adolescência**

**Presidente:** Iolanda Maria Novadzki

**Departamento de Aleitamento Materno e Puericultura**

**Presidente:** Marcelo Grott Lobo

**Departamento de Alergia - Imunologia**

**Presidente:** Alexsandro Zavadniack

**Departamento de Cardiologia**

**Presidente:** Cristiane Nogueira Binotto

**Departamento de Dermatologia**

**Presidente:** Juliana Loyola

**Departamento de Endocrinologia**

**Presidente:** Rosana Marques Pereira

**Departamento de Gastroenterologia**

**Presidente:** Mário Cesar Vieira

**Departamento de Hemato-Oncologia**

**Presidente:** Lisandro Lima Ribeiro

**Departamento de Infectologia**

**Presidente:** Tony Tannous Tahan

**Departamento de Nefrologia**

**Presidente:** Lucimary de Castro Sylvestre

**Departamento de Neonatologia**

**Presidente:** Regina Vieira Cavalcante Silva

**Departamento de Neurologia**

**Presidente:** Paulo Breno Noronha Liberalesso

**Departamento de Nutrologia**

**Presidente:** Denise Tiemi Miyakawa

**Departamento de Otorrinolaringologia**

**Presidente:** Rodrigo Guimarães Pereira

**Departamento de Pneumologia**

**Presidente:** Gregor Paulo Chermikoski Santos

**Departamento de Reumatologia**

**Presidente:** Marcia Bandeira

**Departamento de Saúde Mental**

**Presidente:** Jussara Ribeiro dos Santos Varassin

**Departamento de Segurança da Criança e do Adolescente**

**Presidente:** Luci Yara Pfeiffer

**Departamento de Suporte Nutricional**

**Presidente:** Izaura Merola Faria

**Departamento de Terapia Intensiva**

**Presidente:** Sandra Lange Zaponi Melek

### **Referência em Genética**

**Salmô Raskin**

### **Referência em Oftalmologia**

**Ana Tereza Ramos Moreira e Christie Graf Ribeiro**

### **Referência em Ortopedia**

**Edilson Forlim e Jamil Faisal Soni**

### **Referência em Radiologia**

**Dolores Bustelo**

**JORNAL PARANAENSE DE PEDIATRIA - ANO 19, EDIÇÃO ESPECIAL, DERMAPED 2**

**2º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, ABRIL 2018.**

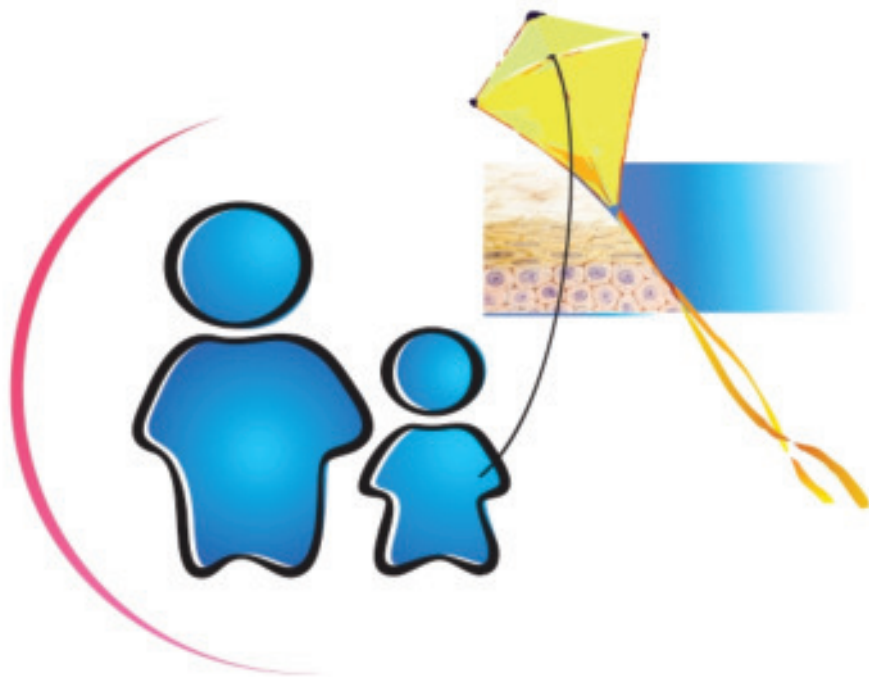
O Jornal Paranaense de Pediatria é o órgão oficial da Sociedade Paranaense de Pediatria para publicações científicas.

Correspondência para: SPP - Rua Des. Vieira Cavalcanti, 550 - 80510-090 - Curitiba-PR - Tiragem: 500 exemplares

Sociedade Paranaense de Pediatria - Rua Des. Vieira Cavalcanti, 550 Telefone: 41 3223-2570 Fax: 41 3324-7874 Curitiba-PR

Http://www.spp.org.br - e-mail: sppdiatria@hotmail.com

Projeto gráfico, diagramação e editoração: Fidellize Comunicação e Design Tel.: 41 99644-8959 fidellize25@yahoo.com.br Curitiba-PR



# DERMAPED<sup>2</sup>

**2º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE  
DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA**

**Curitiba - ABRIL 2018**

## COMISSÃO ORGANIZADORA

*Presidente da SBP:*

LUCIANA RODRIGUES SILVA (BA)

*Presidente da SPP:*

KERSTIN TANIGUCHI ABAGGE (PR)

*Presidente do Simpósio:*

VÂNIA OLIVEIRA DE CARVALHO (PR)

*Presidente de Honra:*

LEIDE PAROLIN MARINONI

*Diretoria de Cursos e Eventos da SBP:*

LILIAN DOS SANTOS RODRIGUES SADECK (SP)

*Presidente do Comitê Científico:*

KERSTIN TANIGUCHI ABAGGE (PR)

*Membros:*

JANDREI ROGÉRIO MARKUS (TO)

JULIANA GOMES LOYOLLA PRESA NETO (PR)

MARJORIE UBER IURK (PR)

SUSANA GIRALDI (PR)

## Membros do Departamento Científico de Dermatologia da SBP

*Presidente:*

VANIA OLIVEIRA DE CARVALHO (PR)

*Membros:*

ANA MARIA MOSCA DE CERQUEIRA (RJ)

ANA ELISA KISZEWSKI BAU (RS)

MARICE EMANUELA EL ACHKAR MELLO (SC)

ANTONIO CARLOS MADEIRA DE ARRUDA (SP)

JANDREI ROGÉRIO MARKUS (TO)

MATILDE CAMPOS CARRERA (PE)

## COMISSÃO AVALIADORA DOS TRABALHOS

Adriana Prazeres da Silva

Aline Alves Santin Giordani

Ana Elisa Kiszewski Bau

Gina Bressan Schiavon

Jandreí Rogério Markus

Jeanine Aparecida Magno Frantz

Juliana Gomes Loyola Presa

Kerstin Taniguchi Abagge

Marice E. El Achkar Mello

Marjorie Uber Iurk

Matilde Campos Carrera

Mayara Schulze Cosechen Rosvailer

Mayke Fabricia Steinbach

Priscila Vernizi Roth

Renata Robl Imoto

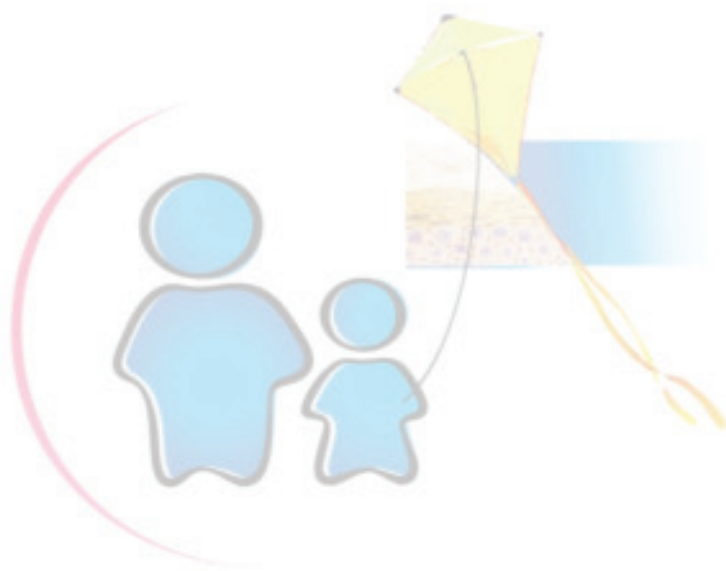
Susana Giraldi

Vania Oliveira de Carvalho



TEMAS LIVRES SELECIONADOS PARA APRESENTAÇÃO ORAL

APRESENTAÇÃO 12 DE ABRIL DE 2018



DERMAPED<sup>2</sup>

## TL.01 - AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE MÉDICOS PEDIATRAS E MÉDICOS RESIDENTES EM PEDIATRIA, ATUANTES EM PALMAS-TO, SOBRE FOTOPROTEÇÃO NA INFÂNCIA

CELIANA RIBEIRO PEREIRA ASSIS; JANDREI ROGÉRIO MARKUS; MAÍSE SANTANA TOLENTINO MARCIANO ARAUJO; FERNANDA OLIVEIRA COSTA; GECYCA MASCARENHA GOMES ALMEIDA; RAPHAEL DA COSTA SILVA; LEA CRISTINA CÂNDIDA ALVES MIRANDA

ITPAC PORTO NACIONAL; UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS

**Introdução:** exposição intensiva e queimaduras repetidas na infância são um importante fator de risco para desenvolvimento de cânceres de pele e fotoenvelhecimento.

**Objetivos:** comparar as condutas dos pediatras e dos residentes em pediatria sobre exposição solar na infância.

**Metodologia:** estudo transversal através de questionário voltado aos pediatras e residentes de pediatria atuantes em Palmas-TO.

**Resultados:** do total envolvido, 34 pediatras e 8 residentes responderam à pesquisa, com uma taxa de resposta de 41 entre os pediatras e 80 entre residentes. Sobre fotoproteção, a maioria dos pediatras (73,53) e residentes (62,5) responderam apresentar conhecimento moderado. O banho de sol é indicado rotineiramente por 70,59 dos pediatras. Quanto ao horário de exposição ao sol para produção de vitamina D, 76,5 dos pediatras responderam recomendar antes das 10 horas, e 17,6 contraindicam a exposição direta ao sol sem fotoproteção.

**Discussão:** os resultados revelaram que os pediatras, apresentam dificuldades em praticar as condutas preconizadas por consensos e evidências. Não há fundamento científico para se indicar o banho de sol no período neonatal, e esta prática pode resultar em danos importantes ao paciente. Está contraindicada a exposição solar com objetivo de garantir níveis adequados de vitamina D, devendo esta ser suplementada para todos os lactentes. Palmas é uma cidade de características propícias às práticas físicas ao ar livre, e tem uma localização com características que corroboram para altos níveis de radiação solar, sendo necessária atenção especial às medidas de fotoproteção. Os pediatras são profissionais aptos a fornecerem informações sobre fotoproteção diária aos pacientes e cuidadores e esta deve ser uma prática habitual, sobretudo em atendimentos de consultório.

**Conclusão:** a infância é um período de atividades ao ar livre, com exposição solar, e deve ser orientada para evitar danos imediatos e a longo prazo relacionados à exposição solar desprotegida.

## TL.02 - INCIDÊNCIA DE ALTERAÇÕES CUTÂNEAS EM PREMATUROS

DANIELLE ARAKE ZANATTA; IWYNA FRANÇA SOUZA GOMES VIAL; MARIANA CANATO; NARA FROTA ANDRÉ; HELOISA YUKIE ARAKE SHIRATORI; VÂNIA OLIVEIRA DE CARVALHO

HOSPITAL DE CLÍNICAS UFPR; UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA

**Objetivo:** determinar a frequência de alterações cutâneas nos recém-nascidos pré-termo (RNPT), nascidos com até 37 semanas de Idade Gestacional (IG).

**Método:** estudo transversal, prospectivo e descritivo, realizado no período entre novembro de 2017 e fevereiro de 2018. Foram incluídos os RNPT com até 90 dias de vida internados no setor de Neonatologia de um Hospital terciário, cujos responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A avaliação foi realizada por meio de um protocolo padrão, visando identificar, descrever e fotografar as alterações cutâneas. Foram incluídos dados pré-natais, comorbidades maternas e condições do parto e pós-parto. O nível de significância considerado foi de 5.

**Resultados:** foram incluídos 80 neonatos, com IG média de 33,2+2,8 semanas. Havia comorbidade materna em 63 (78,7) casos, principalmente doenças endócrinas e hipertensivas. A idade mediana no momento do exame físico foi de 94 horas (4 horas a 80 dias). As dermatoses mais frequentes foram: mancha salmão em 65 (81,2), lanugo em 60 (75), hiperplasia sebácea em 38 (47,5), descamação fisiológica em 37 (46,2), mancha mongólica em 23 (28,7), cisto de milia em 18 (22,5), pérola de Epstein em 17 (21,2), escoriações traumáticas em 13 (16,2) e hemangioma infantil em 3 (3,7). A IG média dos RN que apresentavam hiperplasia sebácea foi 34,6+1,4 semanas e naqueles sem a dermatose 32+3,2 semanas (p0,05). A IG média dos RN que apresentavam mancha mongólica foi 34,7+1,4 semanas e naqueles sem a dermatose 32,6+3 semanas (p0,05). Dermatoses identificadas com menor frequência: eritema tóxico, mancha vinho do porto, fosseta sacral, mielomeningocele, nódulo de Bohn, intertrigo, lesões hipercrômicas, miliária, dermatite de contato, telangiectasias, petéquias, cutis marmorata, dermatite seborreica e acrocórdon em mamilo.

**Conclusão:** as alterações cutâneas são frequentes nos RNPT, assim como nos RN a termo, e as escoriações traumáticas resultam da sensibilidade cutânea e dos múltiplos procedimentos a que são submetidos.



### TL.03 - AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE CRIANÇAS COM MOLUSCO CONTAGIOSO

MARIANA TOSATO ZINHER; JULIANA GOMES LOYOLA PRESA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - UFPR

**Objetivo:** avaliar características epidemiológicas e do tratamento de pacientes com molusco contagioso, comparando os resultados com a literatura.

**Método:** estudo retrospectivo, analítico e observacional, baseado na revisão de prontuários de pacientes com idade entre zero e 14 anos atendidos no serviço de dermatologia pediátrica do HC-UFPR entre 2012 e 2015. Foram avaliadas características populacionais, das lesões e do tratamento.

**Resultados:** foram analisados dados de 80 pacientes, observando-se predomínio no sexo feminino (60). A mediana de idade na primeira consulta foi de 59 meses (mínimo 18 e máximo 168). História de doenças atópicas foi observada em 38, enquanto 65 apresentavam sinais menores de atopia. A mediana de tempo entre o aparecimento das lesões e o diagnóstico foi de seis meses (mínimo duas semanas e máximo 30 meses). Na maioria, as lesões surgiram durante outono e inverno. Tratamento foi realizado em 79, e 90 destes utilizaram curetagem. Recidiva das lesões foi observada em 46, havendo relação entre a recidiva e a realização de curetagem ( $p=0,0092$ ). Outros métodos utilizados foram hidróxido de potássio, sulfato de zinco e imiquimod.

**Conclusão:** a faixa etária e distribuição entre os sexos foram semelhantes às descritas na literatura. O tempo entre o surgimento das lesões e o diagnóstico é extenso porque, embora diagnóstico e manejo possam ser realizados na atenção primária, muitos pacientes são diagnosticados por especialista, atrasando o início do tratamento e favorecendo a disseminação e transmissão do vírus. A alta prevalência de história e sinais de atopia, além da coincidência entre a sazonalidade do aparecimento das lesões com o período de exacerbação de doenças atópicas, sugere relação entre a infecção e atopia. O tratamento de escolha foi curetagem e, embora tenha sido encontrada relação entre curetagem e recidiva, a amostra limitada e o menor número de pacientes tratados com outros métodos podem ter influenciado este resultado.

### TL.04 - PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E OPERACIONAL DE PACIENTES MENORES DE 15 ANOS COM HANSENÍASE EM MARABÁ-PA (2010-2015)

LARISSA MENEZ AMORIM; LUCAS FRANCO CARVALHO; VICTÓRIA MOREIRA GOMES; LORENA DOS REIS RABELO; BRENO AUGUSTO FREIRE DE SOUSA; ALINE PEREIRA CARDOSO; ARTHUR FERNANDES FARIAS; CLÁUDIA DIZIOLI FRANCO BUENO; DYANA MELKYS BORGES DA SILVA; MARIA ANGÉLICA CARNEIRO DA CUNHA  
UEPA

**Introdução:** a hanseníase é uma doença infecciosa e de progressão lenta e a sua detecção em crianças, reflete a endemicidade da doença sendo considerado um importante indicador epidemiológico.

**Objetivo:** analisar a ocorrência de hanseníase em menores de 15 anos e identificar o perfil clínico-epidemiológico e operacional da doença no período entre 2010-2015.

**Método:** estudo transversal realizado a partir de dados coletados do SINAN e da Sala de Apoio a Gestão Estratégica (SAGE). O processamento e análise dos dados foram feitos por meio de programas Tabwin (DATASUS) e Excel (Microsoft). Para a análise do perfil clínico, as variáveis incluídas foram sexo, idade, forma clínica e o grau de incapacidade. Para avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais foram utilizados os parâmetros do Ministério da Saúde para detecção em menores de 15 anos.

**Resultados:** no estudo, foi elegível um total de 148 (12,97) casos novos na faixa etária de 0 a 14 anos. Houve predominância na faixa etária entre 10 a 14 anos (69,6) e no sexo feminino (56,8). A forma clínica não foi possível avaliar devido à ausência de registro nos sistemas de informações. Quanto à classificação operacional, houve predominância da forma paucibacilar (60,8). Durante o período estudado, as taxas de detecção em Marabá sempre estiveram acima dos coeficientes estadual e nacional, com uma taxa de detecção média de 3,27. Quanto ao grau de incapacidade física (GIF), 8,1 dos menores de 15 anos no momento do diagnóstico já apresentavam incapacidade, sendo deste total, 3,37 com Grau 2 de incapacidade física.

**Conclusão:** o estudo demonstrou que a taxa de detecção na cidade de Marabá é considerada hiperendêmica e acima das médias estadual e nacional durante todo o período analisado. Esse fato, sugere que há uma transmissão exacerbada da doença no município, fato que justifica a intensificação das medidas de vigilância e controle.





## TL.05 - CADASTRO NACIONAL DE EPIDERMÓLISE BOLHOSA ATUALIZADO

JEANINE MAGNO FRANTZ

DEBRA BRASIL

**Introdução:** epidermólise Bolhosa Hereditária é uma doença rara, multissistêmica, cuja prevalência é de 8 casos por milhão de habitantes. Há uma falha na produção do colágeno, responsável pela adesão das camadas da pele, formando bolhas dolorosas em pele e mucosas. Algumas formas graves, podem comprometer todos os órgãos que possuem revestimento epidérmico. Seu tratamento é especializado, dispendioso e envolve uma equipe multidisciplinar. É uma doença pouco conhecida, sendo necessário uma ampla divulgação do assunto. Poucos países possuem dados epidemiológicos adequados. Nesses países, os dados são coletados por meio de grupos de apoio e centros de atendimento de dermatologia e hospitais universitários. No Brasil não há um levantamento estatístico confiável.

**Objetivo:** instituir um cadastro nacional único de Epidermólise Bolhosa, para que possamos elaborar um protocolo de tratamento e unificar o atendimento dos pacientes, além de orientar os centros de referências e termos uma base estatística de EB no Brasil.

**Métodos:** a DEBRA (Dystrophic Epidermolysis Bullosa Research Association) Brasil está coletando dados através de um cadastro online, desde 2014. Foi realizado uma busca ativa, junto às associações regionais, redes sociais, grupos de apoio, maternidades e centros de atendimento a doenças raras. Criou-se um link no site da DEBRA Brasil onde o próprio paciente, um familiar ou o profissional de saúde pode preencher alimentando o banco de dados de EB.

**Resultados:** Em 2014 havia 273 casos e atualmente há 759 cadastros, incluindo os óbitos nesse período. A idade variou de 0 a 89 anos, com predomínio de crianças e adolescentes. A EB distrófica recessiva predominou e a região sudeste apresenta o maior número de pacientes.

**Conclusão:** no momento, os dados estatísticos são dinâmicos, sendo frequente sua atualização. Com um número aproximado dos casos no Brasil, teremos base para discutir políticas públicas de atendimento, além de dar acesso aos pacientes à novas pesquisas e futuros tratamentos.

## TL.06 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE HEMANGIOMAS SEGMENTARES DA INFÂNCIA ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE DERMATOLOGIA

LETÍCIA GAERTNER MARIANI; ANA ELISA KISZEWSKI BAU

UFCSPA

**Objetivo:** verificar as características clínicas, epidemiológica e terapêutica de pacientes com hemangioma da Infância (HI) e distribuição segmentar selecionados entre 2006 e 2017.

**Método:** seleção a partir de base de dados e revisão de prontuários.

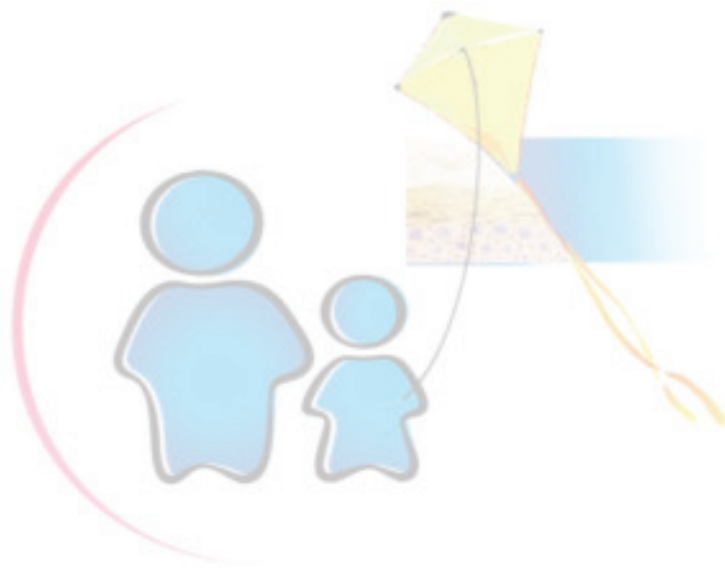
**Resultados:** 34 pacientes com HI segmentar, 8 com Síndrome PHACE. 11,7 prematuros, 17,6 gêmeos, 73,5 do sexo feminino. 76 apresentavam hemangioma na cabeça e pescoço: 37 no segmento S2, 27 no S3, 15 em S1, 12 em S4 e 7 região cervical. 53 eram HI misto. Motivos que levaram ao tratamento: ulceração (32) e alteração funcional (26). A média de tratamento foi 16 meses. 53 (18) usaram terapia combinada (propranolol e corticóide) - 50 ulcerados e 39 atingia via aérea; 32 usaram apenas propranolol. Corticoterapia foi usada, em média, por 81 dias. Em relação à síndrome de PHACE, 62,5 (5) possuíam diagnóstico confirmado e 37,5 (3) diagnóstico possível. 57 do sexo feminino. Segmentos S2 e S3 foram os mais acometidos (25 cada), S1 (20), S4 (15) e região cervical (15). 75 apresentavam mais de um segmento acometido: S2-S3 (28); S1-S2 e S1-S3 (21 cada). Anomalias cerebrais e cerebrovasculares foram as mais encontradas (62), seguidas por oftalmológica (37) e cardíaca (25).

**Conclusão:** HI são mais frequentes em meninas e em cabeça e/ou pescoço. A principal indicação terapêutica foi ulceração. Em relação à Síndrome PHACE, as alterações extra cutâneas mais frequentes são anomalias cerebrais na fossa posterior. O número de segmentos acometidos é fator de risco para síndrome. Obtivemos 75 dos casos com mais de um segmento envolvido. Hemangiomas segmentares possuem maior risco de complicações, desenvolvimento de anomalias e desfecho desfavorável. Crianças com hemangiomas extensos na região cervico-facial devem ser investigadas para afastar Síndrome PHACE. Terapêutica deve ser iniciada precocemente para reduzir a chance de complicações.



POSTERES COMENTADOS

APRESENTAÇÃO 13 DE ABRIL DE 2018



DERMAPED<sup>2</sup>

## PC.01 - FEBRE CHIKUNGUNYA DESENCADEANDO REAÇÃO NECROSE EPIDERMICA TÓXICA-LIKE EM LACTANTE

MAÍSE SANTANA TOLENTINO MARCIANO ARAÚJO; JANDREI ROGÉRIO MARKUS; CELIANA RIBEIRO PEREIRA ASSIS; FERNANDA OLIVEIRA COSTA; GECYCA MASCARENHA GOMES ALMEIDA; RAPHAEL DA COSTA SILVA; NUBIA CRISTINA CARMO; LEA CRISTINA CANDIDA ALVES MIRANDA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS; ITPAC - PORTO NACIONAL

**Introdução:** a Febre Chikungunya (FCh) é uma arbovirose causada pelo CHIKV, apresenta como característica febre, artralgia intensa, cefaleia e geralmente um exantema macular ou maculopapular de comportamento centrífugo, em tronco, as extremidades, sem poupar a região palmo-plantar e a face, 2-3 dias após início da febre, com prurido generalizado ou apenas palmo-plantar. Dentre os relatos da apresentação desta doença, existe uma apresentação vesiculobolhosa com aspecto semelhante ao observado na necrose epidérmica tóxica (NET), que pode ocorrer em qualquer faixa etária, porém sendo mais frequente nos lactentes.

**Descrição do caso:** M.S.A., feminino, 2 meses, residente no Tocantins, internada no 5º dia de evolução de quadro febril e diarreico, edema de extremidades e articulações, pequenas máculas acastanhadas e com surgimento de lesões vesicobolhosas de tamanhos variados, conteúdo hialino, disseminadas, principalmente em tronco e membros, com descolamento de pele com aspecto necrótico deixando área desnudada, semelhante ao observado na NET. Necessitou cuidados de analgesia e hidratação como grande queimado, desbridamento e cobertura antibiótica com boa evolução e remissão completa das lesões após 40 dias de internação. Confirmado FCh por ELISA IgM positivo, coletado no 861616; dia de evolução.

**Discussão:** em lactentes menores de 6 meses com FCh pode ocorrer eritrodermia e o surgimento das lesões vesicobolhosas, simetricamente distribuídas, sem bordos eritematosos. O rompimento com exposição de áreas desnudas, inspira cuidados com reconhecimento rápido, diagnóstico diferencial eficaz e com encaminhamento dessas crianças para centros com suporte adequado. Os diagnósticos diferenciais mais importantes se fazem com Síndrome da pele escaldada e farmacodermias. O tratamento é sintomático, com cuidados para grande queimado.

**Conclusão:** a FCh deve ser diagnóstico diferencial em áreas endêmicas, por ter um espectro clínico variável. As lesões dermatológicas em lactentes jovens podem ser graves, atípicas e devem ser de domínio do médico, com solicitação do ELISA, diagnóstico rápido e eficaz, com suporte clínico adequado.

## PC.02 - LESÕES PURPÚRICAS - QUAL SEU DIAGNÓSTICO?

MARIANA CANATO; DANIELLE ARAKE ZANATTA; NARA FROTA ANDRÉ; IWYNA FRANÇA SOUZA GOMES VIAL; KERSTIN TANIGUCHI ABAGGE; VÂNIA OLIVEIRA DE CARVALHO / HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

**Objetivo:** apresentar aos congressistas diagnósticos diferenciais de lesões purpúricas na infância de forma interativa.

**Métodos:** sob forma de pôster, serão apresentadas imagens de diagnósticos diferenciais de lesões purpúricas na faixa etária pediátrica. O diagnóstico permanecerá oculto e, de acordo com as imagens apresentadas e breve história clínica, os participantes poderão opinar sobre a hipótese diagnóstica.

**Resultados:** Púrpura de Henoch Schonlein é a vasculite mais comum na infância e caracteriza-se por púrpuras palpáveis nos membros inferiores. Pode se associar a artrite ou artralgia, dor abdominal e alterações renais. O diagnóstico é clínico, mas a biópsia pode auxiliar nos casos atípicos. Edema agudo hemorrágico da infância: Forma rara de vasculite que afeta lactentes. Manifesta-se pela presença de placas purpúricas nos membros inferiores e na face, acometendo, caracteristicamente, o pavilhão auricular. A doença é benigna, autolimitada e não necessita de tratamento. Meningococemia: é a forma mais grave dentre as doenças meningocócicas. Apresenta-se como petéquias e lesões eritemato-purpúricas disseminadas, associadas a choque séptico e distúrbios de coagulação. O diagnóstico é confirmado por cultura do líquido e/ou sangue e o tratamento é o início precoce de antibioticoterapia endovenosa. Fitofotodermatose: ocorre pela reação fotoquímica entre a radiação ultravioleta A e substância psoralênica, liberada por algumas plantas. São lesões eritemato-purpúricas de formato irregular. Surgem em até 24 horas após a exposição solar e a fase inflamatória é seguida de hipercromia residual que pode durar meses. Eritema pigmentar fixo: É uma reação de hipersensibilidade tipo IV a medicamentos, principalmente derivados da sulfá e anti-inflamatórios não esteroidais. Apresenta-se com mancha eritemato-violácea bem delimitadas e de formato arredondado. O desaparecimento é espontâneo em alguns meses, porém pode se tornar fixa no caso de insultos frequentes.

**Conclusão:** a anamnese e o exame físico são fundamentais para o correto diagnóstico e tratamento das principais doenças que cursam com lesões purpúricas na infância.



### PC.03 - ANEURISMA RETRO-ORBITÁRIO APÓS USO DE SILDENAFIL NO TRATAMENTO DE MALFORMAÇÃO LINFÁTICA EM FACE - HÁ RELAÇÃO CAUSA-EFEITO OU APENAS COINCIDÊNCIA?

NARA FROTA ANDRÉ; DANIELLE ARAKE ZANATTA; MARIANA CANATO; IWYNA FRANÇA SOUZA GOMES VIAL; VÂNIA OLIVEIRA DE CARVALHO; KERSTIN TANIGUCHI ABAGGE

HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR

**Introdução:** malformações vasculares (MV) são anomalias dos vasos por erros na morfogênese vascular. Podem ser simples, quando há a alteração de apenas um tipo de vaso, ou mistas, quando há presença de duas ou mais linhagens vasculares (veias, artérias ou linfáticos). Seu manejo é complexo e geralmente exige uma equipe multidisciplinar.

**Descrição do caso:** adolescente, 11 anos, branca, sexo feminino apresenta desde o nascimento uma massa na hemiface esquerda. Ao exame: tumoração discretamente azulada na hemiface esquerda acometendo em profundidade desde região infraorbitária esquerda até mucosa oral, onde havia presença de vesículas. Recebeu diagnósticos diversos (hemangioma, linfangioma, MV) e foi tratada com propranolol e embolização sem melhora efetiva. Entrou em um protocolo de sildenafil para malformações linfáticas com diminuição importante do volume da lesão. Porém, após 45 dias do início do tratamento, observou-se proptose ocular com dor local e lacrimejamento. Angiografia da lesão mostrou malformação vascular mista com predomínio linfático e presença de um aneurisma retro-orbitário. Realizou-se embolização do aneurisma com sucesso e substituição do sildenafil por sirolimus com progressiva diminuição do volume da lesão sem outras intercorrências.

**Discussão:** a patogênese das malformações linfáticas ainda é pouco compreendida. A maioria ocorre na região cervical e craniana. Crescem rapidamente devido a infecções, trauma ou hemorragia. Ressonância magnética auxilia no diagnóstico e abordagem terapêutica. O tratamento é desafiador, principalmente, nas localizadas em cabeça e pescoço pela proximidade a estruturas vitais e limites imprecisos. Sildenafil tem sido usado no tratamento de linfangiomas com resultados promissores. Ele age provavelmente no relaxamento dos canais vasculares e drenagem de seu conteúdo. Questionamos se a formação do aneurisma pode estar relacionada ao uso do sildenafil nesse caso.

**Conclusão:** na literatura atual não há relato de formação aneurismática após tratamento com sildenafil, de maneira que não há como determinar se esta poderia ter ocorrido mesmo sem sua utilização.

### PC.04 - MUCINOSE FOLICULAR DISSEMINADA NA INFÂNCIA - RELATO DE CASO

HELOÍSA DEL CASTANHEL UBALDO; CAMILA MARIANO ORATHES; THAÍS ERANCE DE OLIVEIRA; FLÁVIA COSTA PREVEDELLO; LISMARY APARECIDA DE FORVILLE MESQUITA

SANTA CASA DE CURITIBA

**Introdução:** mucinose folicular é uma dermatose rara, caracterizada pelo acúmulo de mucina no epitélio folicular e, menos frequentemente, na glândula sebácea. Pode ser idiopática, acometendo geralmente crianças e adultos jovens, ou secundária a outras doenças.

**Descrição do caso:** paciente masculino, 8 anos, hígido, apresentando há 5 meses placas xeróticas esbranquiçadas, infiltradas, contendo pápulas foliculares, em face, tronco e membros. Refere eritema e ardência ao uso de emolientes. O exame histopatológico evidenciou deposição de mucina nas paredes de folículos pilosos, com moderado infiltrado inflamatório crônico linfocitário perivascular e perifolicular, condizente com mucinose folicular. Investigação laboratorial adicional permitiu descartar doenças associadas. O tratamento foi iniciado com corticoide de média potência associado a emoliente.

**Discussão:** a mucinose folicular é uma dermatose que apresenta um padrão de reação inflamatória em estruturas foliculares, pode ser idiopática, ou associada a condições benignas ou malignas, principalmente micose fungoide (MF). Manifesta-se clinicamente como placa eritematosa, bem delimitada, única ou múltipla, podendo apresentar áreas de alopecia e pápulas foliculares. Apresentações menos comuns, como lesões acneiformes, eczematosas, císticas e nodulares, são descritas; a variante disseminada, apresentada pelo paciente, é considerada rara. O aspecto clínico das manifestações cutâneas independe de sua etiologia. Estudos destacam que, principalmente na população pediátrica, a associação a neoplasias malignas é pouco provável, porém se faz prudente monitoramento até a resolução das lesões ou diagnóstico inequívoco de malignidade. Em quadros idiopáticos, conduta expectante pode ser adotada, além de uso de corticoide tópico, intralesional ou oral, retinóide tópico ou oral, dapsona, fototerapia, metotrexato, entre outros.

**Conclusão:** salienta-se a importância da biópsia para o diagnóstico de mucinose folicular, doença cujo tratamento ainda é controverso. É recomendado seguimento clínico na população pediátrica, devido ao risco, ainda que baixo, de associação a malignidade.



## PC.05 - PITIRÍASE RUBRA PILAR PRECEDIDA POR INFECÇÃO POR HERPES SIMPLES NA INFÂNCIA - TRATAMENTO BEM SUCEDIDO COM METROTEXATE

PRISCILLA FILIPPO; ANA MÓSCA; THIAGO JEUNON

CONSULTÓRIO PRIVADO

**Introdução:** a pitiríase rubra pilar (PRP) é uma doença rara na infância, crônica, de etiologia desconhecida caracterizada por pápulas foliculares, placas escamosas róseo-amareladas e ceratoderma palmoplantar.

**Descrição do caso:** H.S, masculino, 1 ano e 8 meses, iniciou quadro de febre intermitente e infecções das vias aéreas superiores 15 dias antes do aparecimento de quadro de eritema e eczema em couro cabeludo, pavilhão auricular bilateralmente, face, tronco e membros. Placas psoriformes simétricas e difusas de coloração róseo-alaranjadas, com ilhotas de pele normal. Hiperkeratose palmoplantar. Realizada biópsia de pele que evidenciou infundíbulo foliculares preenchidos por lamina córnea paraceratótica e a epiderme áreas alternadas de paraceratose e ortoceratose, com discreta infiltração inflamatória mononuclear perivascular na derme superficial. Os exames complementares evidenciaram leucocitose e sorologia para o vírus herpes simplex I e II IgM reativo e IgG não reativo. Sorologia para HIV I e II, HTLV II e II, Parvovírus B19, Epstein Barr, CMV IgM e IgG não reativo, coxsackie A e B IgM não reativo e IgG reativo. FAN não reativo. Urinocultura e EPF negativos. Iniciado metotrexato 2,5mg/semana durante 7 semanas com remissão do quadro clínico. A medicação foi suspensa pela responsável da criança, por conta própria. Após 6 meses de suspensão do tratamento, o paciente permanece sem recorrência.

**Discussão:** a PRP é uma doença inflamatória crônica cuja etiologia é desconhecida, mas doenças febris, doenças auto-imunes e malignidades podem estar relacionadas ao quadro. Neste caso, o paciente apresentou uma doença febril prévia, com sorologia comprovando infecção pelo herpes simples associado. O diagnóstico foi clínico e confirmado pela biópsia. O metotrexato foi o tratamento de escolha com boa evolução e bem tolerado pelo paciente. **Conclusão:** este é um relato de caso de uma resposta favorável ao tratamento oral com metotrexato, que pode ser considerado como uma boa opção neste caso.

## PC.06 - TUBERCULOSE GANGLIONAR COM DISSEMINAÇÃO PARA PELE EM PRÉ ESCOLAR IMUNOCOMPETENTE

MARCELLY RAIZA SILVA E SILVA; JÉSSICA LORENA ALVES; JOYCE FERNANDA DE NAZARÉ DE SOUZA QUARESMA; JULIANA PESTANA RAMOS; RAQUEL LEÔNCIO DE ALMEIDA; MARÍLIA CUNHA BOTELHO ALVES  
UEPA; UFPA

**Introdução:** a tuberculose (TB) é uma doença infecciosa de elevada magnitude e importância no mundo. As formas extrapulmonares da TB ocorrem em órgãos sem condições ótimas de crescimento bacilar, geralmente de instalação insidiosa, sendo que na infância, representam aproximadamente 25 dos casos, sendo os gânglios periféricos uma das localizações mais frequentes.

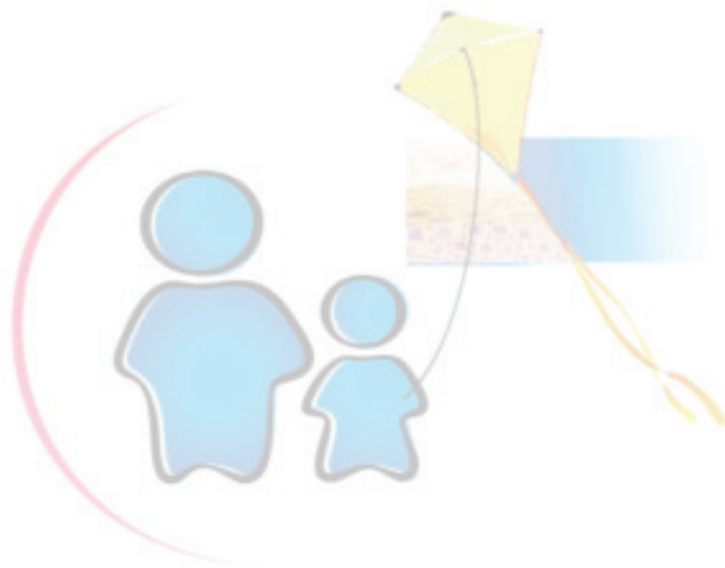
**Descrição do caso:** pré-escolar, feminina, dois anos, foi hospitalizada em serviço pediátrico para investigação de lesão submandibular de crescimento progressivo, com sinais flogísticos, iniciada há dois meses. Previamente hígida, passou a apresentar perda de peso (cinco quilogramas), febre moderada, predominantemente noturna, sudorese. Tinha história de contato com aves, cachorro, gato e adulto sintomático respiratório. Foi tratada com penicilina via oral sem melhora. Posteriormente evoluiu com abscesso submandibular, sendo tratada com antibiótico, evoluindo com um ponto de fistulização e piora, sendo reinternada após 20 dias em regular estado geral, sem adenomegalias, eutrófica, presença de cicatriz vacinal da BCG, leucocitose importante e desvio à esquerda, sendo iniciada penicilina resistente a b com surgimento de três pontos de fistulização em região submandibular, que ulceraram, adquirindo aspecto vegetante e coalesceram, formando uma lesão de cerca de 6 x 4 cm. Foram solicitadas tomografias de tórax e abdome, sem alterações significativas. O exame anatomopatológico teve como resultado focos de necrose supurativa e presença de células do tipo corpo estranho com granulomas frouxos. Os cortes corados pelos PAS e Grocott não revelando presença de fungos; e pelo Fite-Faraco, não revelaram BAAR. A sorologia de HIV 1 e 2 foi negativa.

**Discussão e conclusão:** diante do quadro clínico e epidemiológico, iniciou-se a poliquimioterapia para tuberculose com melhora progressiva da lesão. É importante ressaltar que as lesões que não melhoram com antibioticoterapia convencional devem remeter ao diagnóstico diferencial com tuberculose, devido a elevada incidência em nosso meio. Outras patologias como leucemia, paracoccidiodomicose devem entrar no leque de diagnósticos



POSTERES SIMPLES

APRESENTAÇÃO 12 DE ABRIL DE 2018



DERMAPED<sup>2</sup>

## P.01 - LESÕES NO TRONCO DO RECÉM-NASCIDO - QUAIS NECESSITAM DE TRATAMENTO?

DANIELLE ARAKE ZANATTA; IWYNA FRANÇA SOUZA GOMES VIAL; NARA FROTA ANDRÉ; MARIANA CANATO; VÂNIA OLIVEIRA DE CARVALHO

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

**Objetivo:** apresentar diagnósticos diferenciais de dermatoses neonatais de maneira interativa com os congressistas.

**Método:** apresentação de pôster com imagens de dermatoses localizadas no tronco de recém-nascidos (RN) cujo diagnóstico é realizado pelas características clínicas das lesões, associado a uma breve descrição da história. Os diagnósticos permanecerão ocultos e os participantes serão convidados a opinar sobre o diagnóstico.

**Resultados:** Melanose Pustulosa Neonatal Benigna - presente ao nascimento, apresenta-se com vesicopústulas, colarete de descamação e máculas hipercrômicas pós inflamatórias, que resolvem após alguns meses. As pústulas são estéreis, compostas por neutrófilos. Eritema Tóxico Neonatal - afeta RN a termo nas primeiras 48 horas de vida e duram até uma semana. Caracterizada por erupção de pápulas eritematosas ou pústulas com eritema circundante em qualquer parte do corpo, poupando palmas e plantas. As pústulas são estéreis, compostas por eosinófilos. Impetigo Bolhoso - inicia nas 2 primeiras semanas de vida com bolhas de base eritematosa e conteúdo claro, flácidas, que rompem deixando colarete de descamação e área de pele desnuda central e resolvem sem cicatriz. Bacterioscopia e cultura identificam a bactéria. Conforme a extensão é indicado antibiótico via oral ou endovenoso. Candidíase Congênita Neonatal - presente ao nascimento ou primeiros dias de vida, caracterizada por pápulas eritematosas e pústulas com descamação, localizada ou disseminada. O micológico direto e cultura da lesão confirmam o diagnóstico. A prematuridade é fator de risco e o tratamento é com antifúngico endovenoso. Herpes Neonatal - ocorre entre o 5º e 14º dias de vida, caracterizado por vesicopústulas, crostas e exulcerações em qualquer localização, inclusive mucosas. Letargia e irritabilidade estão presentes. A reação em cadeia de polimerase ou cultura viral de secreções, sangue ou líquido auxiliam no diagnóstico. É tratado com antiviral endovenoso.

**Conclusão:** o exame clínico da pele para reconhecimento das dermatoses neonatais associado a história clínica são fundamentais para o diagnóstico e tratamento adequado.

## P.02 - HEMANGIOMAS FACIAIS ASSOCIADOS A MALFORMAÇÕES INTRACRANIANAS: UM RELATO DE SÍNDROME PHACE

VANUZA MARIA ROSA; GABRIELA DE SIO PUETTER KUZMA; RAFAELA ANDRADE ROCHA; NADIA ALMEIDA; PRISCILA REBELATTO

HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE

**Introdução:** PHACE é um acrônimo para uma síndrome caracterizada por malformações de fossa posterior, hemangiomas faciais, anomalias anatômicas das artérias cerebrais, anomalias cardíacas e oculares. Se associada a alterações de esterno é denominada PHACES<sup>1</sup>.

**Descrição do caso:** paciente do sexo feminino, 1 mês, admitida em enfermaria de neuropediatria para investigação. Apresentava diagnóstico pré-natal de síndrome de Dandy-Walker. Com uma semana de vida iniciou com hemangiomas em face. Os pais tem história de consanguinidade. Ao exame, hemangioma retroauricular direito (2,0cm), em face (peri-orbitário, nasal, labial e pré-auricular) e em mucosa (palato duro e língua). No internamento, realizado TC de crânio e ressonância magnética demonstrando sinais de Dandy-Walker. A angioressonância venosa de encéfalo era normal. O eletrocardiograma, ecocardiograma e a avaliação oftalmológica não demonstraram alterações. A radiografia de esterno era normal, bem como a ultrassonografia de abdome. Os exames laboratoriais encontravam-se sem alterações. Iniciado propranolol por via oral, com boa resposta.

**Discussão:** a síndrome de PHACE é rara (1/100.000) e afeta mais comumente o sexo feminino. É uma herança ligada ao x dominante. A expressão é variável<sup>1</sup>. Os pacientes podem ser estratificados em dois grupos: síndrome PHACE e possível PHACE. A definição de PHACE requer a presença de hemangioma segmentar característico ou hemangioma de face 5cm associado a 1 critério maior ou 2 menores. Possível PHACE requer a presença de hemangioma facial ou em couro cabeludo 5cm associado a 1 critério menor<sup>2</sup>. O seguimento é multidisciplinar buscando estabilizar as manifestações neurológicas, cardíacas e o tratamento de hemangiomas. Este pode ser feito de forma clínica ou cirúrgico<sup>1</sup>. O caso clínico descreve um paciente com malformações de fossa posterior associado a hemangioma do segmento facial, completando os critérios diagnósticos para síndrome PHACE.

**Conclusão:** o prognóstico da síndrome depende da gravidade das malformações associadas. O diagnóstico precoce reduz o número e a gravidade de complicações.



### P.03 - HEMANGIOENDOTELIOMA Kaposiforme Complicado com Síndrome de Kasabach-Merritt

GABRIELA DE SIO PUETTER KUZMA; VANUZA MARIA ROSA; NADIA ALMEIDA; PRISCILA REBELATTO; RAFAELA ANDRADE ROCHA

HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE

**Introdução:** as anormalidades vasculares são divididas em má formações e tumores. Os tumores podem ser benignos, localmente agressivos e malignos<sup>1</sup>. A síndrome de Kasabach-Merritt (KMS) é uma coagulopatia de consumo potencialmente fatal caracterizada por hemangioma extenso associado a severa trombocitopenia<sup>2</sup>. KMS pode estar associada ao hemangioendotelioma kaposiforme, angioma em tufo e raramente hemangioma congênito<sup>1</sup>.

**Descrição do caso:** RN do sexo feminino, 9 dias, natural de Umuarama, filha de mãe soropositiva em uso de terapia anti-retroviral. Ao nascimento, apresentava tumoração violácea de limites imprecisos em região pélvica e coxa proximal, que aumentou rapidamente e associou-se a plaquetopenia. Após instituição de corticoterapia, houve redução parcial da lesão. Foi então encaminhada para UTI neonatal deste serviço para investigação. Na admissão, observou-se tumoração na região coxo-femoral direita, grande lábio direito, abdome inferior, dorso e períneo associada a plaquetopenia grave (12.600). A angioressonância de abdome demonstrou lesão expansiva sólida hipervascularizada de 10x9,5x5cm, com maior volume perineal, aparentemente restrita ao tecido celular subcutâneo, estendendo-se também à parede abdominal, raiz e face anterior da coxa direita. Foi optado por tratamento com prednisolona 4mg/kg/dia por 10 dias, e propranolol 2mg/kg/dia. No seguimento ambulatorial, houve regressão importante do tumor e normalização da contagem de plaquetas.

**Discussão:** o diagnóstico de KMS é clínico e laboratorial, com presença de hemangiomatose, trombocitopenia grave e coagulopatia de consumo<sup>2,3</sup>. A KMS nesse caso está associada a um hemangioendotelioma Kaposiforme, tumor vascular extenso que invadiu estruturas vizinhas com plaquetopenia importante. O tratamento visa a involução do tumor e a correção da coagulopatia. O uso de corticoterapia é a primeira opção quando há plaquetopenia<sup>4</sup>. Outra opção mais recente é o propranolol, considerado seguro<sup>2,4</sup>. Não há consenso estabelecido para o tratamento devido à raridade da síndrome<sup>5</sup>.

**Conclusão:** a doença tem curso clínico potencialmente grave e o diagnóstico precoce melhora o prognóstico<sup>4</sup>.

### P.04 - SÍNDROME DE PAPA COMO PRECURSOR DE SÍNDROME MIELODISPLÁSICA NA ANEMIA DE FANCONI?

IWYNA FRANÇA SOUZA GOMES VIAL; DANIELLE ARAKE ZANATTA; MARIANA CANATO; NARA FROTA ANDRÉ; KERSTIN TANIGUCHI ABAGGE; SAMANTHA NICHELE; LISANDRO LIMA RIBEIRO; GISELE LOTH; DANIELA VANDRESEN PILONETTO; CARMEM MARIA SALLES BONFIM

DERMATOPEDIATRIA HC UFPR; SERVIÇO DE TMO HC UFPR

**Introdução:** em 1927 Fanconi descreveu pela primeira vez a tríade: anemia, malformações esqueléticas e quebras cromossômicas. Já em 1997 Lindor *et al* chamavam de Síndrome de PAPA a tríade clínica: artrite, pioderma gangrenoso (PG) e acne conglobata.

**Descrição:** apresentamos o caso de um paciente com diagnóstico de Anemia de Fanconi (AF) que desenvolveu a Síndrome de PAPA no curso do tratamento. Na primeira consulta em nosso serviço, apresentava pancitopenia, aspirado e biópsia de medula óssea severamente hipocelular. DEB teste com índice de quebra: 1,68, com mutação FANCA identificada (3788-3790 *del mutation in homozygous*). Iniciou o uso de Oximetolona, com resposta hematológica completa alcançada após um ano de tratamento. Três anos após o diagnóstico, a análise cromossômica mostrou clone anormal: cariótipo 46,XY, trp (1) (q21q43), dup (3) (q22q27) [19] / 46, XY [1]. Passados alguns meses, manifestou acne conglobata, artrite em cotovelo, febre, e pioderma gangrenoso em MID, com perda ponderal de dez quilos, em três meses. A aspiração da medula óssea foi repetida e uma displasia leve da linhagem mielóide e eritróide foi observada com as mesmas anormalidades citogenéticas. Um curso de esteróides e IVIG foi administrado ao paciente com melhora parcial mas significativa dos sintomas. O paciente foi submetido a um transplante haploidêntico com pós-transplante de ciclofosfamida. Além de resolvida a Síndrome PAPA, o paciente está vivo e bem, com quimerismo completo do doador.

**Discussão:** a associação de FA e pioderma gangrenoso é bem descrita na literatura como apresentação inicial de SMD e LMA. A síndrome PAPA associada com outras doenças foi descrita, mas para o nosso conhecimento, este é o primeiro caso relatado de um paciente com associação dela e AF.

**Conclusão:** relatamos o caso inédito e ainda questionamos se a manifestação da Síndrome PAPA significaria transformação maligna, sugerindo mau prognóstico na AF, como ocorre com o PG.





## P.05 - RELATO DE CASO: ANGIOQUERATOMA SOLITÁRIO NA LÍNGUA - APRESENTAÇÃO ATÍPICA

DANIELLE ARAKE ZANATTA; NARA FROTA ANDRÉ; MARIANA CANATO; IWYNA FRANÇA SOUZA GOMES VIAL; LEILANE DE OLIVEIRA; MIGUEL ANGELO STREMEL ANDRADE; SUSANA GIRALDI

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

*Introdução:* o angioqueratoma é uma dermatose benigna, caracterizada por lesões vasculares hiperkeratóticas que acometem extremidades, com poucos casos descritos de acometimento da língua. As variantes clínicas são: Doença de Fabry, Angioqueratoma Circunscrito, Angioqueratoma de Fordyce, Angioqueratoma de Mibelli e Angioqueratoma Solitário. Apesar das diferenças clínicas, a histopatologia é similar entre elas.

*Descrição do caso:* menino, 8 anos, queixa de tumoração escurecida na superfície da língua, com uma semana de evolução, assintomática. História pregressa: frenectomia com 15 dias de vida, acompanhado na fonoaudiologia. Ao exame físico tumoração vinhosa arredondada com 2 cm de diâmetro no dorso da língua à esquerda, de superfície irregular e sem sinais de sangramento. Submetido a biópsia excisional da lesão, com finalidade curativa e laudo anatomopatológico compatível com angioqueratoma.

*Discussão:* o angioqueratoma é uma malformação vascular na derme papilar, clinicamente caracterizado por pápulas, placas e nódulos, vinhosos e verrucosos, que sangram facilmente. Acometem as extremidades e raramente as mucosas. Podem estar presentes ao nascimento ou iniciam-se na infância, adolescência e até na fase adulta. A confirmação diagnóstica se dá por biópsia, com hiperqueratose, papilomatose e acantose do epitélio escamoso e vasos ectásicos na porção superior da derme, podendo haver trombose. Em geral, o envolvimento da mucosa oral ocorre na Doença de Fabry, onde múltiplos angioqueratomas podem ser encontrados na pele e mucosa oral. Neste caso, a lesão era única, caracterizando um Angioqueratoma Solitário na língua, condição extremamente rara. O tratamento é indicado em caso de sangramentos, desconforto e comprometimento estético. Opções terapêuticas: excisão cirúrgica (curativa), criocirurgia e laserterapia.

*Conclusão:* a importância da apresentação deste caso se dá pela raridade desta doença na faixa etária pediátrica e sua localização, a mucosa. Os angioqueratomas tem fisiopatologia incerta, com complicações como sangramentos quando localizado nas mucosas. O tratamento cirúrgico foi curativo, evitando problemas na deglutição e obstrução das vias aéreas.

## P.06 - A IMPORTÂNCIA DO RECONHECIMENTO PRECOCE DAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA SÍNDROME DE BOURNEVILLE-PRINGLE

ANA PAULA DE SANTANA; MARCELO HENRIQUE MENEZES; RODRIGO CESAR MENEZES; LETÍCIA STELLA GARDINI BRANDÃO DA SILVEIRA; IWYNA FRANÇA S G VIAL

UNIRG; UFT; FAMERV; LADERM; HOSPITAL DAS CLÍNICAS UFPR

*Introdução:* a Síndrome de Bourneville-Pringle, também chamada de Esclerose Tuberosa (ET) é uma doença autossômica dominante, do grupo das neurocutâneas. Atinge os cromossomos 9 e 16, com a consequente decodificação errônea do complexo hamartina-tuberina, que deixa de inibir o mTOR, proteína reguladora do crescimento e diferenciação celular. Associa-se à alterações clínicas gradativas pois cursa com hamartomas multissistêmicos.

*Descrição do caso:* paciente com 10 anos de idade, sexo feminino, estudante, residente em São Salvador, Tocantins. Foi levada pela mãe ao ambulatório de especialidades, aos 2 anos de idade com queixa de “caroços” no rosto. Ao exame clínico observou-se pápulas de 0,1x0,1cm em mento, dorso nasal e região malar, com distribuição em “borboleta”. Apresentava também manchas hipocrômicas na frente, abdome superior direito, dorso, e braço esquerdo, em “forma de folha”. Pelos achados clínicos foi feito o diagnóstico de esclerose tuberosa.

*Discussão:* a ET pode ter uma expressão fenotípica variável: apenas manifestações dermatológicas, ou doenças neurológicas e sistêmicas graves. Os critérios diagnósticos são divididos em maiores e menores. É necessário: 2 critérios maiores, ou 1 maior e 2 menores para diagnóstico definitivo; 1 maior e 1 menor para diagnóstico provável; 1 maior ou pelo menos 2 menores para possível diagnóstico. A paciente em questão apresentava angiofibromas faciais e mais de três manchas hipocrômicas.

*Conclusão:* o diagnóstico de ET é clínico. O estudo de mutações ET1 ou ET2 torna-se útil para confirmar o diagnóstico em doença possível ou provável, mas que não cumpre os critérios clínicos para o diagnóstico definitivo. Inclusive, um estudo genético negativo numa criança aparentemente afectada, não exclui o diagnóstico de ET, muito menos é preditivo de gravidade. Estar capacitado para realizar o diagnóstico precocemente é fundamental para diminuir a morbidade e aumentar a qualidade de vida dos doentes com ET, iniciando uma abordagem multidisciplinar, com tratamento sintomático e dirigido.



## P.07 - PREVALÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DA URTICÁRIA CRÔNICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

PRISCILLA FILIPPO; GABRIELA DIAS; VIVIAN PENA RUIZ; ANDREA VALENTIN GOLDENZON

HOSPITAL MUNICIPAL JESUS; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO/POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO

**Objetivo:** avaliar a prevalência e classificação da urticária crônica em crianças e adolescentes, atendidos em ambulatório de alergia no Rio de Janeiro.

**Materiais e métodos:** estudo retrospectivo de 380 prontuários de pacientes acompanhados em ambulatório de alergia, avaliando a prevalência e classificação da urticária crônica, atendidos de julho a dezembro de 2017. A urticária crônica foi definida de acordo com o EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EDF/WAO *Guideline for the Definition, Classification, Diagnosis and Management of Urticaria. The 2017 Revision and Update*.

**Resultados:** a prevalência da urticária crônica (UC) foi de 1 (4 pacientes). A idade média dos pacientes com UC foi de 11 anos (8-17 anos), dois do gênero feminino. Todos apresentavam história de atopia familiar, rinite alérgica e asma e residiam no município do Rio de Janeiro. O tempo médio da doença atualmente é de 12,5 meses (6-25 meses) e o tempo até o diagnóstico de 10,5 meses (3-27 meses). Dois pacientes apresentavam urticária crônica espontânea (UCE) associada ao angioedema, um destes apresentava também dermatografismo. Dois pacientes apresentavam apenas dermatografismo. Duas pacientes apresentavam teste do soro e do plasma autólogo positivos. Um paciente estava em uso de anti-histamínico nas crises, outro estava em uso de loratadina dose padrão e dois estavam em uso de dose dobrada de cetirizina, regularmente, sem relatos de efeitos colaterais. O escore de atividade da doença (UAS 0-6) variou de 0 a 2 pontos.

**Conclusão:** neste ambulatório especializado a prevalência de UC foi de 1. A UCE associada ao angioedema foi observada em 2 pacientes e o dermatografismo foi o tipo de urticária crônica mais prevalente. O tratamento de escolha é o anti-histamínico de segunda geração e o seu uso na dose dobrada não demonstrou efeitos colaterais na amostra estudada.

## P.08 - PREVALÊNCIA DE DOENÇAS ALÉRGICAS EM PACIENTES COM DERMATITE ATÓPICA

PRISCILLA FILIPPO; ANA MARIA MÓSCA; GABRIELA DIAS; EMILIA MATOS DO NASCIMENTO; HELENA FREITAS DOS SANTOS COELHO; LIVIA GOMES FONSECA; CRISTIANE GONÇALVES; ANA LUIZA RIBEIRO

HOSPITAL MUNICIPAL JESUS; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO/POLICLÍNICA PIQUET CARNEIRO; FUNDAÇÃO CENTRO UNIVERSITÁRIO ESTADUAL DA ZONA OESTE; HOSPITAL MUNICIPAL SOUZA AGUIAR

**Objetivo:** avaliar a prevalência de doenças alérgicas em pacientes com dermatite atópica acompanhados em ambulatório de referência no Rio de Janeiro.

**Métodos:** foram avaliados 25 pacientes com dermatite atópica atendidos no ambulatório de alergia e imunologia no período de setembro a dezembro/2017. Foram descritas características clínico-laboratoriais e prevalência das doenças alérgicas.

**Resultados:** a idade média foi 8 anos (2 a 15 anos), 60 do gênero feminino, predominantemente pardos/negros (84), 80 com história familiar positiva para atopia e residentes no Rio de Janeiro. Dermatite atópica leve (PO-Scorad 25) foi observada em 60 dos pacientes, 32 DA moderada (PO-Scorad = 25-50) e 8 grave (PO-Scorad 50). A rinite alérgica foi a mais prevalente (100) seguida da asma (88), conjuntivite alérgica (44), alergia alimentar (32), alergia à picadas de insetos (12) e urticária crônica (4). A IgE total estava aumentada em 80 dos pacientes e 72 apresentaram eosinofilia no hemograma. Sensibilização aos ácaros domésticos foi comprovada em 80 dos pacientes através da dosagem de IgE sérica específica (Immunocap). Destes, 76 apresentaram sensibilização aos três ácaros (*D.pteronysinus*, *D.farinae* e *B.tropicalis*) e apenas 4 para *D.pteronysinus* e *farinae*. Os alimentos mais prevalentes entre os pacientes que apresentaram alergia alimentar foram: leite de vaca (75), clara de ovo (25) e trigo (4). A abordagem terapêutica incluiu: orientações sobre a doença, controle ambiental e cuidados com a pele. O hidratante mais usado foi o creme de uréia a 10, o corticoesteróide tópico foi o acetato de dexametasona e o anti-histamínico foi o cloridrato de hidroxizina. Três pacientes estavam em tratamento com medicações imunossupressoras (azatioprina, metotrexate e ciclosporina).

**Conclusão:** as doenças alérgicas têm evolução crônica e geralmente ocorrem concomitantemente. Na população estudada, a rinite alérgica foi a comorbidade mais prevalente, seguida pela asma. O tratamento global do paciente alérgico é fundamental para o controle da dermatite atópica.



## P.09 - DOENÇAS ATÓPICAS EM CRIANÇAS COM VERRUGA VIRAL: ESTUDO CASO-CONTROLE

MAYARA SCHULZE COSECHEN ROSVAILER; VANIA OLIVEIRA DE CARVALHO; NELSON AUGUSTO ROSARIO FILHO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

**Introdução:** maior frequência de verrugas é descrita em pacientes atópicos apesar de haver evidência científica insuficiente. O objetivo deste estudo foi comparar a frequência de doenças atópicas nas crianças com e sem verruga.

**Métodos:** estudo caso-controle com coleta prospectiva de dados, em crianças de 4 a 15 anos com diagnóstico de verrugas avaliadas entre 2014 e 2016. Para o diagnóstico de atopia foi aplicado questionário validado (ISAAC) sobre o histórico de rinite, asma ou dermatite atópica e realizado o teste cutâneo alérgico (TCA) com os principais aeroalérgenos. Participantes com TCA positivo e diagnóstico de doença alérgica pelo ISAAC foram considerados atópicos. Os achados foram comparados entre os grupos de crianças com e sem verrugas. Em todos os pacientes foi realizado exame físico, aplicação do questionário ISAAC e TCA pelo mesmo pesquisador.

**Resultados:** incluídos 160 participantes, em 80 participantes havia verrugas (grupo verruga-GV) e em 80 não (grupo controle-GC). Receberam diagnóstico médico de dermatite atópica 35,0 dos participantes do GC e 23,7 do GV ( $p = 0,16$ ), de rinite 33,7 do GC e 42,5 do GV ( $p = 0,32$ ) e de asma 10,0 do GC e 12,5 do GV ( $p = 0,80$ ). A frequência de eczema encontrada por meio do questionário ISAAC nos GC e GV foi, respectivamente, 31,2 e 15,0. A frequência de rinite foi de 43,7 no GC e 52,5 no GV ( $p = 0,14$ ) e a de asma foi de 3,7 no GC e 11,2 no GV ( $p = 0,45$ ). A positividade do TCA para aeroalérgenos no GC e GV foi, respectivamente, 57,5 e 40,0 ( $p = 0,03$ ). Foram considerados atópicos 43,7 dos pacientes no GC e 32,5 do GV ( $p = 0,19$ ).

**Conclusão:** o diagnóstico de atopia não foi mais frequente em pacientes com verrugas na população estudada e o grupo controle teve maior positividade ao TCA.

## P.10 - SÍNDROME DE GIANOTTI-CROSTI: VOCÊ RECONHECE ESSE EXANTEMA?

RENATA ROBLIMOTO; MARJORIE UBERIURK; VÂNIA OLIVEIRA DE CARVALHO

UFPR

**Introdução:** a síndrome de Gianotti-Crosti (SGC) é uma erupção cutânea auto-limitada, comum na faixa etária pediátrica. Descreve-se um caso cujos achados clínicos são característicos de SGC.

**Descrição do caso:** menino de dois anos com erupção cutânea há 4 semanas, que iniciou 6 dias após a imunização com a tríplice viral. Ao exame, pápulas monomórficas eritematosas de 3 a 5mm, algumas com crostículas, em distribuição simétrica na face, mãos, pés, nádegas e membros, poupando o tronco. Ausência de febre, linfadenopatia, hepato ou esplenomegalia. Foi diagnosticado como SGC e nenhum tratamento foi indicado. A erupção cutânea desapareceu 38 dias após o início dos sintomas.

**Discussão:** a SGC, também chamada de acrodermatite papular da infância, afeta crianças de 1 a 6 anos de idade<sup>1</sup>. A doença tem incidência desconhecida<sup>2</sup> e é mais prevalente durante a primavera e o verão<sup>3</sup>. A patogênese não é totalmente esclarecida. A erupção é assintomática ou associada a prurido, com distribuição acral simétrica<sup>1</sup>. Caracteriza-se por pápulas eritematosas monomórficas, às vezes com vesículas, ocasionalmente coalescendo em placas. Pode ocorrer após a infecção por agentes virais (como Epstein-Bar, coxsackie, citomegalovírus, parvovírus B19, vírus da hepatite A, B e C)<sup>1-3</sup> e após vacinação (sarampo-caxumba-rubéola, haemophilus influenza tipo b, vacina oral contra a poliomielite)<sup>2,3</sup>. O diagnóstico é clínico. Embora a doença seja auto-limitada, a resolução completa pode levar 8 a 12 semanas sem sequelas<sup>2</sup> e não há necessidade de tratamento. Emolientes e anti-histamínicos ajudam a controlar o prurido, e corticoide tópico encurta a duração das lesões<sup>1</sup>.

**Conclusão:** a síndrome é subdiagnosticada, pois as lesões cutâneas podem ser confundidas com erupções virais inespecíficas, reações alérgicas e prurigo estrófulo. Os pediatras devem estar familiarizados com esta condição, a fim de evitar exames e tratamentos desnecessários.



## P.11 - HEMANGIOPERICITOMA E GRANULOMA ANULAR: DESAFIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

RENATA ROBL IMOTO; MARJORIE UBER IURK; VÂNIA OLIVEIRA DE CARVALHO

UFPR

**Introdução:** Hemangiopericitoma congênito (HPC) é um tumor raro de origem mesenquimal que representa um desafio para o diagnóstico clínico. Episódios de recidiva são comuns e devem ser diferenciados de outros tumores, especialmente vasculares, na faixa etária pediátrica.

**Descrição do caso:** menino de 3 dias de vida com massa no antebraço esquerdo com 10,5x8cm, de consistência amolecida, com áreas violáceas e ulceração central. Havia múltiplos nódulos fibroelásticos de 1-2 cm de diâmetro na região occipital direita, membro superior direito, axila esquerda, membros inferiores, dorso e glúteos. Diagnóstico histo e imunopatológico compatível com HPC. Submetido a tratamento quimioterápico, com desaparecimento da maioria das lesões. Apresentou recidiva com 4 anos e 5 meses de vida, no lábio inferior e região temporal esquerda, submetido a ressecção cirúrgica com sucesso. Aos 4 anos e 9 meses, houve o aparecimento de nódulos de 0,5cm de diâmetro, endurecidos, pouco móveis e coalescentes no dorso de pé direito, na região retroauricular direita e no punho direito, assintomáticos. Devido à suspeita de recidiva, foi submetido biópsia de pele, obtendo-se laudo compatível com Granuloma Anular (GA).

**Discussão:** HPC é um tumor proveniente dos pericitos vasculares de Zimmermann, células fusiformes contráteis que circundam capilares e vênulas pós-capilares<sup>1</sup>. Localiza-se em qualquer parte do corpo, com predileção pelo sistema musculoesquelético<sup>1,2</sup>. Devido à raridade do tumor, a frequência exata de metástase ou recorrência não é conhecida<sup>2</sup>. O granuloma anular é uma dermatose de etiologia desconhecida e é descrita associação com o diabetes e doenças da tireoide<sup>3</sup>. Não há na literatura nenhum relato de GA em pacientes com HPC, até o presente momento.

**Conclusão:** este caso ilustra um raro tumor congênito, cuja frequência de recorrência é desconhecida. Também é desconhecida a relação do HPC com outras dermatoses. O paciente relatado exemplifica ambas as situações, demonstrando a importância do acompanhamento clínico a longo prazo.

## P.12 - DEFICIÊNCIA DE ZINCO ADQUIRIDA EM PRÉ-TERMO

IWYNA FRANÇA SOUZA GOMES VIAL; DANIELLE ARAKE ZANATTA; MARIANA CANATO; NARA FROTA ANDRÉ; SUSANA GIRALDI; LEIDE PAROLIN MARINONI; REJANE APARECIDA BIASI DA CUNHA

HC UFPR

**Introdução:** a deficiência de zinco em lactentes precisa de uma avaliação cuidadosa para que se possa determinar a etiologia. A Acrodermatite Enteropática (AE) autossômica recessiva deve ser diferenciada das causas adquiridas de deficiência de zinco devido a: suprimento inadequado (baixo teor no leite materno), prematuridade ou má absorção (fibrose cística ou HIV).

**Descrição do caso:** relatamos o caso de um lactente de sete meses de idade corrigida, prematuro de 32 semanas, pesando 2.245 kg. Aos quatro meses, em aleitamento materno exclusivo, iniciou erupção vesico-bolhosa com base eritematosa na nuca e perineo que evoluíram para placas eritematosas nitidamente marginadas de cor castanho-avermelhado em torno da boca, olhos, nariz, além do perineo e da nuca. O zinco sérico da criança era baixo, o zinco do leite materno, oito meses depois do parto, era baixo, e o zinco plasmático da mãe era normal. Foi iniciada terapia com zinco elementar via oral, e em 10 dias houve resolução total dos sintomas. A reposição foi feita por seis meses, e após retirada permaneceu sem sintomas.

**Discussão:** a AE congênita, é caracterizada pela incapacidade de absorver o zinco no trato gastrointestinal, defeito no Zip 4 codificado pelo gene SLC49A no cromossomo 8q24.3. Normalmente, os lactentes não manifestam os sintomas até o desmame na AE congênita. A deficiência na secreção de zinco pela glândula mamária deve ser uma suspeita diagnóstica quando os sintomas se iniciarem antes do desmame. Outra situação que manifesta os sintomas antes do desmame são os prematuros: crianças nascidas pré-termo e/ou com baixo peso ( < 37 semanas; < 2500 kg) tem alta demanda de zinco e baixo estoque hepático.

**Conclusão:** distinguir forma congênita ou adquirida é importante para definir o tempo de tratamento e para saber se haverá recidiva. Nas formas adquiridas o tratamento tem tempo limitado e variável, e não há recorrência quando finalizado.



## P.13 - EXANTEMA LATEROTORÁCICO DA INFÂNCIA COM EVOLUÇÃO BILATERAL

NARA FROTA ANDRÉ; SUSANA GIRALDI; DANIELLE ARAKE ZANATTA; MARIANA CANATO; IWYNA FRANÇA SOUZA GOMES VIAL

HOSPITAL DE CLÍNICAS UFPR

*Introdução:* exantema laterotorácico unilateral da infância, também conhecido como exantema assimétrico periflexural, é uma erupção cutânea distinta que tipicamente se inicia unilateralmente na axila e posteriormente se estende para o tronco e face medial do braço do mesmo lado.

*Descrição do caso:* uma menina de 1 ano e 9 meses apresentou exantema pruriginoso e sem febre com evolução de 20 dias de início na região abdominal esquerda e progredindo para coxa e axila esquerdas. Havia história prévia de infecção de vias aéreas superiores com tosse e congestão nasal há 15 dias. Sem estigmas de atopia. Ao exame cutâneo apresentava exantema maculopapular em abdômen a esquerda com extensão para axila e coxa esquerdas. Nossa hipótese diagnóstica foi exantema laterotorácico unilateral da infância sendo indicado tratamento sintomático com anti-histamínico e hidratação. Após cinco dias, na consulta de reavaliação, observou-se progressão do exantema para o tronco e abdômen do lado direito do corpo.

*Discussão:* a etiologia do exantema laterotorácico da infância não é totalmente conhecida, no entanto há fortes indícios de associações com infecções virais como adenovírus e parainfluenza como também por parvovírus B19. A progressão para o lado contralateral também pode ocorrer, como no caso relatado, porém permanece a predominância unilateral. O exantema laterotorácico unilateral não deve ser confundido com a urticária e com a dermatite de contato, que são dermatoses de etiologias e tratamentos diferentes. Incluem-se como exemplos de outros diagnósticos diferenciais as erupções relacionadas a drogas, dermatofitoses e pitíriase rósea forma atípica. O diagnóstico é iminentemente clínico e o tratamento é sintomático.

*Conclusão:* relatamos um caso de exantema laterotorácico unilateral atípico que evoluiu com progressão bilateral a fim de alertar ao pediatra a importância do diagnóstico deste exantema que é, muitas vezes, subdiagnosticado.

## P.14 - DOENÇAS PSICOCUTÂNEAS NA ADOLESCÊNCIA: A IMPORTÂNCIA DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL

BEATRIZ PYRICH CAVALHEIRO; MARIA ELISA MENEGUETTI; ALAIANA APARECIDA SOARES; ALINE PUZZI ROMANINI; LUIZA LOVATTO MACHADO; MAYARA SCHULZE COSECHEN ROSVAILER

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE

*Objetivos:* descrever a importância da interação entre a terapia dermatológica e a psicoterapia para o tratamento adequado das dermatoses psicossomáticas.

*Método:* trata-se de uma revisão de literatura que analisa o manejo das dermatoses psicossomáticas pelos médicos dermatologistas, nos últimos 10 anos.

*Resultados:* a doença psicocutânea é uma doença psiquiátrica primária com manifestações cutâneas comumente diagnosticada por dermatologistas. Sabe-se que a influência de fatores psicológicos na gravidade das doenças da pele, assim como a interferência das doenças dermatológicas na qualidade de vida do adolescente não são muito estudados e debatidos. O estresse psicológico, por exemplo, desempenha um papel na precipitação e exacerbação de doenças de pele primárias ou secundárias, com destaque para a lesão cutânea autoinfligida, psoríase, dermatite atópica e acne. Estudos destacam a insuficiência de evidências sobre diagnóstico e tratamento desses transtornos psicocutâneos. Dermatologistas desempenham um papel importante na identificação e gestão de dermatoses psicossomáticas, uma vez que os pacientes procuram esse especialista para o tratamento de seus sintomas de pele, muitas vezes negando sua psicopatologia e recusando o tratamento psiquiátrico. Nesse contexto, é importante que o dermatologista identifique os fatores psicossociais e comorbidades psiquiátricas que podem causar exacerbações de doenças cutâneas ou mesmo ou se manifestar por meio de lesões de pele. Também é papel deste profissional não julgar os pacientes que recusam o tratamento psiquiátrico, devendo prover medicações psicotrópicas (cuidando sempre dos efeitos adversos) e tentar encorajar uma avaliação psiquiátrica complementar a terapia, visto que existem dados que afirmam a eficácia da farmacoterapia associada a psicoterapia nas doenças de pele psicossomáticas.

*Conclusão:* o dermatologista tem papel primordial na identificação e manejo inicial das dermatoses psicossomáticas, devendo incentivar a associação com a psicoterapia para prover um tratamento completo e mais eficaz, promovendo assim a qualidade de vida do adolescente.



## P.15 - GANGRENA DE FOURNIER SECUNDÁRIA A VARICELA EM PACIENTE HÍGIDO

MARIANE CARAVINA ALMEIDA; MARIANA SAYURI SHIBUYA ITO; LETICIA FONTANINI  
FAMERP

**Introdução:** a Gangrena de Fournier é uma fascíte necrosante que acomete as regiões genitais, perineais e perianais, podendo estender-se até a parede abdominal. É decorrente, na maioria das vezes de infecção subjacente, podendo ocorrer em todas as faixas etárias. O reconhecimento precoce, debridamento cirúrgico e antibioticoterapia são essenciais para evitar a rápida progressão, que pode levar ao comprometimento sistêmico importante e eventualmente, a morte.

**Descrição do caso:** G.M.M., 5 anos, admitida com diagnóstico prévio de varicela, com lesões crostosas múltiplas, evoluindo para lesão ulcerada e necrótica em região interna da coxa direita, estendendo para região anal. Em D2 de vancomicina e meropenem, hemocultura positiva para *S. Epidermidis*, da origem. Encaminhada a UTI, avaliada pela cirurgia, orientado devido a debridamento na origem, a realização de câmara hiperbárica para posterior nova abordagem. Mantido antibioticoterapia, morfina contínua e curativo com papaína. Primeira sessão de hiperbárica no 4º dia de internação hospitalar (DIH). Optado por colostomia como parte do tratamento para Fournier. Novo debridamento e confecção de sutura elástica em região inguinal direita no 21º DIH. No 35º DIH optado por aproximação de bordas em curativo elástico e posterior fechamento primário da ferida, no 42º DIH. Alta hospitalar em 4 dias, com seguimento em hiperbárica e antibioticoterapia. Retorno ambulatorial em 20 dias: bordas coaptadas. Retirada de pontos, e programado reconstrução do trânsito intestinal.

**Discussão:** no relato revela-se a importância de fatores locais, como a varicela, para o desenvolvimento da Gangrena de Fournier, mesmo diante de um paciente hígido. Além disso, destaca-se a importância da oxigenoterapia hiperbárica associada ao debridamento cirúrgico para a cicatrização durante a fase aguda, e para o posterior sucesso terapêutico.

**Conclusão:** com o diagnóstico precoce da Gangrena de Fournier conseguimos evitar a progressão para eventual septicemia, para uma lesão anatômica e disfunção maior; e proporcionar um melhor resultado estético para o paciente.

## P.16 - ANETODERMIA DA PREMATURIDADE – RELATO DE CASO

DANIELLE ARAKE ZANATTA; MARIANA CANATO; ARIANNE DITZEL GASPAR; IWYNA FRANÇA SOUZA GOMES VIAL; NARA FROTA ANDRÉ; VÂNIA OLIVEIRA DE CARVALHO  
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

**Introdução:** a anetodermia da prematuridade é uma dermatose benigna rara, caracterizada por máculas e manchas de aspecto cicatricial e/ou sacular. A dermatose ainda é pouco conhecida e os dados epidemiológicos são incertos.

**Descrição do caso:** masculino, 5 meses (2 meses de idade corrigida), encaminhado por pápulas vinhosas de 0,2cm desde os 2 meses de vida, com crescimento discreto, acometendo face, tronco e membros. Na primeira avaliação foram observadas manchas lineares hipocrômicas deprimidas de 2,5cm em dorso à direita, que não estavam presentes nos primeiros meses de vida. Pelas características das lesões, o histórico de prematuridade extrema (24 semanas e 5 dias de idade gestacional ao nascimento) e necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (com período prolongado de intubação orotraqueal e submissão à uma cirurgia gástrica) foi diagnosticado Anetodermia da Prematuridade. As pápulas vinhosas caracterizavam hemangiomatose, tratada com timolol 0,5 tópico.

**Discussão:** dermatose benigna rara, também conhecida como atrofia macular, é caracterizada por perda focal do tecido elástico da derme, que clinicamente resulta em máculas ou manchas deprimidas e atróficas ou saculares na pele, arredondadas ou ovaladas, bem circunscritas, podendo haver discromia local. Sugere-se ter origem na hipoxemia tissular causada pela pressão e tração de dispositivos (como cabos de monitorização e fitas adesivas) na pele do prematuro extremo (24 a 32 semanas de idade gestacional). Aparecem semanas a meses após os traumas teciduais, com coloração eritematosa ou violácea inicial. Os locais mais afetados são tronco e extremidades proximais. As lesões são persistentes e não há tratamento específico. Laser melhora o aspecto da pele e a remoção cirúrgica é pouco recomendada pois deixa cicatriz.

**Conclusão:** com os avanços no cuidado ao prematuro e consequente aumento da sobrevivência destes pacientes, é fundamental o conhecimento desta dermatose, visto o provável aumento da sua incidência.



## P.17 - PSORÍASE PUSTULOSA GENERALIZADA ANULAR EM CRIANÇA, DESAFIO TERAPÊUTICO

ANA PAULA DE SANTANA; MARCELO HENRIQUE MENEZES; RODRIGO CESAR MENEZES; YASMIN PUGLIESI; FABIANA RIBEIRO QUEIROZ DE OLIVEIRA FAGUNDES; LUCIANE PRADO SILVA TAVARES

UNIRG; UFT; FAMERV; HOSPITAL GERAL DE PALMAS; UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS

**Introdução:** a psoríase pustulosa generalizada (PPG) é uma doença crônica, imunomediada, caracterizada pelo aparecimento de pústulas estéreis subcórneas sobre base eritematosa. Atinge a faixa pediátrica com uma prevalência de 0,1, apresentando prognóstico mais reservado. A importância do relato deste caso decorre do desafio terapêutico que se impõe, bem como sua forma clínica rara.

**Descrição do caso:** paciente 11 anos, masculino, estudante, aos seis anos apresentou, após trauma psicológico, lesões pustulosas em tronco com posterior generalização, que coalesciam formando placas. Teve dois episódios de agudização e generalização do quadro, com queda do estado geral, adinamia e artralgia, necessitando de internação hospitalar. Diagnosticado com PPG, confirmado com exame anatomopatológico. Tratado com corticoide sistêmico e metotrexato (MTX) por três anos, com pouca melhora clínica. Após novo evento traumático, apresentou reagudização com placas pápulo-pustulosas, eritematosas, isoladas e agrupadas, anulares, disseminadas, com PASI:24,6 e DLQI:22. Iniciado tratamento com MTX, evoluiu com plaquetopenia e anemia, foi suspenso MTX e prescrito acitretina, com ótima resposta e melhora clínica satisfatória.

**Discussão:** a PPG é um tipo raro de psoríase, apresentando-se em crianças com um espectro clínico amplo, variando de episódios assintomáticos à graves, com risco de vida. Seu diagnóstico é confirmado com exame histopatológico. Todavia, foi encontrada mutação na IL36RN e CARD 14, as quais, se identificadas precocemente caracterizam diagnóstico. O tratamento sistêmico é necessário quando o acometimento cutâneo é extenso. As terapias mais comumente utilizadas são acitretina, ciclosporina e MTX. A falta de diretrizes de tratamento e pesquisas baseadas em evidências sobre o manejo da PPG na faixa pediátrica representa uma dificuldade na escolha terapêutica.

**Conclusão:** o melhor tratamento é o que combina a experiência médica àquela que minimiza os efeitos no paciente. Dessa forma, no relato em questão foi utilizada acitretina, cujo efeito imunomodulador e antiinflamatório atua no crescimento e diferenciação dos queratinócitos, conferindo remissão das lesões.

## P.18 - INFLUÊNCIA DE UMA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NA GRAVIDADE DA DERMATITE ATÓPICA E NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES E CUIDADORES

MARIANA CANATO; VÂNIA OLIVEIRA DE CARVALHO; LUANA MAYARA DALMAS; ANA PAULA BOGUCHEWSKI; FERNANDA LOUISE SCHMIDLIN NASCIMENTO; DANIELLE ARAKE ZANATTA; NARA FROTA ANDRÉ; IWYNA FRANÇA SOUZA GOMES VIAL; MARIANA MUZZOLON; KERSTIN TANIGUCHI ABAGGE

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

**Objetivo:** avaliar a influência de uma intervenção educativa na gravidade da DA e na QV da criança e de seus cuidadores.

**Materiais e Métodos:** ensaio clínico controlado, não randomizado, incluindo crianças de até 14 anos com diagnóstico de DA que acompanhavam em um hospital de nível terciário. Foram definidos dois grupos: Grupo Controle (GC) - recebia orientações sobre DA durante a consulta ambulatorial - e Grupo Estudo (GE) - além das orientações, participou da intervenção. A gravidade da DA foi avaliada pelo SCORAD (*Scoring of Atopic Dermatitis*) e pelo EASI (*Eczema Area and Severity Index*). A QV foi mensurada por questionários validados para o português *Infant's Dermatitis Quality of Life Index*, *Children's Dermatology Life Quality Index* e *Dermatitis Family Impact Questionnaire*. Quanto maior o valor total dos questionários, pior era a QV. Os participantes foram avaliados no dia em que foram incluídos no estudo e após 5 meses.

**Resultados:** foram incluídas 27 participantes no GC e 21 no GE. A mediana da QV dos pacientes no GE era de 8 (0-16) e diminuiu para 5 (0-13) após a intervenção educativa ( $p=0,04$ ); já no CG era de 6 (3-20) e permaneceu 6 (1-27) na segunda avaliação ( $p=0,88$ ). A QV dos cuidadores no GE era 8 (0-21) e decresceu para 6 (0-19) ( $p=0,04$ ), enquanto no GC era de 7 (0-26) e permaneceu 7 (0-22) ( $p=0,32$ ). O EASI diminuiu de 3,3 (0,4-20) para 3,2 (0-17,4) no GE ( $p=0,04$ ) e no CG obteve uma diferença não significativa de 2,2 (0-24) para 1,8 (0-38,8). ( $p=0,88$ ). O SCORAD diminuiu de 29 (6,2- 54,8) para 24,1 (0-49,5) no GE ( $p=0,04$ ), e no GC foi de 24,4 (10,2-60,5) para 22,8 (0-49,5) ( $p=0,82$ ).

**Conclusão:** a intervenção educativa proporcionou melhora da QV dos participantes e diminuição da gravidade da doença.



## P.19 - SÍNDROME DE EOSINOFILIA E SINTOMAS SISTÊMICOS (DRESS): RELATO DE CASO

BÁRBARA CRISTINA BARROS; BRUNA LUIZA GUERRER; KAREN KALINE FERREIRA DA SILVA; ADRIANA PRAZERES DA SILVA

HOSPITAL REGIONAL DO MATO GROSSO DO SUL

*Introdução:* a síndrome de eosinofilia e sintomas sistêmicos (DRESS) é uma toxidermia grave que pode ser fatal, com taxa de incidência estimada de 1/1.000 a 1/10.000 e mortalidade chegando a 10. Ocorre cerca de 2 a 6 semanas após a introdução do medicamento, caracteriza-se por erupção cutânea, envolvimento multissistêmico e hipereosinofilia. A patogênese envolve interações entre drogas, vírus e resposta imune, sendo os corticosteróides a terapia de primeira linha.

*Descrição do caso:* F.D.P, 6 anos, há 3 dias com lesões maculopapulares eritematosas, pruriginosas, inicialmente localizadas em região abdominal se estendendo posteriormente para face e membros superiores. Apresentou febre, edema, ressecamento de mucosa labial, além de linfonodomegalia periférica. Estava em uso de sulfadiazina + pirimetamina para tratamento de Toxoplasmose e os sintomas se iniciaram no 14º dia de exposição medicamentosa. Os exames laboratoriais evidenciaram eosinofilia (25-1.820mm<sup>3</sup>) e alteração de enzimas hepáticas (TGO 338 U/L, TGP 1225 U/L). Após aventada hipótese diagnóstica de síndrome Dress foi iniciado tratamento com prednisolona e obteve excelente resposta. No 7º dia de internação recebeu alta com orientação para completar 14 dias de corticoterapia. Encontra-se em acompanhamento ambulatorial devido às manchas residuais.

*Discussão:* a síndrome DRESS compõe um conjunto de reações adversas cutâneas severas induzidas por fármacos, sendo os mais associados em crianças: anticonvulsivantes, antibióticos, antidepressivos, alopurinol, dentre outros. Os sinais clássicos incluem febre, erupção cutânea maculopapular pruriginosa, eosinofilia, linfocitose atípica e linfadenopatia. O envolvimento da mucosa é incomum, mas o envolvimento sistêmico (às custa do fígado e dos rins) está quase sempre presente. O diagnóstico é baseado em sistemas de pontuação, sendo o RegiSCAR um dos mais utilizados. A terapêutica consiste na retirada imediata das drogas suspeitas e início de corticosteróides sistêmicos.

*Conclusão:* a síndrome DRESS requer reconhecimento precoce e tratamento agressivo. Este relato tem por objetivo destacar a referida síndrome, ocorrida provavelmente pelo uso de sulfadiazina.

## P.20 - RELATO DE CASO: EPIDERMÓLISE BOLHOSA JUNCIONAL

BRUNA LUIZA GUERRER; ALINE MARA DA SILVA ALVES; ADRIANA PRAZERES DA SILVA

HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL - HRMS

*Introdução:* Epidermólise Bolhosa (EB) constitui um grupo de dermatoses hereditárias raras que se caracteriza pela fragilidade da pele com formação de vesículas e bolhas de difícil cicatrização. É classificada em simples, juncional, distrófica e Síndrome de Kindler.

*Descrição do caso:* L.F.N.C, 5 anos, nascido a termo, de parto cesárea, apresentando ao nascimento descolamento de todas as unhas e lesão bolhosa única em mão direita. Após 1 ano de vida houve aumento da quantidade e do tamanho das lesões, início de comprometimento da via aérea e trato gastrointestinal, além do surgimento de tecido de granulação perioral. Aos 3 anos necessitou ser traqueostomizado devido a insuficiência respiratória e extraiu todos os dentes por estarem mal conservados. Atualmente o paciente está prestes a completar 6 anos, não deambula, tem grave déficit pômbero-estatural, segue traqueostomizado, faz acompanhamento multidisciplinar e usa curativos especiais não-aderentes para evitar novas lesões e tratar as já existentes.

*Discussão:* uma das formas mais utilizadas de classificação de EB leva em consideração as características clínicas. A EB simples é caracterizada por erosões superficiais na epiderme após atrito, tem bom prognóstico e raramente afeta as mucosas. Na EB juncional (EBJ) as bolhas são numerosas, há tecido de granulação perioral exuberante, unhas distróficas ou ausentes, cicatrizes atróficas na pele e alterações dentárias. Já a EB distrófica é marcada por bolhas recorrentes, pseudosindactilia e contraturas articulares. Em 2008 foi adicionada à classificação de EB a síndrome de Kindler onde a fragilidade cutânea dos primeiros anos é substituída por poiquilodermia, cicatrizes e fotossensibilidade. As manifestações extracutâneas mais comuns da EB envolvem cavidade oral (tecidos moles e dentes), olhos, trato gastrointestinal, genitourinário, sistema musculoesquelético, via aérea superior, medula óssea e coração.

*Conclusão:* este relato tem por objetivo apresentar o caso raro de um paciente com EBJ aos 5 anos, destacando o diagnóstico a partir das manifestações clínicas.





## P.21 - RELATO DE CASO: CONDILOMA ACUMINADO NA INFÂNCIA TRATADO COM IMIQUIMODE TÓPICO

BRUNA LUIZA GUERRER; ADRIANA PRAZERES DA SILVA

HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL - HRMS

**Introdução:** as verrugas genitais, incluindo o condiloma acuminado, podem ser observadas durante a infância e têm prevalência pouco estabelecida. É importante definir o modo de transmissão, o tratamento e o seguimento devido às potenciais complicações a longo prazo. Embora as verrugas genitais possam se resolver espontaneamente, o tratamento de formas extensas em crianças é um desafio.

**Descrição do caso:** L.F.A.T, 5 anos, admitido com múltiplas lesões vegetantes em região perianal, de surgimento há 3 meses e sem tratamento prévio. Mãe relatou suspeita de abuso sexual por parte do vizinho adolescente. Ao exame físico: inúmeras pápulas hiperkeratóticas amarronadas em região perianal. Diante da hipótese diagnóstica de condiloma acuminado foi iniciado tratamento com imiquimode 5 creme, 1 sachê à noite, 3 vezes por semana, sendo mantido até remissão completa das lesões (5 meses).

**Discussão:** lesões decorrentes da infecção pelo papilomavírus humano (HPV) na infância, em especial as verrugas genitais, devem servir de alerta para a possibilidade de abuso sexual. Os principais locais acometidos são as extremidades e a face, sendo a localização anogenital menos comum. O tratamento das lesões condilomatosas extensas na infância é um desafio terapêutico. Os procedimentos ablativos e as cirurgias a laser são muito dolorosos. O imiquimode tópico a 5 vem sendo utilizado para o tratamento de condiloma acuminado em adultos com sucesso. Embora não aprovado para a população pediátrica, pode ser uma escolha para casos que não respondem ao tratamento convencional. O Imiquimode não possui ação antiviral direta. A sua eficácia passa por dois mecanismos: a apoptose de queratinócitos infectados e a liberação de citocinas pró-inflamatórias. Eritema, ardor e prurido são efeitos colaterais comuns, sendo raros os relatos de erosões ou ulcerações.

**Conclusão:** o trabalho tem por objetivo relatar o caso de uma criança com condiloma acuminado perianal destacando a boa resposta ao tratamento tópico com imiquimode.

## P.22 - EPIDERMÓLISE BOLHOSA ASSOCIADA A ATRESIA DE PILORO: RELATO DE CASO

MORGANA KREUSCHER; MARIANE RITTER WODIANI; MARIA ISABELA ZAGO; MARIA BEATRIZ ROSSI RODRIGUES; JEANINE A. MAGNO FRANTZ; KARINE FURTADO MEYER

UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU

**Introdução:** a Epidermólise Bolhosa (EB) é uma doença multissistêmica, genética, caracterizada por formação de bolhas na pele e mucosas espontaneamente ou ao menor atrito. É causada por mutação em um dos genes envolvidos na codificação das proteínas estruturais da pele, responsáveis pela adesão entre as camadas do tegumento. Apresenta quatro formas principais: Simples, Distrófica, Juncional e Kindler e as manifestações clínicas variam de bolhas localizadas e superficiais até comprometimento generalizado, incluindo órgãos internos. A EB uma doença rara, com incidência de 19 casos por 1 milhão de nascidos vivos. As manifestações surgem ao nascimento ou logo após. A EB associada à atresia de piloro (EB-PA) é extremamente rara e pode se manifestar em qualquer uma das formas de EB.

**Descrição do caso:** RN, feminino, de termo, parto cesárea por polidrâmnio, APGAR 1/4. Ao exame, vesículas e bolhas em cabeça, cotovelos, axilas, mucosa oral e descolamento de unhas. No 9º dia apresentou distensão abdominal e ruídos hidroaéreos ausentes. Radiografia simples e ultrassom com dilatação gástrica, pneumatose em parede e estase líquida abundante sem comunicação com o piloro. Definiu-se o diagnóstico de Epidermólise Bolhosa com atresia de piloro. Realizado gastroduodenoanastomose sem intercorrências, porém no segundo dia de pós operatório evoluiu para choque séptico e óbito.

**Discussão:** EB-PA é uma doença rara, com poucos casos descritos na literatura. As proteínas Integrina alfa6, beta4 e plectina estão alteradas. O diagnóstico e intervenção precoce das complicações intestinais são fundamentais para um bom prognóstico e deve ser pensado sempre que houver manifestações intestinais.

**Conclusão:** as alterações gastrointestinais encontradas representam um agravante para a doença. A taxa de mortalidade nessas crianças é altíssima e o diagnóstico precoce pode evitar tal desfecho em alguns casos. Nas formas simples e localizadas evoluem com diminuição das bolhas, porém nas formas mais severas evoluem com comprometimento de órgãos internos e óbito precoce.



## P.23 - PÁPULAS QUERATÓTICAS LINEARES DISTRIBUÍDAS NAS LINHAS DE BLASCHKO: QUAL SEU DIAGNÓSTICO?

NARA FROTA ANDRÉ; MARIANA CANATO; DANIELLE ARAKE ZANATTA; IWYNA FRANÇA SOUZA GOMES VIAL; BETINA WERNER; VÂNIA OLIVEIRA CARVALHO

HOSPITAL DE CLÍNICAS UFPR

**Introdução:** os nevos epidérmicos lineares são hamartomas provenientes de mutações somáticas nas células epiteliais durante a embriogênese. Distribuem-se ao longo das linhas de Blaschko o que demonstra mosaicismo cutâneo. Diferentes nevos de aspecto linear são conhecidos como o nevo verrucoso e o nevo sebáceo, cada um com características clínicas e histopatológicas, que dependem da célula de origem, e permitem o diagnóstico diferencial. Apresentamos um caso de nevo poroqueratótico écrino ostial e ductal dérmico (NPEODD), desordem rara da queratinização relacionado a glândula écrina.

**Descrição do caso:** menino de 4 anos, desde o nascimento, com placas lineares hiperkeratóticas na região lateral e palma da mão direita (semelhante a nevo comedônico), no antebraço direito, região medial e planta de pé direito e na cicatriz umbilical a direita. O estudo histopatológico mostrou lamela cornóide associada ao acrosiringio da glândula écrina, compatível com o diagnóstico de NPEODD.

**Discussão:** o NPEODD está presente ao nascimento ou inicia na infância com múltiplas pápulas queratóticas assintomáticas de distribuição linear que ocorrem mais comumente nas palmas e plantas, mas também podem ocorrer em tórax, abdome e face, seguindo as linhas de Blaschko. Em outras partes do corpo, frequentemente, são múltiplas pápulas verrucosas, queratóticas que coalescem formando placas lineares e podem assemelhar-se a nevo comedônico. O achado característico histopatológico é a lamela cornóide associada ao acrosiringio da glândula écrina sobrejacente. Embora sua patogênese ainda não esteja clara, acredita-se que ocorre por mosaicismo genético pela distribuição das lesões nas linhas de Blaschko. Deve ser diferenciado do nevo verrucoso, nevo verrucoso inflamatório, psoríase linear, nevo comedônico e poroceratose linear. O tratamento inclui retinóides e corticóides tópicos, crioterapia e cirurgia. Terapia com laser de CO2 tem apresentado bons resultados.

**Conclusão:** NPEODD é uma desordem rara cujo mecanismo fisiopatológico ainda não é totalmente conhecido. O aspecto clínico associado à histopatologia permitem o diagnóstico.

## P.24 - HEMANGIOMAS ASSOCIADOS A MALFORMAÇÕES CARDÍACAS

SUZANE PASQUAL; THAIS DOS SANTOS ROHDE; VÂNIA OLIVEIRA DE CARVALHO; SARA RESENDE MACHADO; ROBERTO DE AVILA MARTINS; RICARDO TORRES DA SILVEIRA UGINO; VICTOR RAMALHO GOMES  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

**Introdução:** o hemangioma da infância é um tumor vascular benigno que afeta até 10 das crianças, podendo estar associado a anomalias estruturais no cérebro, olhos, aorta e coração, o que caracteriza a síndrome PHACE[1].

**Descrição do caso:** paciente masculino com 5 meses de vida. Apresentou ao nascimento mancha vinhosa em nádega, a qual evoluiu para tumoração após 30 dias do nascimento associada ao surgimento de outra tumoração vinhosa em pálpebra com crescimento progressivo. Ao exame físico, tumorações vinhosas em pálpebra direita de 3x2cm com oclusão palpebral e, em nádega direita de 5x5cm, apresentando pápulas eritematosas e exulcerações. Tumoração cor da pele entre mento e esterno de 4,5x5,8 cm. Sopro cardíaco +2/+4 e cianose ao choro. Ecocardiograma com diagnóstico de estenose pulmonar valvar com comunicação interatrial. Indicado propranolol via oral com redução no volume das lesões. O paciente também foi submetido a investigações para detectar outras possíveis anomalias, sendo a avaliação do sistema nervoso central e ocular normais.

**Discussão:** pela apresentação das tumorações e sua associação com defeitos cardíacos, o caso apresenta características sugestivas de uma possível PHACE. Entretanto, alguns autores não o classificariam como tal[2], pois a estenose pulmonar e a comunicação interatrial são achados raros (1)[4],[5] e, ainda não estão inclusos nos critérios mais atuais, apesar de já descritas[2]. Essa síndrome ocorre em 20 dos pacientes que apresentam hemangioma segmentar em face[3], mas também em hemangiomas não segmentares em conjunto com outros critérios[2]. O caso apresentou hemangioma não segmentar em face, pescoço e nádega associados à malformação cardíaca similares a uma possível PHACE. O sexo masculino é menos acometido, o que tornaria o caso ainda mais raro já que a relação é 9 meninas para 1 menino[3].

**Conclusão:** ressalta-se a importância da avaliação multidisciplinar dos pacientes com múltiplos hemangiomas. Esse relato alerta sobre os riscos associados aos hemangiomas da infância.



## P.25 - DEFICIÊNCIA DE B12 EM ADOLESCENTE COM VITILIGO E TIREOIDITE DE HASHIMOTO

MARIA ISABELA ZAGO; MARIANE RITTER WODIANI; MORGANA KREUSCHER; MARIA BEATRIZ ROSSI RODRIGUES; MARIA CLAUDIA SCHMITT LOBE

UNIVERSIDADE REGIONAL DE BLUMENAU

**Introdução:** o vitiligo é um achado dermatológico caracterizado por máculas branco-nacaradas de diferentes formas e tamanhos. Acredita-se que sua etiologia seja autoimune, sendo comumente associada a outras doenças autoimunes (DAI), principalmente com tireoidopatias.

**Relato do caso:** paciente de 15 anos, feminino, referia queda de cabelo, ansiedade e insônia. História de RGE. História familiar materna de doença tireoidiana. Exame físico: Peso:54,5 Kg, altura:1,68m, FC: 80bpm, PA:120/70mmHg, acne em dorso, tireoide não palpável. Exames laboratoriais: vitamina(vit.) D:11ng/mL (30), vit. B12: 286,4pg/ml (200pg/ml); vit.C:1mg/L (0,4 a 2mg/dl); anticorpo(Ac) anti-TPO:27UI/mL (35UI/mL); Ac. anti-tireoglobulina: 299U/ml (115U/ml); T4livre:1,45mg/dl (4,5 a 12,6 mg/dl); TSH:5,89mU/L (normal 3,59mU/L). Ultrassom(US) de tireoide sem alterações. Foi prescrito Levotiroxina 25mcg, Escitalopram e vit. D. Após 1,6 anos de tratamento persistia com sintomas inespecíficos como cefaleia, náusea, angustia, mal-estar. US de tireoide: sinais de tireopatia parenquimatosa confirmando o diagnóstico de tireoidite de Hashimoto(TH), foi mantida a Levotiroxina e encaminhada ao gastroenterologista. Aos 19 anos, surgiram lesões hipocrômicas em face, quadril, mão e punho com aumento progressivo. Exames laboratoriais : Anticorpo anti-endomísio: não reagente; Hemoglobina:12,9g/dL; Ht: 38,8; VCM:84,3fL; leuc:7270; Glic:79mg/dL; creat:0,8mg/dL; T4livre:1,26mg/d; TSH:6,08mU/L; vit. A: 0,8 mg/L (0,30 a 0,70 mg/L); vit. C:14,5mg/L(4,6-15mg/l); vit. D:42,6 ng/mL; Vit.B12: 159 pg/ml e anticorpo anti-células parietais: reagente.

**Discussão:** paciente com doença poliglandular autoimune (DPA) tipo 3, subclasse C. Nesta classificação pode haver doença tireoidiana autoimune, vitiligo, alopecia, miastenia gravis, 'stiff-man syndrome', esclerose múltipla, anemia hemolítica ou trombocitopenia autoimune. A paciente apresenta TH, vitiligo e atrofia de células parietais gástricas causada por destruição autoimune e resulta na deficiência de fator intrínseco e secreção insuficiente de ácido clorídrico, causando grave má absorção e deficiência de vitamina B12.

**Conclusão:** sugere-se a investigação de outras DAI, incluindo a dosagem de vitamina B12, em todos os pacientes que tenham pelo menos uma DAI; possibilitando o diagnóstico e tratamento precoce minimizando as sequelas.

## P.26 - PIEDRA BRANCA: RELATO DE INFECÇÃO EM CABELO DO COURO CABELUDO CAUSADO POR T. MUCOIDES

IWYNA FRANÇA SOUZA GOMES VIAL; WILSON VIAL FILHO; DANIELLE ARAKE ZANATTA; NARA FROTA ANDRÉ; ANA PAULA DE SANTANA; HANNE GHASI; HELIO GONÇALVES DOS SANTOS JUNIOR; MARCELO HENRIQUE MENEZES; ANA MARIA MOSCA DE CERQUEIRA; JEFERSON CARVALHAES DE OLIVEIRA

HC UFPR; HEAPN RJ; UNIRG - TO; INSTITUTO IMS - SANTA CASA DA SAUDE; UFT - TO; HOSPITAL MUNICIPAL JESUS

**Introdução:** a piedra branca é uma infecção fúngica excepcional do cabelo, caracterizada pela presença de nódulos numerosos, discretos, suaves e assintomáticos ligados aos cabelos infectados.

**Descrição do caso:** relatamos o caso de uma criança do sexo feminino, e sua mãe, acometidas por uma micose cutânea superficial rara, a piedra branca. O cabelo estava mais difícil para ser penteado e quebrava com mais facilidade, eram nódulos brancos no cabelo do couro cabeludo que ficavam mais nítidos ao molhar. Tinham o hábito de prender os cabelos ainda molhados, e mantê-los arrumados com a ajuda de óleos, condicionadores, e leave in. Para complementar, obtivemos na cultura o *Trichosporon mucoides*, documentado como causador incomum de piedra branca de couro cabeludo.

**Discussão:** o diagnóstico baseia-se na clínica e exame micológico, e devem ser confirmadas com uma identificação precisa do agente etiológico. Deve ser diferenciada da pediculose (lêndeas), cilindros capilares, tricorrexe nodosa, tricomicose axilar e das escamas da psoríase e do eczema. Ambas foram tratadas com shampoo de cetoconazol a 2, por dois meses. Foi utilizada também uma solução de ácido salicílico a 10 em solução hidro alcoólica como queratolítico, 1 vez ao dia, deixada por 15 minutos antes do banho, para ajudar na remoção e degradação dos nódulos. Recebeu orientações para que não prendessem os cabelos após o banho, que evitassem cremes ou óleos e que mantivessem os fios secos. Após dois meses as pacientes estavam curadas e sem qualquer dano ao fio. Não houve relato de recidiva.

**Conclusão:** é possível sugerir que há ausência de dados epidemiológicos e clínicos sobre as infecções por diferentes espécies de *Trichosporon*. Dentre toda pesquisa em sites de publicações foram encontrados dois relatos de caso associando *T. mucoides* e *piedra branca*.



## P.27 - NECROSE EPIDÉRMICA TÓXICA E SÍNDROME DE STEVEN-JOHNSON RELACIONADAS AO USO DE ANTICONVULSIVANTES

LETICIA FONTANINI; CECÍLIA DE FREITAS SANTOS FERREIRA; MARINA CATUTA FERREIRA NEVES; MARIANE CARAVINA ALMEIDA; ODAIR MARANHÃO NETO; ANA PAULA DA SILVA RODRIGUES; NATÁLIA RODRIGUEZ CASTRO; MAURA CRISTINA NEGRELLI; MARIANA GARLIPP TEDESCHI OLMOS; TATIANA PISSOLATISAKOMURA

FAMERP

**Introdução:** a síndrome de Steven-Johnson (SSJ) e a Necrose Epidérmica Tóxica (NET) são patologias que possuem potencial morbimortalidade. São reações de hipersensibilidade a medicamentos, acometendo pele e mucosas e geralmente necessitam de cuidados intensivos. Dentre os medicamentos potencialmente causadores de tais patologias encontram-se os anticonvulsivantes. Apresentamos um caso de NET devido ao uso de lamotrigina com evolução favorável.

**Relato de caso:** VCHVL, masculino, 10 anos, encaminhado à emergência pediátrica de um hospital-escola do interior de São Paulo com dor abdominal iniciada há 6 dias, evoluiu há 4 dias com edema em lábios e erupção máculo-papular discreta, semelhante a exantema morbiliforme, principalmente em face, membros superiores e tronco. As lesões tornaram-se bolhosas, com exulceração nos lábios e descamação, progrediu para dorso e genitália quando iniciou febre. Antecedente de crise convulsiva, fazia uso de ácido valpróico, que foi substituído há 3 semanas por lamotrigina, devido alopecia. Diante do quadro, paciente em uso de analgésicos e cefalexina devido infecção secundária, recebeu imunoglobulina humana, e transferido para a Unidade de Terapia Intensiva. Introduzida metilprednisolona, clindamicina, hidratação venosa, analgesia com nalbufina, compressas de permanganato potássico e curativo com óleo de girassol e vitamina E.

**Discussão:** a SSJ e a NET são afecções semelhantes que acometem mucosas em mais de 90 dos casos em dois ou mais locais (oral, genital, ocular), porém na SSJ a descamação cutânea não ultrapassa 10 da superfície corpórea, enquanto na NET, o acometimento é maior que 30. A distribuição por gênero é semelhante em crianças, e a mortalidade na NET é estimada entre 30 e 50 dos casos.

**Conclusão:** NET é doença sistêmica rara, que deve ser suspeitada com base no quadro clínico, com pródromos inespecíficos seguidos de exantema com formação de bolhas e descamação. O tratamento baseia-se na suspensão droga, cuidados intensivos e terapia de suporte semelhante de um grande queimado.

## P.28 - USO DE PROPRANOLOL NA SÍNDROME PHACES - RELATO DE CASO

JULIA CARVALHO SEABRA; RENATA CRISTINA VASCONCELLOS; DEBORAH RODRIGUES MATTEUCCI; FERNANDA ZACCHI TAIAR; CAMILA ZANETTE MOUCO; ISABELA MENDES LIMA; BRUNA BRESSANELLI; FLAVIA BARROS LINS SOUZA; CAROLINE ROMANELLI

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS; SANTA CASA DE SÃO PAULO

**Introdução:** síndrome PHACES (SP) é caracterizada por malformações da fossa cerebral posterior, hemangioma segmentar, malformações arteriais cerebrais, anomalias oculares, defeitos cardíacos e de grandes vasos. Há predileção pelo sexo feminino, afetando 2,3 dos pacientes com hemangiomas e 20 dos pacientes com hemangioma segmentar facial (HSF). Parece haver correlação entre extensão dos hemangiomas e gravidade das complicações. Lesões bilaterais ou nos ramos do trigêmeo apresentam maior associação com acometimento cerebral. Por muito tempo o corticoide oral e os anti-neoplásicos foram considerados terapia de escolha para hemangiomas, entretanto, atualmente o propranolol mostrou resposta expressiva na redução dessas lesões. Ele impede o crescimento tumoral pela diminuição da expressão do fator de crescimento vascular do endotélio e do fator de crescimento básico de fibroblastos, desencadeando apoptose das células endoteliais.

**Descrição do caso:** paciente, sexo feminino, diagnosticada desde o nascimento com SP, com HSF com extensão para o sistema nervoso central, malformações da fossa cerebral posterior e glaucoma congênito. Iniciou uso de propranolol no primeiro mês de vida, com resposta favorável e regressão significativa da lesão em poucas semanas, reduzindo drasticamente seu risco de morte na ocasião, já que o acometimento cerebral pelo hemangioma era extenso. Atualmente está com sete anos e ainda recebe propranolol, com estabilização do quadro.

**Discussão:** a possibilidade de SP deve ser considerada em crianças com HSF. Esses pacientes devem ser examinados à procura de alterações oculares, cardíacas e neurológicas. O propranolol é um agente terapêutico para hemangiomas que exigem tratamento sistêmico, podendo ser a opção de escolha para hemangiomas associados à SP. Seus efeitos colaterais mais comuns são bradicardia e hipoglicemia, devendo o paciente ser triado com eletrocardiograma e ecocardiograma antes do tratamento.

**Conclusão:** no caso de SP relatado, o tratamento contínuo com propranolol mostrou-se efetivo na redução do hemangioma e no aumento da expectativa de vida da paciente.



## P.29 - APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE LÍQUEN ESTRIADO - PADRÃO NÃO-LINEAR

FERNANDA TARUHN ROMANI; JENIFER DE MORAIS SILVA; JESSICA MINETTO FRANCO; JOANA MARCHET DALOSTO; ROBERTA CASTILHOS DA SILVA

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL

*Introdução:* o líquen estriado (LE) é uma dermatose inflamatória benigna e autolimitada. Trata-se de uma patologia que tipicamente acomete crianças, especialmente meninas, com idade entre três e quinze anos. As lesões normalmente apresentam padrão linear, sendo rara a apresentação não linear.

*Descrição do caso:* paciente feminina, 9 anos, em acompanhamento por quadro de dermatite atópica moderada. Há aproximadamente dois meses, mãe notou surgimento de lesão no abdome, pouco pruriginosa, que inicialmente apresentava-se como placa eritematosa e descamativa, progredindo com surgimento de pápulas normocrômicas coalescentes em disposição algo circular, unilateral. O exame anatomopatológico demonstrou dermatite de interface liquenoide com hiperqueratose, acantose discreta da epiderme e infiltrado linfo-histiocitário liquenoide no derma papilar com extensão profunda em torno dos vasos, perifolicular e no aparato écrino, compatível com LE. A paciente apresentou boa resposta ao tratamento com corticoide e imunomodulador tópicos.

*Discussão e conclusão:* a etiologia do LE é desconhecida. Observa-se uma variação na ocorrência do LE com a estação do ano, aumentando na primavera e no verão, associando esse fato com a ocorrência de doenças virais. Porém, outros fatores também são propostos como desencadeantes: traumas, vacinas, medicamentos, gravidez e atopia. As lesões caracterizam-se por pápulas eritematosas, que ocorrem coincidentes com vesículas, geralmente solitárias e com configuração linear ao longo das linhas de Blaschko. Tipicamente é assintomática, mas há relatos de prurido, especialmente em pacientes com dermatite atópica. O diagnóstico diferencial de LE pode incluir diferentes erupções papulares lineares. O tratamento padrão para LE é geralmente apenas observação, tendo em vista seu curso benigno e autolimitado. Apesar disso, os pacientes que usam corticoides de baixa e média potência e imunomoduladores tópicos tendem a ter uma duração menor da dermatose.

## P.30 - ICTIOSE CONGÊNITA AUTOSSÔMICA RECESSIVA: UM CASO DE BEBÊ COLÓDIO

LUIZA MARIN; LETÍCIA PLETSCH; LUÍS EDUARDO CRUVINEL PINTO; LAÍS PRZYSIADA; LUCAS NATÁ ALMEIDA LIRA; JOÃO ANTONIO VALE DOS SANTOS; LUIZ HENRIQUE DE OLIVEIRA; BERNARDO HERINGER VAILATTI MAFRA; VÂNIA OLIVEIRA DE CARVALHO

HOSPITAL DE CLÍNICAS; UFPR

*Introdução:* caracterizada no grupo heterogêneo de distúrbios da queratinização, a ictiose lamelar congênita é uma condição rara, com incidência de 1:100.000 a 1:300.000 nascimentos. Tem herança autossômica recessiva e apresenta-se ao nascimento como bebê colódio.

*Descrição do caso:* recém-nascida de 35 semanas e 6 dias de idade gestacional, pesando 2.145g, com Apgar 7 e 9 no 1º e 5º minutos, respectivamente. Ao exame físico, apresentava fissuras e descamação fina cutânea, com aspecto similar a pergaminho, com edema cutâneo, eclábio e ectrópio bilateral. O tratamento na cidade de origem incluiu ampicilina, gentamicina, oxacilina, emolientes e óleo de girassol. Aos oito dias de idade foi encaminhada a UTI neonatal quando apresentava crostas hemáticas em punhos e perineo, além de descamação nas extremidades. Foi mantida em incubadora aquecida, com sondagem nasogástrica e jejum. No manejo ocular, utilizou-se solução oftálmica estéril de dextrana e hipromelose e pomada oftálmica estéril de acetato de retinol, com oclusão palpebral até melhora do ectrópio. Aos 14 dias de vida, a pomada oftálmica foi substituída por dexpanthenol gel. Óleo de girassol e dexpanthenol pomada foram usados nas lesões de pele. Teve alta aos 30 dias de vida com boa evolução e aos 6 meses apresentava características de ictiose lamelar.

*Discussão:* recém-nascidos com ictiose congênita necessitam cuidados suportivos visando evitar complicações por lesão da barreira epidérmica, como infecções e desidratação. O tratamento baseia-se no uso de emolientes. Outra opção é o tratamento sistêmico com acitretina. Na evolução 5 a 6 dos pacientes apresentam melhora completa para pele normal e os demais casos apresentam ictiose lamelar.

*Conclusão:* bebê colódio é o fenótipo da ictiose congênita autossômica recessiva e pode apresentar diversas formas de evolução. É necessário acompanhamento multidisciplinar, com atenção especial durante o período neonatal, prevenindo complicações graves.



## P.31 - AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS CUIDADORES SOBRE A DERMATITE ATÓPICA

VÂNIA OLIVEIRA CARVALHO; ARIANNE MARIS MUNHOZ CRETELLA; ANA CAROLINA BARCELLOS; MARCELA CAROLINA BET; MARIANA CANATO; KERSTIN TANIGUCHI ABAGGE

UFPR

**Objetivo:** o objetivo foi avaliar o conhecimento prévio dos pais sobre dermatite atópica (DA), abordando suas impressões e o nível de informação sobre a doença.

**Métodos:** estudo transversal realizado por meio de questionário aplicado aos cuidadores em consultas, contendo doze perguntas sobre DA. Foi avaliado o conhecimento quanto a etiologia, fatores de melhora e piora, tratamento utilizado, aspectos da doença que causam incômodo ou limitações aos cuidadores e às crianças, sentimentos dos cuidadores e o que acreditam ser importante no tratamento da doença.

**Resultados:** foram aplicados 12 questionários. 3 cuidadores atribuem a etiologia a fatores emocionais, e 9 acreditam que a doença é de causa alérgica. Sete participantes classificaram a DA de seus filhos como grave. Como fatores de piora, 5 referiram situações estressantes, 9 clima, 4 produtos perfumados, 4 banhos quentes, 3 alimentos, 3 contato com pó ou poeira e 2 contato com animais de estimação. Quanto aos fatores de melhora, 9 citaram o uso de hidratantes, e 5 o uso de medicação tópica. Os aspectos da dermatose que mais impactam no dia a dia foram: prurido (10), aspectos estéticos (7), xerose (6), irritabilidade da criança (5), insônia (4). Sete cuidadores acreditam ser importante orientações por escrito sobre o tratamento, 10 referiram que a hidratação da pele é importante para melhora e 4 participantes acreditam ser importante melhor compreensão da doença. Sentimentos negativos como preocupação (5), ansiedade (3), frustração (2), culpa (1) e positivos como tranquilidade (3), confiança (2), otimismo (1) e esperança (1) foram relatados pelos cuidadores quanto a doença.

**Conclusão:** a limitação foi o pequeno número de participantes. Alguns aspectos fisiopatológicos e do tratamento da DA encontram-se consolidados. No entanto, as lacunas de conhecimento e sentimentos negativos com relação à DA encontrados, demonstram fragilidades que devem ser abordadas futuramente tendo em vista melhores desfechos no tratamento da doença.

## P.32 - AVALIAÇÃO DE RISCO PARA TRANSTORNOS MENTAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DERMATITE ATÓPICA

MARIANA MUZZOLON; VÂNIA OLIVEIRA DE CARVALHO; MÔNICA LIMA NUNES CAT; SANDRA REGINA BAGGIO MUZZOLON; KERSTIN TANIGUCHI ABAGGE; MARIANA CANATO; IWYNA FRANÇA SOUZA GOMES VIA; DANIELLE ARAKE ZANATTA; NARA FROTA ANDRÉ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

**Objetivo:** estimar a prevalência de risco para Transtornos Mentais (TM) em crianças com Dermatite Atópica (DA) e compará-la com a prevalência de risco para TM em seus irmãos saudáveis.

**Método:** estudo caso-controle, transversal, prospectivo, com aplicação de instrumentos de avaliação de risco para TM em pacientes pediátricos com DA e em seus irmãos no período de setembro de 2016 a setembro de 2017. A gravidade da doença foi determinada conforme os índices Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD) e Eczema Area and Severity Index (EASI). O instrumento de avaliação utilizado para avaliar risco para TM foi o Child Behavior Checklist (CBCL). Foram aplicados os testes de Wilcoxon-Mann-Whitney, Qui-quadrado de Pearson com correção de Yates e Exato de Fisher, considerando o nível de significância de 5.

**Resultados:** participaram do estudo 100 crianças com DA e 50 irmãos saudáveis. A prevalência de risco para TM nos participantes com DA foi de 63,0 e nos irmãos saudáveis de 36,0 (p 0,01). Houve maior frequência de riscos para TM nos participantes com DA em comparação aos seus irmãos para Problemas de Sono (60,5 versus 11,76; p0,001), Problemas de Pensamento (49,1 versus 20,0; p0,001) e Queixas Somáticas (16,0 versus 4,0; p=0,03). Problemas de Socialização/Bullying também foram mais frequentes nos participantes com DA em comparação aos irmãos (33,0 versus 4,0; p0,0001). Crianças com DA moderada/grave tiveram maiores riscos para TM em comparação aos com DA leve, tanto pelo índice SCORAD para Reatividade Emocional (31,3 versus 3,8; p=0,02) quanto pelo EASI para Problemas de Sono (100,0 versus 37,0; p0,001).

**Conclusão:** risco para TM foi maior nos participantes com DA em comparação aos irmãos. Foi observada associação com a gravidade da doença. A frequência de risco para TM nos irmãos saudáveis foi menor em comparação aos participantes com DA, porém, maior comparado a população pediátrica brasileira.



### P.33 - HAMARTOMA CONGÊNITO DE MÚSCULO LISO: RELATO DE CASO

THAÍ DE FREITAS PERARO; LUANA ROCCO PEREIRA COPI; IGOR COPI; ADRIANA CRISTINA CALDAS FACERES; FAMERP

**Introdução:** o hamartoma congênito de músculo liso é definido como uma malformação benigna da pele, rara, assintomática, detectada no período neonatal ou na primeira infância, com prevalência no sexo masculino. Clinicamente, se manifesta por uma placa hiperpigmentada ou da cor da pele, podendo ou não ter pelos na superfície da lesão. Caracteriza-se pela proliferação de feixes de músculo liso na derme, podendo atingir a hipoderme e estar conectados ou não ao folículo piloso. O exame histológico é fundamental para o diagnóstico definitivo.

**Descrição do caso:** paciente do sexo feminino, lactente de 56 dias, procurou serviço médico apresentando mancha acastanhada, em região posterior da coxa direita. Ao exame físico foi detectada lesão em placa, hipercrômica, com discreto endurecimento a palpação, de contornos regulares e ausência de pelos. À fricção da lesão foi notado o aparecimento de eritema sugerindo o sinal de pseudo-Darier. Foi realizada biópsia incisional, a qual evidenciou proliferação de feixes de músculo liso, dispostos aleatoriamente na derme reticular, com ausência de atipias ou atividade inflamatória, sendo o laudo histológico compatível com hamartoma congênito de músculo liso.

**Discussão:** o caso em questão se mostra raro, pois a paciente é do sexo feminino e com acometimento em região de coxa, contrariando a literatura que cita maior prevalência em sexo masculino e região lombossacra. A ausência de hipertricose, como ocorreu no caso, dificulta o diagnóstico e confunde com patologias como mastocitoma solitário, nevo de Becker, esclerodermia, entre outros. Uma pista diagnóstica para o caso foi o sinal de pseudo-Darier, que está presente em 80 dos casos de hamartoma congênito de músculo liso. O laudo histopatológico com proliferação de músculo liso conclui o diagnóstico.

**Conclusão:** não é necessária intervenção terapêutica, visto que é um tumor benigno da pele, sem risco de malignização. Portanto, a paciente segue ambulatorialmente.

### P.34 - SÍNDROME DE GIANOTTI-CROSTI POR EPSTEIN-BARR VÍRUS: RELATO DE CASO

MOACIR BATISTA DE CAMPOS NETO; MARIANA GASPAR MENDONÇA; ÍLIA REIS DE ARAGÃO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO - UFSC

**Introdução:** a síndrome de Gianotti-Crosti, também conhecida como acrodermatite papular da infância, é uma erupção papular simétrica com distribuição acral (bochechas, nádegas e superfícies extensoras dos antebraços e pernas). Acomete crianças entre 3 meses e 15 anos. Geralmente ocorre associada a uma doença viral, principalmente o vírus da hepatite B e Epstein-Barr. Não exige tratamento específico e tem um bom prognóstico.

**Descrição do caso:** lactente de 1 ano e 9 meses, previamente hígido, com febre há 5 dias associada a lesões papulares numerosas de 5mm de diâmetro em face e membros com prurido e irritabilidade. Admitido no serviço para investigação etiológica e hidratação endovenosa de manutenção por inapetência importante e perda de peso de 2kg em 1 semana. Hemograma evidenciou microcitose e 13 de linfócitos atípicos; proteína C reativa de 117,7. Hipótese de Síndrome de Gianotti-Crosti por Epstein Barr presumida com anticorpos IgM positivos na fase aguda. Paciente apresentou melhora da febre no primeiro dia de internação, do apetite em 3 dias, do prurido com hidroxizina e gradual das lesões até sua completude em 3 semanas. **Discussão:** A Síndrome de Gianotti-Crosti é uma doença benigna de fisiopatologia provavelmente autoimune e diagnóstico clínico. Pode haver sintomas inespecíficos como febre, odinofagia e diarreia, e simular outras doenças exantemáticas, bem como dermatite atópica, reação medicamentosa e estrófulo. Nos casos com prurido intenso, anti-histamínicos podem ser utilizados. Corticoide tópico, óxido de zinco ou calamina tem pouca eficácia em diminuir o prurido. Geralmente não há necessidade de afastamento da creche. Embora não existam sequelas descritas, a erupção pode levar meses para regredir.

**Conclusão:** a acrodermatite papular deve ser sempre aventada diante de uma doença exantemática, porque apesar de autolimitada pode exigir, a depender de sua etiologia - a exemplo do vírus da hepatite B -, seguimento com gastroenterologista pela possibilidade de cronificação da doença.



## P.35 - SÍNDROME ESTAFILOCÓCICA DA PELE ESCALDADA - RELATO DE CASO

MOACIR BATISTA DE CAMPOS NETO; MARIANA GASPAR MENDONÇA; TÂNIA BERNADETE CAMPOS  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO - UFSC

**Introdução:** a síndrome estafilocócica da pele escaldada (SEPE) é um distúrbio raro, com incidência entre 0,09 a 0,56 casos/milhão. Afeta predominantemente recém-nascidos de 3 a 15 dias e crianças com menos de 5 anos. Inicia com uma fase prodrômica, seguida pelo aparecimento de máculas eritematosas, bolhas frágeis e, após o rompimento, a pele avermelhada de aparência escaldada. O diagnóstico é clínico e pode ser confirmado através de biópsia cutânea. O tratamento é feito com antibióticos beta-lactâmicos resistentes à penicilinase e analgesia.

**Descrição do caso:** lactente de 11 meses, previamente hígido, há 3 dias com sintomas gripais, há 1 dia com eritema difuso, febrícula e irritabilidade importante à palpação da pele, sem melhora a despeito de medicação analgésica de horário. Admitido no serviço para investigação etiológica e tratamento com oxacilina e cremes hidratantes após coleta de hemocultura e exames complementares, pela suspeita de SEPE. Evoluiu com lesões bolhosas flácidas, blefarite, fissuras radiais orais e descolamento epidérmico à leve pressão digital ao segundo dia, a partir do qual observou-se melhora progressiva das lesões e irritabilidade até resolução completa dos sintomas no quinto dia de tratamento. Hemocultura negativa. Demais exames complementares, à admissão e de controle, normais.

**Discussão:** a SEPE é uma doença epidermolítica que acontece por disseminação de toxinas esfoliantes do *S. aureus* grupo II, e, como outras doenças estafilocócicas, é contagiosa. A fisiopatologia envolve clivagem superficial da epiderme, em sua zona granulosa. Com a perda da barreira de proteção da pele pode haver desidratação, hipotermia, infecção secundária ou sepse.

**Conclusão:** conhecer a fisiopatologia é necessário para se fazer um diagnóstico clínico precoce, e seguir-se ao tratamento imediato, às medidas de higiene e à antibioticoterapia tópica nos contatos próximos assintomáticos. Essas medidas são imprescindíveis para diminuir a incidência, a probabilidade de cicatrizes ou sequelas e a mortalidade da doença.

## P.36 - CASO DE LÚPUS ERITEMATOSO NEONATAL EM RECÉM-NASCIDO DE MÃE COM SÍNDROME DE SJÖGREN

BRUNO CÉSAR GOMES BURANELLO; LETÍCIA GONÇALVES DOS SANTOS NOGUEIRA; MATEUS SABAINI VENZAZZI; GINA BRESSAN SCHIAVON

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ

**Introdução:** o Lúpus Eritematoso Neonatal (LEN) é uma doença autoimune rara, na qual os anticorpos da mãe portadora de uma doença autoimune são passados ao feto via transplacentária. Os anticorpos envolvidos podem ser antinucleares (ANA) ou antirribonucleoproteínas (anti-Ro/SSA, anti-La/SSB e anti-RNP). A simples presença dos anticorpos na circulação fetal não é suficiente para o desenvolvimento da doença, mas o papel de fatores ambientais e genéticos ainda não está esclarecido. As mães que tiveram filhos com LEN, 3 a 50 são assintomáticas no diagnóstico de LEN, porém, podem apresentar doenças reumatológicas auto-imune como síndrome de Sjögren (20) e lúpus eritematoso sistêmico (18). Estima-se que a LEN ocorra em 1:20.000 nascimentos.

**Relato de caso:** paciente do sexo feminino, 2 meses, apresentava lesões eritemato descamativas com evolução para alvo e purpúricas, que surgiram com 15 dias de vida. Inicialmente, as lesões se restringiam a couro cabeludo e face, com progressão para o abdome e membros. Após o surgimento das lesões, foi prescrito hixizine 1ml 8/8h, topison 1x/dia e hidrakids. Sem melhoras, recebeu-se predsim 1mg/dia e reuquinol.

**Discussão:** a LEN apresenta uma prevalência subestimada, haja visto que existem inúmeros casos não diagnosticados devido a semelhança de suas lesões com outras dermatoses neonatais e alergias. Suas manifestações cutâneas podem se apresentar intraútero, sendo aparentes já durante o nascimento ou podem surgir nas primeiras semanas de vida. Estudos sugerem que a manifestação cutânea nas primeiras semanas seja em decorrência da exposição à radiação ultravioleta, que serve como gatilho para a expressão de antígenos intracelulares.

**Conclusão:** o diagnóstico de LEN torna-se um desafio para os profissionais envolvidos, uma vez que, clinicamente, a meta é estimar o risco gestacional em desenvolver a doença fetal, além de diagnosticar precocemente para que se possa definir a melhor estratégia terapêutica.





### P.37 - DISTINTAS APRESENTAÇÕES DE PITIRÍASE LIQUENÓIDE CRÔNICA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

LETÍCIA GONÇALVES DOS SANTOS NOGUEIRA; BRUNO CÉSAR GOMES BURANELLO; MATEUS SABAINI VENZAZZI; GINA BRESSAN SCHIAVON

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ

**Introdução:** a Pitiríase Liquenóide é uma doença inflamatória incomum que se apresenta de duas formas: a Pitiríase Liquenóide e Varioliforme Aguda (PLEVA) e a Pitiríase Líquenóide Crônica (PLC). A doença não tem etiologia conhecida, sendo a atuação de imunocomplexos e o estímulo antigênico as principais hipóteses de gatilho para o processo inflamatório. A maior incidência está na faixa etária pediátrica. Clinicamente, a PLC apresenta-se como uma dermatite inflamatória caracterizada por pápulas e placas eritematosas a amarronadas com descamação que evoluem para lesões hipocrômicas.

**Relato do caso 1:** paciente do sexo masculino, 5 anos, apresentava feridas pruriginosas em pescoço e tronco que evoluíram para hipocromia, com surgimento há 2 meses. Ao exame físico, notou-se crostas hemáticas e manchas hipocrômicas, principalmente em tronco, braços e raízes das coxas. Foi prescrito eritromicina VO 6/6h, mas devido a vômitos, foi substituída por azitromicina. Sem melhora, realizou-se 40 sessões de puvaterapia, apresentando melhora no quadro. Após 1 mês, as lesões retornaram, optando-se novamente pela eritromicina. As lesões regrediram totalmente.

**Relato do caso 2:** paciente de 10 anos, sexo masculino, apresentava manchas hipocrômicas em dorso com crescimento progressivo. Ao exame físico, confirmou-se a presença das manchas em dorso e face posterior de coxas. Foi receitado tetraciclina 500mg VO 12/12h e tacrolimus 0,1 2x/dia, apresentando resolução completa das lesões após 3 meses de tratamento.

**Discussão:** a comparação dos dois casos permite evidenciar que, embora se trate da mesma patologia, existe uma grande variação na eficácia e resposta terapêutica. Dentre as opções disponíveis atualmente estão os antibióticos, imunomoduladores, corticóides e fototerapia. Vale ressaltar que as crianças apresentam uma menor resposta a esses tratamentos.

**Conclusão:** devido a baixa incidência da PLC e sua similaridade com outras doenças da pele, destaca-se a importância do seu conhecimento clínico, visando um diagnóstico precoce para possibilitar melhores respostas terapêuticas e diagnósticos diferenciais.

### P.38 - LINFOMA CUTÂNEO DE CÉLULAS B PRECURSORAS: RELATO DE CASO

GISELE PERONDI LEICHTWEIS; PATRÍCIA GOMES; CAMILA NORONHA HASSE; KARINA FRITEGOTO GUAITA; SIMONE MULLER; AMITHIS BERNSTORFF FANCIOZI; LETÍCIA JANICE BERTELLI SENDERSKI; GILBERTO COMARU PASQUALOTTO

HOSPITAL INFANTIL DR JESER AMARANTE FARIA; UNIVILLE

**Introdução:** na infância, as manifestações cutâneas em pacientes com Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) ou Linfoma Linfoblástico (LLB) são raras e pouco conhecidas. Os linfomas cutâneos primários são restritos a pele, já os secundários apresentam envolvimento extracutâneo no diagnóstico.

**Descrição do caso:** lactente de 1 ano, encaminhada para exérese de 'lipoma', apresentava lesão nodular de aproximadamente 3cm, eritemato-violácea, endurecida, em dorso direito. Também tinha nódulos perilesionais e em face temporal a esquerda. Além das lesões cutâneas, apresentava adenomegalia axilar e supraclavicular, sem queixas sistêmicas. A biópsia da lesão evidenciou proliferação linfóide atípica. A imunofenotipagem de medula óssea veio compatível com linfoma linfoblástico de células B precursoras. Já os exames de imagem mostraram adenomegalias intra-abdominais e torácicas, hepato-esplenomegalias e infiltração neoplásica nos rins. Fechando então, diagnóstico raro de linfoma linfoblástico com manifestações extralinfonodais. Realizado protocolo de quimioterapia (indução e consolidação) com evolução favorável, redução das lesões de pele e das adenomegalias. Atualmente paciente em fase de manutenção.

**Discussão:** o envolvimento cutâneo pode ser a primeira manifestação da LLA ou LLB, com aparecimento das lesões em média 6 semanas antes do diagnóstico hematológico. As lesões infiltrativas de pele em crianças com LLB é em sua maioria associada ao subtipo de células B precursoras. A localização mais frequente das lesões são na cabeça, sendo o sexo feminino mais acometido e com média de idade de diagnóstico de 2 anos. O prognóstico dos pacientes com esse tipo de lesão ainda não pode ser determinado.

**Conclusão:** a observação detalhada das lesões nodulares de pele e suas características, associadas ou não a manifestações sistêmicas, devem servir de alerta para diagnósticos precoces de neoplasias. O linfoma cutâneo pode ser confundido com outras entidades não neoplásicas, mas deve ser lembrado como um importante diagnóstico diferencial na infância.



### P.39 - N-ACETILCISTEÍNA TÓPICA COMO ALTERNATIVA DE TRATAMENTO NA ICTIOSE EPIDERMOLÍTICA

AMITHIS BERNSTORFF FRANCIOZI; CAMILA NORONHA HASSE; GISELE PERONDI LEICHTWEIS; KARINA FRITEGOTO GUAITA; PATRÍCIA GOMES; LETÍCIA JANICE BERTELLI SENDERNSKI; SIMONE MULLER

UNIVILLE; HOSPITAL INFANTIL DR JESER AMARANTE FARIA

*Introdução:* a ictiose Epidermolítica (IE) é um subtipo raro das desordens de queratinização causando bolhas, eritrodermia e descamação em recém nascidos, que evoluem com hiperkeratose principalmente em áreas flexoras e em torno das articulações. O uso de N-acetilcisteína (NAC) tópica como tratamento paliativo para os grupos das ictioses tem evidenciado resultados satisfatórios na literatura.

*Descrição do caso:* adolescente, 17 anos, manifestou eritema, bolhas e descamação ao nascer, com evolução para placas hiperkeratóticas, amarronadas, entremeadas de pele sã, com maior intensidade nas flexuras antecubitais e poplíteas, poupando face e regiões palmoplantares. Essas regiões assemelhavam-se a 'tábua de lavar roupa', reforçando a hipótese diagnóstica de IE. Tratamentos prévios realizados com óleos, emolientes e ureia a 10 não surtiram efeito. Optou-se por solução com NAC a 10 associada a ureia 5, neutralizador de odores e essência aplicada uma vez ao dia. Reavaliada após quatro semanas apresentou importante melhora com redução das escamas, discreta eritrodermia, e relatou ardência e sensação de queimação durante o uso da solução. Orientada a reduzir o número de aplicações para três vezes na semana, amenizou os efeitos adversos e a manteve estável clinicamente.

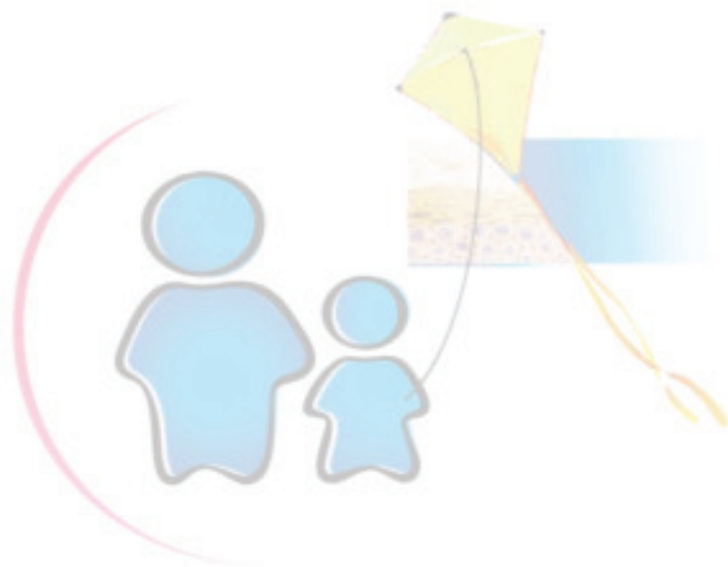
*Discussão:* a IE é um distúrbio de queratinização, incidência de 1:100000 a 1:400000, herança autossômica dominante, apresentando bolhas superficiais frágeis, eritema e descamação. Posteriormente, hiperqueratinização com escamas escuras mais em áreas de fricção. O diagnóstico é clínico com auxílio histopatológico. Tratamentos consistem em fórmulas emolientes, queratolíticos e retinóide sistêmico (acitretina). Recentemente a NAC com ureia mostrou-se eficaz em inibir a proliferação dos queratinócitos.

*Conclusão:* a NAC pode ser considerada alternativa quando outras medicações falham, sendo uma terapia segura, com efeitos adversos brandos, e uma opção prévia válida ao uso de retinoide sistêmico. Portanto, NAC deve ser considerada para aumentar a qualidade de vida dos portadores de Ictiose Epidermolítica.



POSTERES SIMPLES

APRESENTAÇÃO 13 DE ABRIL DE 2018



DERMAPED<sup>2</sup>

## P.40 - ESCABIOSE EM LACTENTE: RELATO DE CASO

ELISA RODRIGUES KNABACH; FRANCESCA BEIERSDORF PETER; KATHIELEN FORTES RÖSLER; RAFAEL ALBUQUERQUE DE CARVALHO; LUIZA RAMOS RHODEN; FERNANDA FERNANDA COURTOIS; LARISSA HALLAL RIBAS; MARCEU FLORES PINTO

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

**Introdução:** *sarcoptes scabiei hominis* é o agente da Escabiose. A fêmea infesta o homem, depositando ovos na epiderme. Ocasional lesões papuloeritematosas muito pruriginosas, revelando particularidades nos locais acometidos, de acordo com a idade.

**Descrição:** lactente, masculino, aos 45 dias de vida consulta em pronto atendimento, devido lesões corporais. Apresentava pápulas, vesículas e pústulas, disseminadas, incluindo regiões palmares. Conforme relato materno, ficavam mais avermelhadas durante o banho e mais claras ao despir o paciente. Mãe com pequenas pápulas abdominais, discretas e pruriginosas. Criança recebeu Antibioticoterapia tópica e oral, além de corticoesteróides, sem sucesso. Observou-se coto umbilical presente, mumificado, sem sinais flogísticos. Rastreamento de sepsis negativo. Afastou-se alguns diagnósticos diferenciais que poderiam cursar com lesões de pele. Excluiu-se Alergia à Proteína do Leite de Vaca, com avaliação laboratorial inalterada, mantendo-se aleitamento materno exclusivo, retirando derivados do leite da dieta da mãe, e realizou-se triagem para Imunodeficiências Primárias, devido coto umbilical persistente após 30 dias de vida, negativa. Assim, confirmou-se suspeita de Escabiose.

**Discussão:** na infância, são acometidos couro cabeludo, face, palmas e plantas, enquanto no adulto as localizações mais comuns são face medial das coxas, região umbilical, axilas, seios e interdígitos das mãos. A partir de 2 anos pode-se usar Permetrina, enquanto Ivermectina é proscrita em menores de 5 anos ou peso corporal menor de 15 quilogramas; além disso, é excretada no leite em baixas concentrações, logo, deve ser utilizada pela mãe apenas quando o risco de retardar o tratamento é maior que as consequências para o bebê. Iniciou-se, portanto, Pasta de Enxofre a 10, para ambos, com excelente evolução clínica.

**Conclusão:** são comuns os problemas dermatológicos na infância, incluindo patologias benignas. É fundamental recordar a associação com doenças comprometedoras, realizando diagnóstico diferencial, e evitando prejuízos à saúde da criança.

## P.41 - PIEBALDISMO SEGMENTAR: UM RELATO DE CASO DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ELISA RODRIGUES KNABACH; FRANCESCA BEIERSDORF PETER; KATHIELEN FORTES RÖSLER; RAFAEL ALBUQUERQUE DE CARVALHO; LUIZA RAMOS RHODEN; FERNANDA COURTOIS; LARISSA HALLAL RIBAS; HIRAM LARANGEIRA DE ALMEIDA JÚNIOR

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

**Introdução:** Piebaldismo define-se por uma leucodermia congênita rara, de transmissão autossômica dominante, devido a mutações do proto-oncogene c-KIT, no cromossomo 4q12, envolvido no desenvolvimento dos melanoblastos. Trata-se de uma anomalia que impede a proliferação destas células, durante a vida embrionária, acarretando a inexistência de melanócitos nas áreas afetadas. Exibe, caracteristicamente, máculas acrómicas em forma triangular envolvendo uma mecha capilar branca (poliose) em frente, penetrando até o couro cabeludo, no bregma. Como os vértices das lesões estendem-se até a ponte nasal, pode produzir leucotriquia na porção medial das sobrancelhas e, inclusive, acometer pelos axilares e pubianos.

**Descrição:** paciente, sexo feminino, 19 anos, branca, procurou atendimento evidenciando pequena poliose em região occipital e mancha hipocrômica começando na região occipital estendendo-se até cervical e membro superior esquerdo. Início do quadro na primeira infância. A lesão apresenta bordos imprecisos e pequenas máculas normocrômicas em seu interior.

**Discussão:** o principal diagnóstico diferencial é com Vitiligo, o qual caracteriza-se por manchas na pele, despigmentadas, bem definidas, sem localização específica e dissemina-se rapidamente, com posterior estabilização, ou propaga-se lentamente pelo corpo. Já o Piebaldismo envolve manchas hipocrômicas que, comumente, poupam mãos e pés, podendo evoluir durante a primeira infância. A lâmpada de Wood mostra-se útil para caracterizar a extensão da despigmentação. Enquanto o Vitiligo apresenta uma despigmentação completa, com bordas bem delimitadas, o Piebaldismo apresenta 'ilhas' de pigmentação normal ou hiperpigmentadas no interior ou em sua periferia.

**Conclusão:** mesmo sendo uma condição rara, com tratamentos ainda em estudos e pouco difundidos, o Piebaldismo necessita ganhar atenção dos pediatras e dermatologistas, pelo difícil diagnóstico diferencial com Vitiligo. Então, o diagnóstico correto revela-se essencial, a fim de garantir aconselhamento e terapêutica adequados, uma vez que é absolutamente importante realizar fotoproteção, visando prevenir complicações.



## P.42 - HEMANGIOMA DA INFÂNCIA COMPLICADO

KARINA FRITEGOTO GUAITA; CAMILA NORONHA HASSE; GISELE PERONDI LEICHTWEIS; PATRÍCIA GOMES; LETÍCIA JANICE BERTELLI SENDERSKI; AMITHIS BERNSTORFF FRANCIOZI; SIMONE MULLER

HOSPITAL INFANTIL DR JESER AMARANTE FARIA

**Introdução:** hemangioma é caracterizado por uma lesão vascular benigna com componente proliferativo, composto por células endoteliais imaturas. Acomete principalmente cabeça e pescoço, porém pode ocorrer em qualquer parte do corpo. Em alguns casos podem surgir complicações, como sangramentos, infecção e ulceração. Nos últimos anos, os beta-bloqueadores surgiram como opção de tratamento, apresentando resultados satisfatórios.

**Descrição do caso:** lactente, 4 meses, com hemangioma em dorso e em tratamento tópico com timolol 0,5 evoluiu para ulceração e infecção secundária. Iniciou antibioticoterapia sistêmica com cefalexina, contudo a ulceração e a infecção progrediram, necessitando internação. A lesão tinha 5x5cm, ulcerada, apresentava secreção amarelada e fétida, realizado oxacilina associado amicacina e curativos diários com hidrogel + alginato. Controlada a infecção e com avaliação cardíaca normal, foi introduzido propranolol oral 0,5mg/kg/dia, com aumento progressivo lento (intervalos 5/5 dias) até chegar a dose plena atual de 2,5mg/kg/dia. Houve redução do volume do hemangioma e cicatrização completa da ulceração.

**Discussão:** os hemangiomas são frequentes na infância, a grande maioria tem evolução natural favorável e não requerem tratamento. As complicações ocorrem em 10 dos casos, sendo a ulceração a mais comum. Por muito tempo o corticoide sistêmico foi o tratamento de primeira linha, atualmente os beta-bloqueadores tem se mostrado superiores em eficácia. Além dos efeitos colaterais mais comuns do propranolol como: bradicardia, hipotensão, broncoespasmo, hipoglicemia e alteração no sono, há relatos de que o próprio propranolol poderia induzir a ulceração.

**Conclusão:** na maioria dos casos, o propranolol é utilizado no tratamento dos hemangiomas com boa eficácia e segurança, entretanto não é isento de efeitos adversos. Os pacientes devem ser acompanhados pelo cardiologista e dermatologista/dermatopediatra, observando com cautela sua resposta.

## P.43 - PREVALÊNCIA DE LESÕES DERMATOLÓGICAS NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

MARIA LUIZA DAL TOÉ POZZOBON; LUIZA MARTINS BARONI; LUIZ FELIPE DE OLIVEIRA BLANCO; KRISTIAN MADEIRA

UNESC

**Objetivos:** verificar a prevalência de lesões dermatológicas e seus fatores associados na Emergência de um hospital pediátrico no período de janeiro a maio de 2017.

**Métodos:** estudo observacional transversal com coleta de dados sociodemográficos primários e avaliação dermatológica. Participaram 58 pacientes que compareceram aos atendimentos da emergência pediátrica num período total de 96 horas. Foram incluídos pacientes com 10 anos ou menos cujos pais autorizaram a participação na consulta seguida da avaliação das lesões dermatológicas pelo médico dermatologista mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos pacientes que foram admitidos com lesões dermatológicas de causas externas e também aqueles que compareceram ao serviço mais de uma vez em decorrência da mesma queixa.

**Resultados:** um total de 58 crianças apresentou-se com lesões dermatológicas no serviço de emergência durante o período estudado, sendo que a maior parte dos atendimentos ocorreu em dias de clima quente. Em relação aos tipos de lesões, as mais comuns foram as bacterianas, seguidas das lesões inflamatórias e o gênero mais acometido foi o feminino. Do total de lesões, 53,4 possuíam um tempo de evolução de mais de vinte e quatro horas e houve apenas um caso de necessidade de internação hospitalar.

**Conclusões:** o conhecimento acerca dos tipos de lesões dermatológicas mais frequentes - em especial das de etiologia infecciosa - no serviço de emergência é de extrema importância na formação do médico pediatra, uma vez que são muito prevalentes na prática clínica.



## P.44 - MALFORMAÇÕES EM UM RECÉM NASCIDO COM ICTIOSE: UMA APRESENTAÇÃO SINDRÔMICA

FERNANDA TARUHN ROMANI; MARINA HELENA CAPRA; MAUREN SEIDL; PATRÍCIA BORCHARDT BOLSON; ROBERTA CASTILHOS DA SILVA

UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL

*Introdução:* as ictioses são um grupo heterogêneo de desordens caracterizadas por descamação generalizada da pele, com severidade variada. A maioria das ictioses são hereditárias, sendo a vulgar e a ligada ao cromossomo X os tipos mais comuns, apresentando incidências aproximadas de 1:250 nascimentos e 1:6000 meninos nascidos, respectivamente. Sua classificação baseia-se em seu fenótipo clínico, defeitos moleculares e se hereditária ou adquirida, reconhecendo dois grupos principais de ictioses: formas não-sindrômicas, nas quais a expressão fenotípica do distúrbio é vista apenas na pele, e sindrômicas, em que outros órgãos e sistemas são afetados.

*Relato de caso:* recém-nascido a termo, sexo feminino, nascido de parto vaginal. Apresentou-se ao exame físico no primeiro dia de vida em regular estado geral, pletórica, com ectrópio, eclábio, eritema e edema cutâneo disseminados e baqueteamento digital. Apresentava, ademais, implantação baixa de orelhas, fenda palatina completa, retrognatia, micrognatia e frênuo lingual curto. Encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, verificou-se policitemia e hipernatremia secundária à desidratação. No segundo dia evoluiu com áreas descamativas. Realizou ecocardiograma, ecografia de abdômen total e transfontanelar com resultados normais.

*Discussão e conclusão:* o diagnóstico dá-se pela avaliação de diversos critérios, como fenótipo da pele (padrão de descamação, presença de membrana coloidal ao nascer, presença de eritrodermia, erosões ou bolhas); tempo de apresentação e evolução; história familiar; achados histopatológicos; manifestações cutâneas e extracutâneas associadas; e testes genéticos. O tratamento visa reduzir sintomas por meio de hidratação, lubrificação, queratólise e diferenciação celular epidérmica. Casos mais graves, que necessitam de tratamento sistêmico, podem fazer uso de acicretina, atuando no controle da proliferação e diferenciação epidérmica. Apesar dos múltiplos achados, a paciente não se enquadrou em nenhuma síndrome descrita em literatura, necessitando de acompanhamento para definição de possível diagnóstico.

## P.45 - ERITRODERMIA SECUNDÁRIA A: DERMATITE ATÓPICA? SÍNDROME DE HIPER-IGE?

MARCELA FONSECA PEREIRA; SARA SANTOS MOREIRA; MARINA BASTOS TENÓRIO DE ALBUQUERQUE; POLLYANA COELHO PESSOA SANTOS; GUSTAVO BAPTISTA DE ALMEIDA FARO; ISABELA PIMENTA XAVIER; RAFAELA TELES MARTINS; REBECCA MEIRELES DE OLIVEIRA PINTO; VITÓRIA REGINA PEDREIRA DE ALMEIDA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS; HOSPITAL MARTAGÃO GESTEIRA

*Introdução:* dermatite atópica (DA) é uma dermatose inflamatória comum na infância, causada por disfunções imunológicas e da barreira epidérmica, predispondo a pele a infecções. Por outro lado, a síndrome de Hiper-IgE é uma imunodeficiência primária rara, cursa com eczema e elevação dos níveis de IgE. No caso apresentado, não foi possível excluir ou confirmar essas patologias.

*Descrição do caso:* menina, 3 anos e 8 meses, portadora de hérnia umbilical, admitida com eritema generalizado e xerodermia há 2 meses e elevação dos níveis de IgE (5000 Ku/l), história de tratamento para escabiose, evoluindo com piora do quadro e alopecia. Inicialmente apresentou pápulas pruriginosas restritas ao pescoço, que em 5 dias evoluíram para vesículas, descamação e acometimento disseminado. Biópsia revelou dermatite psoriasiforme. Síndrome de Netherton foi descartada pela tricoscopia. Feita suspeita de DA, sem afastar o diagnóstico de síndrome de Hiper-IgE. Novos exames mostraram queda de IgE e demais imunoglobulinas normais. Apresentou boa resposta a corticoterapia oral e tópica, uso de hidratantes e cuidados no banho. Por volta do terceiro mês do quadro, observadas micropápulas umbilicadas difusamente, sugestivas de molusco contagioso, que remeteram após aproximadamente duas semanas.

*Discussão:* trata-se de uma dermatose de etiologia a esclarecer. A associação entre alopecia e DA é comum na Síndrome de Netherton, mas há relatos de alopecia em crianças com DA sem patologias subjacentes. Na dermatite psoriasiforme ocorre acometimento do couro cabeludo, considerada uma sobreposição entre DA e psoríase, com boa resposta a fototerapia, tratamento discutível nessa idade. A síndrome de Hiper-IgE poderia ser confirmada ou descartada por estudo genético.

*Conclusão:* o caso destaca-se pela ampla investigação diagnóstica e difícil controle das lesões. O tratamento mais adequado ainda está sendo discutido pela equipe.



## P.46 - DERMATITE ATÓPICA EM CRIANÇA COM DINÂMICA FAMILIAR COMPLICADA: A RELEVÂNCIA DO ENFOQUE PSICOSSOCIAL - RELATO DE CASO

FRANCESCA BEIERSDORF PETER; ELISA RODRIGUES KNABACH; RAFAEL ALBUQUERQUE DE CARVALHO; KATHIELEN FORTES ROSLER; FERNANDA COURTOIS; LUIZA RAMOS RHODEN; LARISSA HALLAL RIBAS; AFONSO KUHMMER LAZZARETTI; ISABELLA VERRUCK

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS; HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE PAULA

**Introdução:** dermatite Atópica (DA) caracteriza-se por processo inflamatório cutâneo, de curso imprevisível e recorrente. Fatores imunológicos, ambientais e psicológicos interferem na patogênese. A dinâmica familiar das crianças acometidas reflete na agudização da doença. O suporte familiar adequado tem relação comprovada com o desencadeamento, a permanência e a resolução dos sintomas, e também com o sucesso do tratamento.

**Relato de caso:** W.P.S, 4 anos, negro, masculino, emagrecido, com lesões de pele muito extensas, distribuídas pelo corpo, algumas liqueificadas e crostosas, acompanhadas de secreção serosanguinolenta, dor e intenso prurido, especialmente em regiões flexoras. Diagnosticado com DA, há um ano, atualmente na quarta internação hospitalar por reincidência e infecções secundárias das lesões. Pai, mãe e avó materna não aderem ao tratamento domiciliar. Acompanhados regularmente pelo Conselho Tutelar. Criança demonstra receio em manifestar sua espontaneidade, revelando inibição, introversão e necessidade de aprovação constante dos familiares, distanciados afetivamente. Excluiu-se diagnósticos diferenciais de DA no paciente, que apresenta melhora significativa, uma vez que equipe multidisciplinar assumiu o manejo das medicações e tem se esforçado para ensinar a criança a realizar, sozinha, cuidados simples e eficazes para a prevenção, como aplicar hidratante.

**Discussão:** a DA exige cuidados minuciosos. Uma família com condições socioeconômicas precárias, não colaborativa com o tratamento, torna a criança suscetível a recidivas. Trata-se de um menor de idade, dependente, vulnerável e exposto à negligência parenteral, logo a supervisão rigorosa das autoridades é necessária.

**Conclusão:** o Eczema Atópico não é condição rara, porém requer atenção especial, pois é possível controlar e prevenir a progressão da dermatose, apenas. Portanto, a educação dos envolvidos é absolutamente fundamental e está diretamente relacionada à adesão da terapêutica. A compreensão da dimensão psicológica da doença é essencial para intervenções médicas eficazes.

## P.47 - NEVO MELANOCÍTICO CONGÊNITO: CONDIÇÃO RARA E IMPACTANTE NA INFÂNCIA - RELATO DE CASO

FRANCESCA BEIERSDORF PETER; ELISA RODRIGUES KNABACH; RAFAEL ALBUQUERQUE DE CARVALHO; KATHIELEN FORTES ROSLER; FERNANDA COURTOIS; LUIZA RAMOS RHODEN; LARISSA HALLAL RIBAS; VANESSA PERES MENDONÇA

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS; HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE PAULA

**Introdução:** Nevo Melanocítico Congênito (NMC) é uma lesão hiperpigmentada, plana, de limites bem definidos. Ocorre em apenas 1:20.000 nascimentos, aproximadamente. O tamanho do NMC é variável, sendo classificados, conforme tamanho do diâmetro, em pequenos, quando menor de 1,5cm; médios, entre 1,5cm a 19,9cm e grandes ou gigantes, se superior a 20cm. Estes tipos de nevos têm especial importância, pelo risco de malignização e associação com Melanose Neurocutânea, além do impacto psicossocial na infância.

**Descrição do caso:** neonato, masculino, nascido de parto cesáreo com 36 semanas e 4 dias, Apgar 7/9, devido à bradicardia fetal. História materna de dois abortos espontâneos, por malformações fetais; sem histórico familiar de neoplasias. Sorologias maternas negativas. Em sala de parto, percebeu-se uma lesão hipercrômica, acastanhada, bem delimitada, em região dorsal, medindo aproximadamente 10cm de diâmetro, compatível com NMC, além de nevos em menor tamanho. Realizou-se Ressonância Nuclear Magnética (RNM) de Sistema Nervoso Central (SNC), descartando-se patologias associadas. Recebeu alta com acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** o diagnóstico deste tipo de lesão é eminentemente clínico após o nascimento, diferenciando-se com outros tipos de nevos através da Histologia. Investigar alterações em SNC, especialmente através de RNM, é absolutamente fundamental, uma vez que a Melanose Neurocutânea está relacionada à Espinha Bífida e Meningocele. O tratamento cirúrgico é indicação absoluta no caso dos NMC gigantes com surgimento de neoplasia maligna, aliado à terapêutica multidisciplinar, com observação da evolução das lesões em tamanho, coloração e textura, bem como acompanhamento clínico e apoio psicológico.

**Conclusão:** o NMC gigante é considerado fator de risco para desenvolvimento de Melanoma. São associados a graves comorbidades neurológicas, comprometedoras do desenvolvimento neuropsicomotor da criança, acarretando prejuízo social, não somente pelo aspecto das lesões. Portanto, apesar da raridade, são extremamente impactantes para os pacientes pediátricos acometidos.



## P.48 - DERMATITE ATÓPICA GRAVE EM PACIENTE PEDIÁTRICO - UM RELATO DE CASO

SARA SANTOS MOREIRA; MARCELA FONSECA PEREIRA; POLLYANA COELHO PESSOA; GUSTAVO BAPTISTA DE ALMEIDA FARO; MARINA BASTOS TENÓRIO DE ALBUQUERQUE; VITÓRIA REGINA PEDREIRA DE ALMEIDA RÊGO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGAR SANTOS

**Introdução:** a dermatite atópica (DA) é uma dermatose inflamatória crônica, recidivante, de etiologia multifatorial, caracterizada por prurido e lesões eczematosas, com apresentações variáveis. É a dermatose mais frequente na infância porém, suas formas graves correspondem à minoria dos casos (20), requerem habitualmente imunossupressão sistêmica, e têm maior chance de persistência da doença na idade adulta.

**Descrição do caso:** paciente feminina, 08 anos, diagnosticada com DA desde os 06 anos. Fez uso de corticoides tópicos (por vezes, sistêmicos), e anti-histamínicos, com melhora parcial do quadro, seguida de recidivas. Aos 07 anos, após exacerbação e infecção secundária das lesões cutâneas foi submetida à corticoterapia e fototerapia. Reapresentou, contudo, piora do prurido e aumento das lesões. Introduzido imunomodulador tópico (Tacrolimo), sem melhora significativa - mantinha SCORAD 50. Evoluiu necessitando de antibioticoterapia e corticoterapia de forma frequente. Após nova exacerbação - não responsiva ao corticoide sistêmico - necessitou de internamento hospitalar (em janeiro/2018) apresentando: prurido, xerose e lesões eritematodescamativas (em região perioral, palpebral, de flexuras, abdome e membros inferiores - nestes últimos, associadas à infecção). A infecção secundária teve boa resposta à antibioticoterapia sistêmica. Bandagem com corticoide tópico em membros inferiores repercutiu com melhora parcial, mas gerava desconforto - não tolerado pela paciente, sendo então descontinuado. Feito tacrolimo tópico em lesões de face, com melhora importante. Optado por iniciar tratamento com Ciclosporina, observando melhora do prurido e lesões. Mantido acompanhamento ambulatorial.

**Discussão:** imunossupressão sistêmica é indicada para pacientes com DA grave e refratária à terapêutica habitual. A Ciclosporina possui eficácia clínica comprovada nestes quadros, mas requer monitoramento de função renal, pressão arterial e seus níveis séricos.

**Conclusão:** o presente caso exemplifica uma forma grave de DA em paciente pediátrico e evidencia dificuldades do manejo, reforçando necessidade de conhecimento das estratégias possíveis para o seu controle, e das peculiaridades intrínsecas ao tratamento escolhido.

## P.49 - APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO JUVENIL: ENFOQUE SISTÊMICO E DERMATOLÓGICO

JULIANA SABOIA FONTENELE E SILVA; ALANNA FERREIRA ALVES; CAROLINE GRAÇA DE PAIVA; CAROLINE REHEM EÇA GOMES; ALINE GARCIA ISLABÃO; DIVA MARIA PREVITERA PASSOS DE SOUZA; ANA CARLA BORGES DE OLIVEIRA SERAFIM

HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA

**Introdução:** Lupus Eritematoso Sistêmico Juvenil (LESJ) representa até 20 de todos os casos de Lupus Eritematoso Sistêmico (LES), com raros casos antes dos 5 anos de idade e maior frequência em meninas.

**Descrição do caso:** menina, 2 anos e 6 meses, com febre diária, linfonodomegalia generalizada e máculas hiperocrômicas na face, sem melhora com uso de antibióticos. Apresentou hepatoesplenomegalia, úlceras orais, placas eritemato-violáceas infiltradas na face e região cervical, fotossensíveis, associadas a petéquias e lesões vasculíticas na face, palmas e plantas e livedo reticular difuso. Evoluiu com anasarca, redução da diurese, hipertensão arterial, serosites. Biópsia da lesão facial mostrou alterações discretas de interface e perivasculite leve. Exames laboratoriais com hipocomplementenemia, coombs direto, FAN, Anti-DNAs, Anti-Sm positivos concluíram o diagnóstico de LESJ. Iniciado hidroxiquina, micofenolato e pulsoterapia com metilprednisolona. Mesmo com medicamentos em doses otimizadas, a paciente evoluiu com piora das lesões em face, que se tornaram exulceradas, com progressão para tronco. Apresentou ainda vasculite importante nas regiões periungueais e palmo-plantares evoluindo com fissuras, crostas hemáticas e descamação, sem melhora com uso de corticoide tópico, tacrolimo e reparadores de barreira. Oito meses após o diagnóstico, apresentou quadro de sepse e insuficiência renal. As lesões cutâneas pioraram drasticamente, tornando-se purpúricas, com bolhas confluentes e a criança evoluiu a óbito.

**Discussão:** o envolvimento mucocutâneo é mais comum no LESJ que no LES. A lesão discoide é infrequente na faixa pediátrica. Também as lesões bolhosas são raras e graves, ainda com poucos relatos em crianças, podendo causar lesões mucosas com comprometimento das vias áreas. Observou-se que quando há lesão bolhosa há maior acometimento renal e serosites.

**Conclusão:** o caso refere-se ao diagnóstico LESJ em uma menina com idade atípica, severo comprometimento dermatológico e desfecho fatal.





## P.50 - ESCLERODERMIA PEDIÁTRICA: ACOMETIMENTO CUTÂNEO TÍPICO COM EXTRACUTÂNEO ATÍPICO

JULIANA SABOIA FONTENELE E SILVA; ALANNA FERREIRA ALVES; CAROLINE GRAÇA DE PAIVA; CAROLINE REHEM EÇA GOMES; ALINE GARCIA ISLABÃO

HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA

**Introdução:** a esclerodermia é doença do tecido conjuntivo, multisistêmica, rara na população pediátrica. Corresponde a menos de 2 de todos os casos, sendo mais prevalente em meninos.

**Relato de caso:** menina, 1 ano e 6 meses, iniciou o quadro com necessidade de internação em UTI, devido sepse presumida, apresentando hepatoesplenomegalia, serosites, hipertensão pulmonar e convulsão. Presença de eosinofilia (26), leucocitose e aumento de provas inflamatórias. RNM de crânio com achado inespecífico. Discreta lesão hiperocrômica em região glútea foi notada dias antes. Seguiu em acompanhamento multiprofissional descartando infecções latentes, doenças mieloproliferativas e síndrome hipereosinofílica. Após 9 meses do início do quadro, as lesões progrediram de forma ascendente e simétrica, com endureção, aspecto esclerodermiforme, nos membros superiores e inferiores; presença de atrofia nos punhos, mãos e nos tornozelos, com limitação dos movimentos articulares e esclerodactilia nas mãos. No abdome, a lesão tinha aspecto salpicado em sal-e-pimenta e na face era eritemato-acastanhado, livedóide, com fundo violáceo. Biópsia de pele (abdome): perivasculite linfocítica superficial leve e a biópsia da perna com espessamento cutâneo. Exames: P-ANCA reagente e FAN positivo com título moderado. Imunofenotipagem com hipereosinofilia e exame molecular para síndrome hipereosinofílica negativo. Iniciou uso de metotrexato e corticoterapia oral, com boa evolução clínica das lesões e com recuperação progressiva da amplitude de movimentos.

**Discussão:** apesar de rara em crianças, a esclerodermia pode ter acometimento cutâneo e extracutâneo mais grave do que nos pacientes adultos. Os sintomas neurológicos são mais associados com lesões no couro cabeludo, que não era o caso da criança. Pode haver eosinofilia aproximada de 15, contudo a paciente apresentou valores mais significativos.

**Conclusão:** trata-se de uma criança de baixa idade, com início do quadro abrupto e complicado, mas que após o diagnóstico correto, apresentou boa evolução clínica com a terapêutica instituída.

## P.51 - INCONTINÊNCIA PIGMENTAR LIGADA AO X OU SÍNDROME DE BLOCH-SULZBERGER: UM RELATO DE CASO

MILENE CRIPA PIZATTO DE ARAÚJO; MATEUS JOACIR BENVENUTTI; RODOLFO GRILLO MENEGON; PEDRO HENRIQUE GARGIONI ANDRADE; MATHEUS GARCIA LOPES MERINO; SUSANA RODRIGUES MORELLI; GINA BRESSAN SCHIAVON

UEM

**Introdução:** incontinência pigmentar (IP), ou síndrome de Bloch-Sulzberger, é uma genodermatose rara, de herança dominante ligada ao cromossomo X, por mutação no gene NEMO, localizado na porção q28 cromossomal. O termo remete à presença microscópica de pigmento livre na camada basal epidérmica, refletindo melanócitos incontinentes à melanina. A doença acomete meninas, sendo letal em meninos<sup>1</sup>. Inicia-se no período neonatal, progredindo em 4 estágios: vesicobolhoso, verrucoso, hiperpigmentação e hipopigmentação. Relaciona-se a alterações odontológicas, oftálmicas, ósseas, imunológicas, de cabelos e sistema nervoso central, justificando a importância do diagnóstico precoce, manejo terapêutico adequado e acompanhamento posterior<sup>2</sup>. Os autores relatam o caso de uma paciente com lesões cutâneas e achados histológicos compatíveis à condição.

**Relato de caso:** menina, 10 anos, com mácula verrucoide hiperocrômica periumbilical e lesões hiperocrômicas em membro superior e hemitórax esquerdo, e alopecia parietal ipsilateral. Na história progressiva foi constatada história de máculas em hemicorpo esquerdo desde o nascimento, inicialmente caracterizada por eritema e evolução para crostas em braço, tronco e região parietal. Após alguns anos, evoluiu para estado atual. À biópsia de pele, epiderme sem atípicas, com acantose, papilomatose e hiperpigmentação melânica em camada basal, achados compatíveis com IP.

**Discussão:** neste caso, foi aventada, devido à história, hipótese de IP, porém na ausência de lesões bolhosas, dificultou o diagnóstico clínico. Ainda, a alopecia e achados histopatológicos corroboram com a condição. A importância do diagnóstico, contudo, reside principalmente na detecção e manejo das manifestações não dermatológicas, presentes em até 80 dos casos, visto que as dermatológicas dispensam tratamento e envolvem na adolescência<sup>2</sup>.

**Conclusão:** assim, ainda que rara, o diagnóstico correto e precoce da Síndrome de Bloch-Sulzberger revela-se de grande importância, sendo necessário o conhecimento dos seus aspectos clínicos, histológicos e prognósticos.



## P.52 - PIODERMA GANGRENOSO SECUNDÁRIO AO USO DE MICOFENOLATO MOFETIL EM PACIENTE COM SÍNDROME DE SJOGREN: UM RELATO DE CASO.

MILENE CRIPA PIZATTO DE ARAÚJO; MATEUS JOACIR BENVENUTTI; PEDRO HENRIQUE GARGIONI ANDRADE; RODOLFO GRILLO MENEGON; MATHEUS GARCIA LOPES MERINO; PAULO ROBERTO DONADIO; GINA BRESSAN SCHIAVON

UEM

**Introdução:** o Pioderma Gangrenoso (PG), dermatose neutrofílica rara, frequentemente acompanha doenças sistêmicas, como a doença inflamatória intestinal (DII), artrite reumatoide, mieloma múltiplo e doença de Behçet (DB). Atinge qualquer idade, sendo incomum em crianças - nas quais a relação com doença sistêmica é mais significativa; pode também estar associado a terapias imunossupressoras. Suspeita-se nos casos de lesões dolorosas isoladas rapidamente progressivas, relacionadas a patergia e doenças sistêmicas. Neste caso, existe desafio em diferenciar DB, DII com ou sem PG, ou lesões mucosas por medicamentos, como Micofenolato mofetil (MM).

**Descrição do caso:** menina, 12 anos, raça amarela. Aos 5 anos iniciou quadro de parotidite recorrente, diagnosticada como Síndrome de Sjogren (SS), por ultrassonografia cervical e laboratório (FAN 12:320, pontilhado grosso; Anti-RO+). Iniciado tratamento com corticosteroide, sem resposta. Associações com Hidroxicloroquina, e, posteriormente, Colchicina e Metotrexate também sem eficácia. Foi optado por MM, mostrando boa resposta, possibilitando retirada do corticosteroide. Após três meses, apresentou úlceras orais recorrentes e ulceração vulvar dolorosa que evoluiu para PG. Tratamento mantido pela possibilidade de associação entre SS e DB. Pesquisa de HLA B51 negativa. Como as lesões persistiram, suspendeu-se o Micofenolato, evidenciando regressão da ulceração genital, porém persistência das orais. Optou-se pelo corticoide isolado, apesar do mau controle da parotidite.

**Discussão:** lesões mucosas ulceradas em pacientes com SS em uso de imunossupressor sugerem possibilidades diversas. Deve-se afastar infecções oportunistas por imunossupressão, possibilidade de doenças sobrepostas - como DB e DII, e efeito adverso do imunossupressor em uso. Neste caso, a conclusão diagnóstica só foi possível após investigação e suspensão da droga suspeita.

**Conclusão:** a possibilidade de pioderma gangrenoso associado ao Micofenolato deve sempre ser cogitada em casos de lesões típicas após introdução da droga.

## P.53 - HEMANGIOMA CONGÊNITO RAPIDAMENTE INVOLUTIVO: RELATO DE CASO

EDUARDA MARINHO; ARIANNE GASPAR; RENATA SILVA; DHIEGO TOMIN; HIROFUMI UYEDA; MARCOS CRISTOVAM; MILENE ROVER

UNIOESTE

**Introdução:** os hemangiomas congênitos rapidamente involutivos (HCRI) são tumores vasculares benignos raros, que se caracterizam por um desenvolvimento completo ao nascimento e não apresentam fase de crescimento pós-natal. São caracterizados por uma regressão, habitualmente total e espontânea, entre seis a dezoito meses. Podem estar relacionados a trombocitopenia e/ou coagulopatia transitória e insuficiência cardíaca. O diagnóstico é clínico, por vezes auxiliado por exames de imagem e biópsia.

**Relato do caso:** ESB, 2 meses e 15 dias, que apresentou ao nascimento, na face anterior de tórax, membros superiores até região de punhos bilaterais e região superior de dorso, uma massa bem delimitada, mole, depressível, hiperemiada, com algumas telangiectasias periféricas, sem frêmito palpável ou ulceração. Hemodinamicamente estável, sem trombocitopenia. A clínica e ultrassonografia apoiaram a suspeita clínica de HCRI. Após 2 meses verificou-se regressão significativa na dimensão tumoral, havendo acometimento apenas de região anterior do tórax e região proximal de membros superiores.

**Discussão:** descreveu-se um caso de hemangioma congênito, tumor vascular infrequente, cuja fase proliferativa ocorre exclusivamente intrauterina e habitualmente começa a involuir dias a semanas após o nascimento. Na presença de um HCRI típico sem complicações associadas a conduta terapêutica é conservadora, sendo recomendada uma vigilância mensal em ambulatório.

**Conclusão:** apesar de se tratar de um diagnóstico infrequente, o conhecimento da clínica, evolução e prognóstico deste tipo raro de hemangioma é fundamental para o diagnóstico e conduta adequados, embora apresente dimensões consideráveis, são benignas, evitando intervenções desnecessárias.



## P.54 - AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO MATERNO DERMATO-PEDIÁTRICO NO PUERPÉRIO IMEDIATO

ELISA MARIA MICHELS KRUGER; FERNANDA SINKOS; JÚLIA FELDMANN UHRY; JÚLIO CESAR BEZERRA DE BONI; CRISTINA TERUMI OKAMOTO; KÁTIA SHEYLLA MALTA PURIN; TAMARA FLORENCE BOSCH; RENATO MITSUNORI NISHIHARA

UNIVERSIDADE POSITIVO

**Objetivos:** avaliar o conhecimento materno sobre a pele neonatal. Métodos: estudo transversal aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Amostra: 350 mulheres no puerpério imediato. Dados coletados por questionários socioepidemiológico e dermatopediátrico, totalizando 41 perguntas (cuidados diários, produtos e condutas perante dermatoses). Classificou-se o conhecimento materno em: excelente (acima 80), bom (60-79), regular (30-59), insuficiente (0-29).

**Crêterios de inclusão:** puérperas em alojamento conjunto, concordância com TCLE; de exclusão: menores de 18 anos.

**Resultados:** média de idade materna 24,9. 348 (99,4) puérperas realizaram pré-natal. 76 (21,7) informaram-se sobre cuidados cutâneos com profissionais de saúde. 292 (83,4) procurariam orientação médica frente a dermatose, 21 (6) aguardariam evolução espontânea e 17 (4,8) aplicariam formulações tópicas. Produtos indispensáveis para cuidado diário: 226 (64,8) sabão; 109 (31,1) lenço umedecido. 207 (59,1) não consultariam pH do produto, 144 (41,1) optariam pelo neutro/básico. Pelo rótulo da embalagem, 222 (63,4) escolheriam os "dermatologicamente testados e infantis", 74 (21,1) "hipoalergênicos e suaves". Saponáceos eleitos: neutro (35,1), glicerina (21,4), antibacteriano (12,6). A maioria optaria por tempo (5 minutos) e temperatura (35°C) do banho adequados, respectivamente 53,1 e 51,1. 186 (53,2) evitariam exposição solar ou usariam barreira física; 80 (22,8) usariam fotoproteção antes de 6 meses. 83 (23,7) trocariam as fraldas após mamada, 125 (35,7) quando úmida e 36 (10,3) se fezes presentes. 215 (61,4) tratariam dermatite de fraldas com pomada (44 comum e 4,5 antifúngica); 27 (7) trocariam a marca da fralda. 334 (95,4) higienizariam o coto umbilical com álcool 70 após o banho ou troca de fraldas. 194 (55,4) acertaram menos de 60 do questionário.

**Conclusão:** predominou conhecimento baixo. Prevaleceu procurar orientações mediante dermatoses, sendo a pele um dos focos pediátricos. Principais erros: priorizar lenço umedecido, sabonete em barra, antibacteriano, produtos aromáticos e ignorar pH. Os acertos: fotoproteção, temperatura do banho e limpeza do coto.

## P.55 - SÍNDROME DE ALAGILLE: RELATO DE CASO

KÁTIA SHEYLLA MALTA PURIM; ADRIANE GONÇALVES MENEZES CHOINSKI; CAROLINE SPAGNOL; CAROLINE RAKOSKI RIBAS; ANA LUIZA REICHMANN MOREIRA PINT

UNIVERSIDADE POSITIVO

**Introdução:** a síndrome de Alagille (SA) é uma forma sindrômica de colestase crônica por hipoplasia de vias biliares intrahepáticas associada a malformações congênitas extrahepáticas. O padrão de herança é autossômico dominante. O diagnóstico é feito por achados histopatológicos mais pelo menos três dos cinco critérios maiores: colestase crônica, cardiopatia, fenótipo característico, anomalias esqueléticas e oculares. A prevalência é de 1: 100.000 nascidos-vivos.

**Descrição do caso:** escolar, 8 anos de idade, feminino, com prurido persistente desde os primeiros anos de vida, evoluiu com xerose cutânea e lesões papulosas. Pais não consanguíneos, nascida de parto normal a termo sem intercorrências, pequena para a idade gestacional. Possui dois irmãos e avô materno com sinais e sintomas semelhantes. Ao exame físico: déficit pândero-estatural, xerose cutânea generalizada, pápulas em mãos e placas descamativas em pés, hipocrômicas, escoriadas e liquenificadas. Exames laboratoriais: hemograma e bilirrubinas sem alterações, transaminases levemente aumentadas, aumento de fosfatase alcalina 805U/L (normal: 35-140U/L) e gama-GT 162U/L (normal: 8-41U/L). Estudo radiológico evidencia alterações dos arcos vertebrais com aspecto em asa de borboleta. Em tratamento com ácido ursodesoxicólico, ácido fólico, vitaminas lipossolúveis, colestiramina e triglicérido de cadeia média.

**Discussão:** os achados clínicos, laboratoriais e familiares são compatíveis com a SA, tendo a paciente três dos cinco critérios maiores. As lesões cutâneas são compatíveis e o prurido, decorrente da colestase crônica. Muitas das crianças com tais achados dermatológicos são tratadas como portadoras de escabiose, portanto diante de prurido persistente é fundamental investigar síndrome colestática. A avaliação genética realizada foi importante para confirmação diagnóstica. A genealogia corrobora o padrão de herança autossômico dominante.

**Conclusão:** o diagnóstico da SA é desafiador, pois nem todos os pacientes abrem o quadro de forma clássica. O manejo deve ter enfoque na correção das complicações dos sistemas afetados, sendo a abordagem multidisciplinar ferramenta importante na melhoria da qualidade de vida dos pacientes.



## P.56 - NEVO MELANOCÍTICO ADQUIRIDO JUNCIONAL EM PACIENTE PEDIÁTRICO COM LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO BOLHOSO

JANINE HORSTH SILVA; ELIZA MAIA DE BRITTO MACEDO; IVANA NASCIMENTO GARCIA DE SANTANA; SUELLEN MELLO DORILEO LOUZICH; ALINE MIE NAKAGAWA; MARINA COSTA PEREIRA; CAMILA DE PAULA E SILVA SOARES

UFMT

**Introdução:** o surgimento de nevos melanocíticos adquiridos em pacientes com epidermólise bolhosa tem sido descrito ocasionalmente. São nevos com características clínicas, dermatoscópicas e histopatológicas que podem gerar confusão diagnóstica com melanoma. Acredita-se que um estado inflamatório crônico com constante formação de bolhas e posterior cicatrização, possa induzir a formação de nevos melanocíticos com padrões atípicos em diversas patologias bolhosas. Apresentamos um caso similar com surgimento de nevo melanocítico juncional com padrão dermatoscópico suspeito em áreas de pele previamente acometidas por lesões de lúpus bolhoso.

**Relato do caso:** criança de 6 anos, sexo feminino, com diagnóstico prévio de lúpus eritematoso sistêmico bolhoso, internada para compensação de quadro sistêmico da doença, cuja mãe refere queixa de surgimento de lesão hipercrômica na mão direita há 1 ano, assintomática, com crescimento progressivo, sendo solicitado avaliação da equipe de dermatologia. Ao exame físico, a criança apresentava múltiplas manchas e máculas hipercrômicas e hipocrômicas, algumas com características atróficas cicatriciais acometendo abdome, membros superiores, membros inferiores e dorso. Apresentava também mácula melanocítica, assimétrica em dorso de mão D, cuja dermatoscopia evidenciou múltiplos pontos irregulares com coloração variando entre o marrom-claro e marrom-escuro e presença de lesões satélites. Realizado biópsia da lesão em mão devido suspeita de melanoma com histopatológico demonstrando ninhos de células melanocíticas regulares e sem atipias, compatível com nevo melanocítico juncional.

**Discussão:** estas lesões têm surgimento abrupto e tendem a crescer rapidamente, causando muitas vezes confusão diagnóstica com os melanomas cutâneos. São também, geralmente, lesões irregulares, de coloração variada e, ocasionalmente, apresentam lesões satélites.

**Conclusão:** enfatizamos a importância do estudo clínico, dermatoscópico e histopatológico desses nevos para evitar erros diagnósticos e tratamentos agressivos desnecessários. Apesar de ter um curso benigno, há a necessidade do diagnóstico diferencial com melanoma e do acompanhamento regular.

## P.57 - NECRÓLISE EPIDÉRMICA TÓXICA EM CRIANÇA DE 9 ANOS: RELATO DE CASO

LORENA DOS REIS RABELO; BRENO AUGUSTO FREIRE DE SOUSA; ALINE PEREIRA CARDOSO; ARTHUR FERNANDES FARIAS; LARISSA MENEZ AMORIM; VICTÓRIA MOREIRA GOMES; LUCAS FRANCO CARVALHO; CLÁUDIA DIZIOLI FRANCO BUENO; MARIA ANGÉLICA CARNEIRO DA CUNHA; OLÍVIA CAMPOS PINHEIRO BERRETTA

UEPA

**Introdução:** a necrólise epidérmica tóxica (NET) corresponde a uma hipersensibilidade do tipo tardio, que gera desprendimento epidérmico (30 da área corporal), eritema e necrose, acometendo mucosas ocular, orofaríngea, genital e anal. Por ser uma reação adversa, rara e com alta taxa de mortalidade, este trabalho visa compartilhar a experiência dos cuidados com uma criança com NET, que resultaram em um desfecho bem sucedido.

**Descrição:** paciente masculino, 9 anos, iniciou quadro clínico com conjuntivite bilateral, odinofagia e pápulas pruriginosas em ambos os pés, evoluindo, após 2 dias, com vesículas e bolhas confluentes, friáveis, afetando 54,5 do corpo, com mucosite e delaminação labial, febre, taquicardia, taquipneia e tosse com secreção purulenta. Foram iniciadas medidas de suporte, antibioticoterapia e imunoglobulina intravenosa. Houve piora do quadro, sendo necessária internação em unidade intensiva. No 2º dia de internação, paciente sofreu parada cardiorrespiratória, com ressuscitação realizada com sucesso. Com antibióticos, uso de ciclosporina, cuidados de suporte e do tratamento mucocutâneo, após 18 dias houve estabilização do paciente. Paciente teve alta após 37º dia de internação hospitalar.

**Discussão:** o caso apresentado consiste em NET por causas idiopáticas, sendo ainda mais raro. As manifestações iniciais são sintomas de febre e gripe, com sintomas mucocutâneos após 1-3 dias. O comprometimento respiratório do paciente é explicado pelo edema e desnudamento da mucosa, gerados pela inflamação. A grande área de desprendimento epitelial influencia na homeostase corporal e favorece infecções. Por isso, medidas de suporte, cuidados assépticos com a pele e curativos, acompanhamento especializado e admissão em UTI são importantes. O uso de imunoglobulina intravenosa está associado a menores taxas de mortalidade e a ciclosporina também se mostrou eficaz em vários estudos.

**Conclusão:** a NET é uma doença extremamente grave, cujo diagnóstico e estabelecimento de suporte rápidos, além da prevenção de infecções secundárias, são medidas decisivas para a cura do paciente.



## P.58 - MANIFESTAÇÃO GRAVE E INCOMUM DE CHIKUNGUNYA EM LACTENTE: UM RELATO DE CASO

LORENA DOS REIS RABELO; VICTÓRIA MOREIRA GOMES; LARISSA MENEZ AMORIM; BRENO AUGUSTO FREIRE DE SOUSA; GABRIELA SARAIVA LOPES; LÍVIA LIMA DE AGUIAR; ANA PAULA MIRANDA MAGALHÃES; LUCAS FRANCO CARVALHO; MARIA ANGÉLICA CARNEIRO DA CUNHA; CLÁUDIA DIZIOLI FRANCO BUENO  
UEPA

**Introdução:** a febre de chikungunya é uma arbovirose cujas principais manifestações são febre, dores articulares e musculares e fadiga. As crianças estão entre o grupo com maior risco para desenvolver manifestações graves da doença. Por ser um caso diferenciado com poucas descrições na literatura, o objetivo deste trabalho é relatar um quadro de infecção pelo chikungunya com manifestações atípicas.

**Descrição do caso:** paciente masculino, 1 ano e 3 meses, com história de febre há 15 dias que após uma semana evoluiu com rash cutâneo bolhoso, ulceração labial e oral e sinais de sepse. Ao exame físico estava em regular estado geral, descorado, taquipneico, com exantema eritematoso difuso descamativo, pápulas ulceradas e mucosa oral com crostas. Foi admitido na UTI pediátrica com diagnóstico inicial de estafilococcia sendo manejado com antibiótico e medidas de suporte. Com cinco dias houve o diagnóstico de chikungunya devido sorologia IgM+ colhida no início dos sintomas. Na segunda semana internado, desenvolveu picos febris, leucocitose, PCR elevado, letargia e dermatose bolhosa. Com a modificação da antibioticoterapia, a temperatura estabilizou e houve melhora das lesões mucocutâneas com lento processo de cicatrização. Apresentou melena importante, tratada com jejum, omeprazol e transfusão de hemácias devido à gravidade. O paciente obteve alta hospitalar após 35 dias de internação com melhora clínica, orientações gerais e retorno ambulatorial.

**Discussão:** o lactente desenvolveu quadro mucocutâneo grave e prolongado, complicação incomum na evolução da doença. A hemorragia digestiva vista é rara, sendo mais frequente sangramentos gengivais e epistaxe. O paciente enquadra em dados epidemiológicos que indicam as faixas etárias pediátrica e senil como os mais propensos a desenvolver complicações.

**Conclusão:** apesar da chikungunya não ser considerada uma infecção ameaçadora à vida, o caso relatado mostra o quão grave ela pode evoluir merecendo atenção especial dos profissionais de saúde.

## P.59 - PÚRPURA DE HENOCH-SCHÖENLEIN COM APRESENTAÇÃO CUTÂNEA ATÍPICA NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO

ARIANNE DITZEL GASPAR; EDUARDA MARINHO VASCONCELOS; LORENA SEGOVIA BAREIRO; SIMONE GUERREIRO RODRIGUES; MILENE MORAES SEDREZ ROVER; DANIELLE ARAKE ZANATTA; HIROFUMI UYEDA; MARCOS ANTONIO DA SILVA CRISTOVAM; MARCOS VINÍCIUS CLARINDO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ; HOSPITAL DAS CLÍNICAS UFPR

**Introdução:** a Purpura de Henoch-Schöenlein (PHS) é a vasculite sistêmica mais comum em crianças de 3 a 10 anos de idade, com maior predominância em meninos (1,5:1). Caracteriza-se por lesões purpúricas em membros inferiores e região glútea, podendo cursar com dor abdominal, artralgia e nefrite. A patogênese é desconhecida. O objetivo deste trabalho foi apresentar um caso de PHS com apresentação atípica.

**Relato do caso:** JTA, 8 anos, diagnosticado com resfriado há 7 dias, levado à consulta devido ao aparecimento de lesões em pernas e face. As lesões se iniciaram em membros inferiores, sendo simétricas e progrediram em direção ascendente, iniciando na forma de pápulas com evolução para lesões purpúricas e vesicobolhosas, com conteúdo hemorrágico, indolores, forma como se apresentaram na admissão hospitalar, sem outras alterações ao exame físico. Hemograma, bioquímica, coagulograma e sedimento urinário não apresentaram alterações. A criança evoluiu com dor abdominal e melena, sendo iniciado terapêutica com corticoesteróide e realizada ultrassonografia abdominal: normal. Foi realizada biópsia cutânea das lesões, a qual revelou vasculite aguda do tipo leucocitoclástico, confirmando o diagnóstico de PHS. O escolar apresentou remissão da fase aguda no decorrer de 10 dias, manteve-se normotenso e sem evidência de envolvimento renal e articular, sem outras alterações clínicas e laboratoriais.

**Discussão:** descreveu-se um caso de PHS acometendo um menino, em faixa etária prevalente, após quadro de infecção de vias aéreas superiores, o que condiz com a epidemiologia da doença. Porém, manifestou-se com acometimento cutâneo exuberante e atípico, envolvendo a face, dificultando o diagnóstico, porém com boa evolução.

**Conclusão:** médicos pediatras devem estar atentos as variantes clínicas da PHS, além de enfatizar a importância da biópsia cutânea como ferramenta de auxílio diagnóstico, uma vez que o exato diagnóstico precoce conduz à intervenção imediata, evitando complicações.



## P.60 - NEVO DE OTA OU MANCHA MONGÓLICA?

MARIANA GASPAR MENDONÇA; MOACIR BATISTA DE CAMPOS NETO; TÂNIA BERNADETE CAMPOS; BETÂNIA BANDARRA COSTA TRINIDADE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFSC

**Introdução:** o Nevo de Ota é um tipo de melanocitose dérmica que envolve preferencialmente o primeiro e segundo ramos do nervo trigêmeo. É mais comum no sexo feminino, em asiáticos e negros. Costuma ser congênito ou apresentar-se na puberdade; em ambos os casos, as lesões persistem. A mancha mongólica ocorre sobretudo em neonatos de raça negra e corresponde a agregados de melanócitos na derme, que se manifestam como máculas ou manchas azul acinzentadas geralmente localizadas em área sacral e em membros superiores.

**Descrição:** neonato de 25 dias de idade cronológica, nascido de parto vaginal com Capurro de 30 semanas + 1 dia, com apgar de 7 no primeiro minuto e de 8 no quinto, com peso de nascimento de 1310 gramas, interna na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal por prematuridade. Com 20 dias de vida foi notada a presença de mancha de coloração azul-acinzentada em região frontal da face bem como coloração azulada de conjuntiva ocular bilateral. Sem nenhuma outra região com esta coloração. Aventada a hipótese de mancha mongólica foi solicitado parecer para a Dermatologista Pediátrica que diagnosticou a alteração cutânea como Nevo de Ota.

**Discussão:** o nevo de Ota difere da mancha mongólica clinicamente pelo aspecto manchado e não uniforme, podendo afetar conjuntiva e mucosas. O nevo de Ota deve ser seguido com exames oftalmológicos e dermatológicos anuais. As complicações compreendem envolvimento do sistema nervoso central, glaucoma, perda auditiva neurossensorial e melanoma. O tratamento envolve laser e terapia de luz com bons resultados.

**Conclusão:** o conhecimento das alterações cutâneas do recém-nascido para os pediatras é extremamente importante para o diagnóstico diferencial, bem como para as orientações de benignidade aos pais e o seguimento ambulatorial.

## P.61 - RASH PURPÚRICO E FEBRE - QUAL SEU DIAGNÓSTICO?

LUCAS ROLIM VALONI; LUÍSA ARIAS ZENDIM; MARCELLA MARIA VILLELA; MARIA ALICE ZÁRATE NISSEL; MARIANA SANCHEZ MALAGUTTI; MARINA CAPIVERDE KELLER; RUBENS CAT; VÂNIA OLIVEIRA DE CARVALHO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

**Introdução:** a infecção pelo Parvovírus B19 Humano (B19V), também conhecida como eritema Infeccioso ou “quinta doença”, acomete crianças com idade inferior a 15 anos e tem seu pico de incidência entre o inverno e a primavera. A apresentação clínica é variada e inclui manifestações cutâneas e sistêmicas, como o aspecto de “face esbofetada”, a “síndrome de luvas e meias” e artropatias.

**Descrição:** paciente masculino de 13 anos, previamente hígido apresentou febre, náusea e vômitos, seguidos pelo aparecimento de lesões pápulo-purpúricas pruriginosas em membros inferiores com disseminação para tronco, face (pouco acometida), membros superiores, região palato-faríngea e palmo plantar. As sorologias para citomegalovírus, toxoplasmose, rubéola e HIV não foram reagentes. Entretanto, foi positiva a investigação de anticorpo IgM contra B19V. Em oito dias, houve remissão completa dos sintomas e o paciente recebeu alta.

**Discussão:** as manifestações da infecção por B19V são variáveis, na dependência da idade e do perfil imunológico e hematológico do infectado. Em crianças imunocompetentes, o mais esperado seria a sua apresentação assintomática ou como eritema infeccioso, em que o pródromo inespecífico é seguido por um rash facial (“face esbofetada”), que se dissemina para pescoço, tronco e superfícies extensoras dos membros com aspecto maculopapular rendilhado. Contudo, B19V é responsável por aproximadamente 5 dos casos de rash atípico – como o do paciente aqui relatado, que apresentou um rash purpúrico com início nos membros inferiores e com progressão para tronco, membros superiores e face, que foi pouco acometida.

**Conclusão:** infecção por B19V é um importante diagnóstico diferencial a ser considerado em pacientes pediátricos com queixa de rash cutâneo, mesmo diante de manifestações atípicas.



## P.62 - CÚTIS MARMORATA TELANGIECTÁSICA CONGÊNITA - UM RELATO DE CASO

ANNA KAROLYNA CANTANHEDE AZEVEDO; LEONARDO BEZERRA DE FREITAS NETO; PRISCILA DE OLIVEIRA REZENDE SOARES; BENEDITA MARIA FERREIRA BARROS REIS; CAMILA GINDRI DE CARVALHO BENEDET; CLAUDIA BECKERT NOVAIS; ANDREA DAMBROSKI SILVA; NATHÁLIA SAMPAIO MARQUES

ISM - INSTITUTO SUPERIOR DE MEDICINA

**Introdução:** a cútis marmorata telangiectásica congênita (CMT) é uma anomalia vascular congênita rara caracterizada por padrão reticular livedóide purpúrico com telangiectasias, sendo importante o diagnóstico diferencial com a cútis marmorata fisiológica, pois podem ocorrer manifestações cutâneas e sistêmicas.

**Relato do caso:** paciente feminino, branca, nascida de parto cesáreo devido DHEG, a termo, sem intercorrências. Mãe G1Pc1A0, pré-natal regular e sorologias negativas. Ao nascimento observado manchas violáceas lineares de padrão reticular em todo corpo poupando face. Mãe da paciente veio em consulta médica aos 2 meses de idade referindo que após o parto foi dado o parecer médico de padrão fisiológico de lesões em pele, porém com evolução estável desde então, sem melhora. Ao exame físico: presença de máculas violáceas de padrão reticular em região de abdome inferior, ambos membros inferiores e superiores, poupando face e tórax, edema maleolar à esquerda e piora das lesões à exposição ao frio. Lesão isquêmica em região de membro inferior esquerdo. Membros simétricos. Aos 5 meses de idade houve atenuação de lesões em regiões de MMSS e abdome inferior.

**Discussão:** a CMT possui etiologia desconhecida, caracterizada por padrão mosqueado reticulado macular cutâneo mais extenso e persistente do que a cútis marmórea fisiológica, podendo ocorrer ulceração cutânea e cicatrização atrófica. A forma generalizada é menos comum porém possível, podendo-se observar lesões neurológicas, vasculares, oculares e ortopédicas. Com a idade geralmente há involução do quadro e o manejo voltado para o acompanhamento das lesões e investigação de possíveis lesões sistêmicas. No caso descrito foi realizada investigação com exames laboratoriais, ultrassom abdominal e transfontanela sem alterações. Foi encaminhada para o médico vascular devido edema maleolar e lesão isquêmica em membro inferior esquerdo.

**Conclusão:** neste trabalho foi relatado um caso de CMT de diagnóstico pós-natal tardio. Apesar de rara e semelhante à uma condição fisiológica, o diagnóstico da doença é basicamente clínico, notado logo ao nascimento ou após as primeiras horas de vida. Apesar da benignidade da patologia e da involução espontânea das lesões, deve sempre ser um diagnóstico diferencial na avaliação clínica completa do paciente devido as possíveis complicações extracutâneas.

## P.63 - AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE DA ARCTIUM LAPPA EM MODELO DE INFLAMAÇÃO CUTÂNEA

MARIANA RIE HAYASHIDA; NATHÁLIA NAKASE MIZOGUTI; MICHELY MIKA HIROTA; FERNANDA YUKI ITO; PRISCILA LÚCIA PAWLOSKI; DANIELA DE ALMEIDA CABRINI; MICHEL FLEITH OTUKI

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

**Introdução:** as comorbidades dermatológicas frequentemente acometem a população pediátrica, porém, o tratamento nem sempre é satisfatório. Com isso, buscar novas opções terapêuticas é fundamental. A Arctium lappa, popularmente conhecida como Bardana, surge como uma nova possibilidade terapêutica. Seu uso popular como anti-inflamatório é expressivo e aprovado pela ANVISA, todavia, sua eficácia terapêutica nunca foi comprovada por pesquisa científica rigorosa.

**Objetivo:** avaliar a atividade anti-inflamatória da Arctium lappa em modelo de inflamação cutânea aguda. Métodos: O modelo de inflamação cutânea foi realizado pela aplicação tópica de TPA na orelha dos camundongos. Os animais foram divididos em 6 grupos: Naive, TPA, três preparações de Chá de Bardana (Infusão 3'; Decocção 3'; Decocção 5') e Dexametasona (3mg/kg - controle positivo). A administração do tratamento ocorreu 1 hora antes e 3 horas após a aplicação do TPA. A espessura da orelha foi avaliada 6 e 24 horas após a indução do processo inflamatório. A atividade da Mieloperoxidase (MPO) e a análise histológica foram realizadas com as amostras coletadas das orelhas dos animais eutanasiados após 24 horas.

**Resultados:** os animais tratados com chá de Bardana apresentaram diferença significativa quando comparados com o grupo TPA na avaliação do edema de orelha e na atividade da enzima MPO, demonstrando que o chá da Bardana modifica os parâmetros inflamatórios de edema e de aumento da atividade da enzima indicadora de infiltrado leucocitário nos tecidos inflamados. Os dados obtidos foram confirmados através da histologia.

**Conclusão:** os resultados obtidos demonstram o efeito anti-inflamatório da Arctium lappa na inflamação cutânea induzida pelo TPA. Com a utilização popular já validada pela ANVISA, a facilidade de administração, a eficácia e o baixo custo, a Bardana torna-se uma interessante ferramenta terapêutica em quadros de inflamação cutânea, inclusive pediátrica. Estudos adicionais são necessários para elucidação dos possíveis mecanismos de ação e garantia da segurança.



## P.64 - PROTEINOSE LIPÓIDE: RELATO DE CASO

JULIANA SABOIA FONTENELE E SILVA; ANA CARLA BORGES DE OLIVEIRA SERAFIM; FLAVIANE RABELO SIQUEIRA; TATIANY GUIMARÃES NOGUEIRA GONÇALVES; JEANE DA SILVA ROCHA MARTINS; MARIA LUIZA ABREU CURTI; MARIANA GRAÇA COUTO MIZIARA

HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR

**Introdução:** a Proteínose Lipóide (PL) é genodermatose rara de herança autossômica recessiva, caracterizada pela infiltração progressiva de material hialino na pele, mucosas e órgãos internos, com aumento da deposição do colágeno do tipo IV e redução do tipo I.

**Descrição do caso:** KAMS, 7 anos, desde 1 ano de idade apresentava lesões bolhosas efêmeras que regrediam deixando cicatrizes atróficas profundas em face, ombros, axilas e nádegas, além de lesões na mucosa oral e rouquidão. Apresentava piodermites de repetição, conferindo às regiões acometidas aspecto fibroso e hiperkeratótico, além de crostas hemáticas no couro cabeludo e áreas de alopecia. Fez uso de vários antibióticos, pomadas e anti-histamínicos, sem melhora. Acompanhava com Alergia, otorrino. Realizada biópsia cutânea constatou-se depósitos hialinos e eosinofílicos que se coram pelo PAS sugestivo de PL.

**Discussão:** na PL a pele é classicamente afetada podendo exibir pápulas e nódulos amarelados, espessamento generalizado, hiperqueratose com formação de lesões verrucosas em áreas de fricção como mãos, cotovelos, joelhos, nádegas e axilas. Durante a infância a fragilidade cutânea resulta na formação de bolhas e cicatrizes raramente hipertróficas ou queloidianas, porém com tendência a formação de cicatrizes hipocrômicas e/ou atróficas (cicatrizes varioliformes). As alterações de fâneros mais comuns são alopecia no couro cabeludo e área de rarefação dos pelos. A deposição de material hialino nas cordas vocais pode levar a rouquidão ou afonia precoce. A língua geralmente está encurtada pelo espessamento do freio sublingual. Do ponto de vista oftalmológico, a alteração mais característica é a blefarose moniliforme. Sintomas neurológicos como epilepsia ou distúrbios neuropsiquiátricos também são relatados.

**Conclusão:** apesar de rara a PL é doença de envolvimento multisistêmico, potencialmente fatal, e que pode levar a importante prejuízo na qualidade de vida dos pacientes. Destaca-se a importância do seu conhecimento, no intuito de favorecer o diagnóstico precoce e um adequado aconselhamento genético.

## P.65 - DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DE SARNA NORUEGUESA EM PACIENTE PEDIÁTRICO

ANA CARLA BORGES DE OLIVEIRA SERAFIM; MARIANA GRAÇA COUTO MIZIARA; FLAVIANE RABELO SIQUEIRA; TATIANY GUIMARÃES NOGUEIRA GONÇALVES; JEANE DA SILVA ROCHA MARTINS; MARIA LUIZA ABREU CURTI; JULIANA SABOIA FONTENELE E SILVA

HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR

**Introdução:** a sarna norueguesa (SN) ou sarna crostosa é uma forma rara e grave de infestação pelo *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*, caracterizada por um grande número de parasitas na pele. A SN é comumente vista em pacientes imunocomprometidos e em tratamento com imunossupressores e corticosteroides. A falência de resposta do sistema imunológico, em particular da imunidade mediada por células, tem sido considerada na patogênese da doença.

**Descrição do caso:** CMA, 12 anos, com história pregressa de pneumonias graves e consequente dependência de oxigênio, vive em condições sócio econômicas precárias, coabitando com 10 pessoas. No momento em investigação de imunodeficiência primária. Apresentou escabiose há 21 meses, sendo tratada com permetrina. Cinco meses depois apresentou lesões descamativas com prurido intenso, sendo aventada novamente hipótese de escabiose e tratado com ivermectina dose única. Evoluiu com crostosas, espessas, acinzentadas, descamativas e ultrapassam o círculo de Hebra, acometendo couro cabeludo, palmas, regiões plantar e subungueal por 4 meses quando foi novamente diagnosticada com escabiose e tratada com benzoato de benzila. Realizada biópsia com resultado de escabiose crostosa. Iniciado então ivermectina para toda família, repetido com 7 e 14 dias e higiene ambiental adequada. Após tais medidas teve regressão completa das lesões em menos de 30 dias.

**Discussão:** na SN há milhares de parasitas e escavações de maior dimensão que o sulco escabiótico classicamente descrito. A riqueza de parasitas nessa forma de infestação pode ser evidenciada com o auxílio da dermatoscopia. A boa resposta terapêutica observada na clínica foi concomitante à melhora dos padrões de escabiose com diminuição do número de parasitas ao exame dermatoscópico.

**Conclusão:** a SN em pacientes imunodeprimidos pode apresentar sintomas mais exuberantes e intensos podendo levar a dificuldade diagnóstica, ressaltando-se a importância do achado e descrição do caso.





## P.66 - RELATO DE CASO DE EPIDERMÓLISE BOLHOSA NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

MILENA DE SÁ; DANIELA NOBRE; JANISON SANTOS; FLÁVIA SANTOS; RICARDO RIBERA; GIOVANNY CABEZAS; HERMES GOMES; ANA SARA CRUZ; PEDRO KREDENS; TERESA SANTOS

HOSPITAL DA CRIANÇA

**Introdução:** a epidermólise bolhosa (EB) congênita é uma doença rara, que se caracteriza por um grupo de desordens cutâneas descritas pela formação de bolhas após mínimo trauma. A herança é autossômica dominante, todavia casos de herança autossômica recessiva já foram descritos. Existem três tipos de EB classificados de acordo com o nível histológico de formação da bolha: EB simples, EB juncional, EB distrófica e Síndrome de Kindler. A certeza diagnóstica, no entanto, só pode ser feita através de biópsia cutânea e exame de imunofluorescência ou microscopia eletrônica, sendo este último o padrão ouro.

**Descrição do caso:** Y.S.P, sexo feminino, 3 meses, admitida no Hospital Público da Amazônia Ocidental, com febre aferida 38°C, palidez, hiporexia e taquicardia há 3 dias antes da admissão. Genitores relatam lesões bolhosas espontâneas de aspecto serosa evoluindo para crostas, em mãos e orelhas desde o nascimento, com piora a manipulação, estendendo-se para demais regiões. Realizado biópsia cutânea, a qual evidenciou: EB. Apresentava-se em regular estado geral, chorosa, taquicardica e pálida. Lesões bolhosas, de aspecto seroso e eritematosas em face, tórax e membros. Evoluiu com desidratação, anemia grave e sepse, sendo então encaminhada para terapia intensiva, entretanto foi a óbito no quarto dia de internação.

**Discussão:** de acordo com a Debra Brasil, uma associação nacional sem fins lucrativos de cunho informativo sobre a EB, existem cerca de 600 portadores de EB em todo o país. O diagnóstico precoce proporciona uma melhor qualidade de vida para a criança, que deve ser acompanhada por equipe multidisciplinar, visto que o tratamento geralmente é suportivo e é a base da terapêutica.

**Conclusão:** a EB é de alto impacto na vida do paciente e de sua família, seja devido a dor física, ao sofrimento emocional ou impacto econômico. As novas perspectivas terapêuticas incluem a engenharia genética com uso de células-tronco.

## P.67 - EPIDERMÓLISE BOLHOSA LOCALIZADA DE DIAGNÓSTICO TARDIO: UM RELATO DE CASO

CLÁUDIA DIZIOLI FRANCO BUENO; BRENO AUGUSTO FREIRE DE SOUSA; LARISSA MENEZ AMORIM; DYANA MELKYS BORGES DA SILVA; LORENA DOS REIS RABELO; VICTÓRIA MOREIRA GOMES; ALINE PEREIRA CARDOSO; LUCAS FRANCO CARVALHO; ARTHUR FERNANDES FARIAS; MARIA ANGÉLICA CARNEIRO DA CUNHA

UEPA

**Introdução:** a epidermólise bolhosa constitui-se como uma dermatose rara de cunho hereditário, cuja a apresentação clínica baseia-se no surgimento de bolhas em pele e mucosas ao menor trauma mecânico, calor ou sem causa aparente. Devido aos padrões hereditários diferentes da doença, além das manifestações cutâneas podem aparecer alterações extracutâneas, como manifestações estomatológicas. Por ser um caso diferenciado, mediante à gravidade desta genodermatose e repercussão à vida da paciente, objetivou-se relatá-lo.

**Descrição do caso:** IKTS, 10 anos, estudante, feminino, parda, natural de Marabá - Pará. Paciente nascida a termo, parto cesariano, nasceu sem anormalidades no tegumento. Há cerca de 3 anos iniciou um quadro recorrente de bolhas em pés e mãos associado ao trauma local. Apresentava ainda aftas orais. Após ter sido avaliado por diversos profissionais, com os mais diferentes diagnósticos diferenciais, foi realizado biópsia incisional em lesão bolhosa de pé, sendo evidenciado Bolha Intraepidérmica. Introduzido então, corticoide, com melhora clínica. Hoje apresenta apenas cicatrizes nos locais das lesões prévias, em sua maioria, acastanhadas, coexistindo com algumas atróficas, além de pequenas bolhas em dorso dos pés que melhoram quando faz uso de calçados adequados.

**Discussão:** o caso chama atenção pela demora no diagnóstico. Outro ponto a ser destacado na paciente, é o aparecimento tardio da doença, que costuma surgir nos 2 primeiros anos de vida.

**Conclusão:** as doenças bolhosas hereditárias, como a Epidermólise Bolhosa Localizada, merecem atenção dos profissionais da saúde. Seu diagnóstico precoce é fundamental na prevenção de cicatrizes e melhora da qualidade de vida dos pacientes.



## P.68 - LESÕES UNGUEAIS

MARIANA CANATO; DANIELLE ARAKE ZANATTA; NARA FROTA ANDRÉ; IWYNA FRANÇA SOUZA GOMES VIAL; MARJORIE UBER; RENATA ROBLIMOTO; VÂNIA OLIVEIRA DE CARVALHO  
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

**Objetivo:** apresentar aos congressistas diagnósticos diferenciais de alterações ungueais na infância de forma interativa.

**Métodos:** sob forma de pôster, serão apresentadas imagens de diagnósticos diferenciais de lesões ungueais em crianças. O diagnóstico permanecerá oculto e, de acordo com a aparência das lesões e breve história clínica, os participantes poderão opinar sobre a hipótese diagnóstica.

**Resultados:** Líquen plano - Caracteriza-se por opacidade, adelgaçamento da lâmina ungueal e formação de estrias longitudinais. Em casos crônicos há lesão cicatricial com a formação de pterígio ou anoníquia. Pode preceder as alterações cutâneas da doença ou ocorrer isoladamente. O tratamento é realizado com corticóides tópicos de alta potência sob oclusão. Onicomiose - Infecção ungueal por dermatófitos, especialmente *Trichophyton rubrum*. Ocasionalmente espessamento, porosidade e amarelamento da lâmina ungueal. O diagnóstico é confirmado por cultura de fungos e, em geral, o tratamento é sistêmico uma vez que a medicação tópica penetra pouco. Exostose subungueal - Tumoração óssea benigna (osteochondroma) que, primordialmente, ocorre na falange distal do primeiro pododáctilo. Ocasionalmente causa dor à palpação e leva a um deslocamento vertical da lâmina ungueal e, por vezes, descolamento. O exame radiológico confirma o diagnóstico e o tratamento é cirúrgico com curetagem da lesão. Psoríase - Caracteriza-se por onicodistrofia, pittings e onicolise. Como as alterações não são específicas da doença, o diagnóstico pode ser desafiador, portanto, a anamnese detalhada e a presença concomitante de lesões cutâneas permitem a confirmação do diagnóstico.

**Conclusão:** a anamnese e o reconhecimento do aspecto da unha em cada doença são fundamentais para o correto diagnóstico e tratamento das alterações ungueais.

## P.69 - PSORÍASE, ALTERAÇÕES MUSCULOESQUELÉTICAS E QUALIDADE DE VIDA

THAÍSCUGLER MENEGHETTI; THAIS MAYUMI HONDA PADILHA; VÂNIA OLIVEIRA DE CARVALHO  
UFPR

**Objetivo:** determinar a frequência de entesite e tender points da fibromialgia em crianças e adolescentes com psoríase e correlacioná-la com a gravidade da psoríase e qualidade de vida (QV).

**Método:** estudo transversal prospectivo com portadores de psoríase entre 2 e 16 anos. Foi realizada entrevista direcionada a manifestações musculoesqueléticas, exame físico de articulações, enteses e tender points por reumatologista pediátrica. A gravidade da psoríase foi avaliada por dermatologista através do Psoriasis Area and Severity Index (PASI), a QV relacionada às lesões cutâneas pelo Children Dermatology Life Quality Index (CDLQI) e QV geral pelo Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL4.0). Fadiga foi avaliada pelo PedsQL módulo fadiga (PedsQLMFS).

**Resultados:** os 26 participantes tiveram idade média de  $10,1 \pm 3$  e 18 (69) eram do sexo feminino. A mediana da idade de início da psoríase foi de 3 anos (0,5 a 12), a mediana do PASI foi de 4 (0,6-30,2) e 10 (38,5) participantes tiveram PASI maior que 5. Seis (23) participantes apresentavam lesões em áreas expostas. A QV avaliada pelo CDLQI foi pior naqueles com lesões em áreas expostas comparada aos pacientes com lesões em áreas cobertas (mediana de 11,5 versus 1;  $p < 0,01$ ), dado semelhante foi observado no PedsQL 4.0. Queixa de dor musculoesquelética recorrente foi encontrada em 12 (46,1) pacientes e entesite em 3 (11,5) pacientes. Participantes com mais de 11 tender points tiveram piores escores de PedsQLMFS (total  $p < 0,01$ ; físico  $p < 0,04$ ; sono  $p < 0,003$ ; mental  $p < 0,03$ ).

**Conclusão:** crianças e adolescentes apresentam alta frequência de manifestações reumatológicas associadas a psoríase, causando impacto negativo nos escores de fadiga. Aqueles com maior gravidade da doença cutânea têm maior prejuízo da QV, corroborando achados da literatura. O cuidado multidimensional das crianças e adolescentes com psoríase em Serviços de Dermatologia deve incluir avaliação objetiva da QV e de queixas musculoesqueléticas.



## P.70 - TINEA INCÓGNITA, UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

ANA PAULA DE SANTANA; MARCELO HENRIQUE MENEZES; RODRIGO CESAR MENEZES; YASMIN PUGLIESI; LUCIANE PRADO SILVA TAVARES

UNIRG; UFT; FAMERV; HOSPITAL GERAL DE PALMAS

**Introdução:** Tinea incógnita (TI) é uma dermatofitose decorrente do uso inadequado de corticóides tópicos ou sistêmicos e imunomoduladores. É particular desta a alteração das características iniciais da tinea, mascarando-a. A doença tem evolução lenta, devido ao uso de imunossuppressores e, por conseguinte, o diagnóstico costuma ser tardio.

**Descrição do caso:** paciente 10 anos, feminina, estudante. Relata o aparecimento há 2 meses de lesão macular em face, inicialmente eritematosa em vespertilho, evoluindo para placas com bordas micropapulosas, descamativas, circinadas, localizadas em dorso nasal, malar e ombro direito. Discreto prurido associado, com piora dos sintomas ao contato com piscina. Tratada com Amoxicilina oral, Ácido Fusídico com Valerato de Betametasona tópico e Tacrolimus 0,03, devido suspeita de impetigo, com melhora parcial. Fez uso das medicações de forma intermitente, com recidiva dos sintomas nas pausas. Ao exame dermatológico, apresentava hipocromia pós-inflamatória de permeio às lesões. Suspeita diagnóstica de Tinea incógnita pelo uso de imunomoduladores tópicos. Suspenso todas as medicações e realizado exame micológico direto com evidência de hifas septadas. Microcultura com macroconídios fusiformes, multiseptados, extremidades afiladas, com mais de 6 células internas. Iniciado tratamento com Griseofulvina 15mg/kg e Isoconazol tópico, com resolução completa das lesões.

**Discussão do caso:** Tinea é uma infecção fúngica causada por dermatófitos cuja clínica caracteriza-se por máculas de bordas eritematodescamativas, de crescimento centrífugo e hipocromia central. Todavia, o tratamento inadequado modifica as lesões, disfarçando principalmente o eritema e a infiltração. O desafio diagnóstico se deve à similaridade com outras doenças como eczema seborreico, psoríase ou mesmo, impetigo. Contudo, para diferenciá-las, é necessário realizar exame micológico direto e cultura.

**Conclusão:** ao deparar-se com uma história clínica atípica, de evolução arrastada, com períodos cíclicos de remissão e recidiva durante os períodos de tratamento, é preciso atentar-se para o diagnóstico de TI. Pois, essa, tem apresentação atípica e representa uma afecção de difícil diagnóstico.

## P.71 - DOENÇA DA ARRANHADURA DO GATO E LINFADENOMEGALIA: QUANDO SUSPEITAR?

ADRIANA HERNANDEZ MARQUES; ANGELA BERTOLDO; EDUARDO AUGUSTUS MALINOWSKI; GIOVANNA LIMA DE OLIVEIRA; THAÍS SILVA LOURENÇO; LUIS FERNANDO MATOSO MENDES; TONY TAHAN; JULIANA GOMES LOYOLA PRESA

UFPR

**Introdução:** a doença da arranhadura do gato (DAG), é causada pelo coco-bacilo gram negativo *Bartonella henselae*, observada em crianças após arranhadura ou mordida de felino e cursa com linfadenomegalia regional. Clinicamente é um quadro infeccioso subagudo com linfadenopatia de evolução progressiva, requer análise detalhada da história clínica e exames complementares. Por se tratar de uma linfadenopatia infecciosa, pode progredir com a formação de abscesso.

**Descrição do caso:** menino de 11 anos, atendido em serviço de emergência pediátrico terciário, queixa de febre há 7 dias e surgimento de nódulos em membro superior esquerdo. Já havia sido atendido em serviço pediátrico e submetido a internamento hospitalar, sem melhora. Ao exame, foi observada linfonomegalia em regiões epitroclear, axilar e supraclavicular esquerdas. Em dorso de mão esquerda presença de lesão cicatricial, linear, segundo a mãe, resultado de uma arranhadura de gato 1 mês antes do início dos sintomas. Medicado com Azitromicina via oral, houve melhora dos linfonodos axilar e supraclavicular. Na evolução, houve linfadenopatia supurativa em linfonodo epitroclear e necessidade de drenagem do abscesso. Não foi possível a confirmação laboratorial da DAG, pela impossibilidade do laboratório realizar a pesquisa do bacilo.

**Discussão/conclusão:** as características clínicas da DAG são típicas, cursam com linfadenomegalia regional, sinais e sintomas inespecíficos secundários a arranhadura ou mordedura de gato. No caso descrito, apesar da história sugestiva, houve dificuldade diagnóstica, e a necessidade de atendimento em serviço terciário. A confirmação laboratorial nem sempre é possível de ser feita. Na evolução houve uma complicação incomum (10-15 dos casos) e necessidade de abordagem cirúrgica em linfonodos epitrocleares supurados. O caso se faz digno de nota para relembrar a comunidade médica sobre a importância do reconhecimento do quadro clínico da DAG, assegurando deste modo melhor atendimento do paciente pediátrico.



## P.72 - SÍNDROME DE BUSCHKE-OLLENDORFF: UM RELATO DE CASO

ANA CARLA BORGES DE OLIVEIRA SERAFIM; DIVA MARIA PREVITERA PASSOS DE SOUZA; ADRIANA MARIA DA SILVA SERRA; FLAVIANE RABELO SIQUEIRA; TATIANY GUIMARÃES NOGUEIRA; JULIANA SABOIA FONTENELE E SILVA; MARIA LUIZA ABREU CURTI; MARIANA GRAÇA COUTO MIZIARA; JEANE DA SILVA ROCHA MARTINS

HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR

**Introdução:** a Síndrome de Buschke-Ollendorff (SBO) é caracterizada por osteopoiquilose associada a lesões cutâneas, causada por mutação no gene LEMD3. A incidência atual é de cerca 1 para 20.000.

**Descrição do caso:** AJCS, 3 anos, apresenta há 2 anos lesão endurecida em coxa direita, que iniciou na região proximal e vem evoluindo atualmente acomete quase toda extensão da coxa, e pele tem aspecto "em casca de laranja". Não há alteração da marcha, dor a palpação, nem alteração da coloração. Realizada biópsia cutânea laudo compatível com nevo lipomatoso (lesão fusocelular colagenizada dérmica com lóbulos de adipócitos de permeio) e imunohistoquímica negativa para Fator XIIIa da coagulação, CD34 e Actina de músculo liso. Radiografia de mãos, pés e bacia sem alterações. Irmão da paciente de 12 anos apresenta lesão semelhante no dorso, em investigação.

**Discussão:** a associação de nevos conjuntivos com osteopoiquilose caracteriza a SBO. A histopatologia mostra aumento do tecido conjuntivo, sem demarcação precisa da pele normal, não havendo processo inflamatório. Esse aumento é geralmente às custas de fibras elásticas, caracterizando nevo conjuntivo elástico. As lesões cutâneas são pequenas, assintomáticas e não necessitam intervenções. A região dorsal, nádegas e pernas são as mais acometidas. Geralmente se inicia na infância. A osteopoiquilose é muitas vezes achado casual de exame radiológico, geralmente é assintomática e tem bom prognóstico. Ossos da mãos e pés são os melhores locais para investigar osteopoiquilose na SBO.

**Conclusão:** a SBO é enfermidade rara, geralmente benigna. Lesões cutâneas são observadas em aproximadamente 24 dos casos e lesões ósseas em 20. Porém, em crianças abaixo de 8 anos a incidência de lesão cutânea aumenta para 100 e a de lesões ósseas diminui. No caso descrito há lesões características, sem acometimento ósseo, o que pode ser explicado pela baixa idade da paciente.

## P.73 - EPIDERMODISPLASIA VERRUCIFORME EM PACIENTE COM IMUNODEFICIÊNCIA

FLAVIANE RABELO SIQUEIRA; DIVA MARIA PREVITERA PASSOS DE SOUZA; ADRIANA MARIA DA SILVA SERRA; ANA CARLA BORGES DE OLIVEIRA SERAFIM; TATIANY GUIMARÃES NOGUEIRA; JULIANA SABOIA FONTENELE E SILVA; MARIA LUIZA ABREU CURTI; MARIANA GRAÇA COUTO MIZIARA; JEANE DA SILVA ROCHA MARTINS

HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR

**Introdução:** Epidermodisplasia verruciforme (EV) é uma genodermatose rara, considerada de herança autossômica recessiva, caracterizada por susceptibilidade a infecções por papiloma vírus humano (HPV), devido a defeito na imunidade celular.

**Descrição do caso:** paciente feminina, 14 anos, portadora de imunodeficiência primária - deficiência funcional de anticorpos, apresentava manchas hipocrômicas descamativas não-pruriginosas na face desde os 8 anos de idade, não responsiva a diversos tratamentos para pitíriase versicolor com anti-fúngico tópico. Em avaliação na Dermatologia persistia com máculas hipocrômicas na face, região cervical, ombros, verrugas planas nos joelhos e pés. Sorologia para HIV negativa. Biópsia de pele mostrou epiderme com focos de displasia em toda espessura, com maturação irregular de ceratinócitos, anisocariose, cariomegalia, hiperchromia nuclear, apoptose individual e figuras mitóticas, células de núcleos megálicos, contornos irregulares, com halos claros perinucleares, nas camadas mais superficiais da epiderme. Muitas das células têm citoplasma amplo, anofílico e granular, agrupando-se sob a porção granulosa da epiderme. Pleomorfismo celular compatível com EV. Iniciado uso de imiquimode tópico e fotoproteção, com melhora parcial das lesões.

**Discussão:** o quadro clínico de EV se inicia na infância ou puberdade. Apresenta-se com lesões semelhantes a verrugas planas, máculas ou pápulas eritematosas e/ou hipocrômicas, pitíriase versicolor like e até ceratose actínica like, acometendo toda a superfície cutânea e o períneo. Há risco de malignidade em aproximadamente 30 dos casos, mais comumente entre a terceira e quarta décadas de vida, principalmente em áreas fotoexpostas, sendo o carcinoma espinocelular o tipo mais frequente.

**Conclusão:** apesar dos imunodeficientes apresentarem mais infecções pelos vírus HPVs, existem poucos relatos na literatura de EV no paciente com imunodeficiência. Isso se explica, pois a EV é consequência de uma deficiência celular específica à infecção por tipos determinados de HPV (HPVs 3 e 10 e os beta-HPVs).



## P.74 - NEVO MELANOCÍTICO CONGÊNITO GIGANTE - UM RELATO DE CASO

QUÉZIA MENDONÇA DA SILVA; SARA SANTOS MOREIRA; PRISCILA PINHEIRO RIBEIRO LYRA; MORGANA PORTO MAGALHÃES; LEANDRA CHAVES SILVA BARROS

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGAR SANTOS; UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA; FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

**Introdução:** Nevos melanocíticos congênitos gigantes são lesões cutâneas pigmentadas, resultantes da proliferação anormal de melanócitos em localização ectópica, apresentando-se ao nascimento e que atingem, no mínimo, 20 cm de diâmetro na vida adulta. São raros, com incidência entre 1:20.000 a 1:500.000 nascidos vivos, se associam à possibilidade de ocorrência de graves complicações - melanoma, melanose neurocutânea e impacto psicossocial para pacientes e familiares. Possui diagnóstico eminentemente clínico, com apresentações variáveis que requerem condutas individualizadas. Opções terapêuticas incluem: procedimentos cirúrgicos ou não, acompanhamento clínico/psicológico regulares.

**Descrição do caso:** recém-nascida, feminino, nascida a termo, sem necessidade de manobras de reanimação em sala de parto. Apresentava, ao nascimento, placas melanocíticas acometendo tronco, dorso, membros, face e couro cabeludo; com bordas bem definidas; pápulas, nódulos e tumorações dispersas, algumas exulceradas. Lanugem em nádegas e membros superiores, e hipertricose em região lombossacra. A investigação de complicações incluiu equipe multidisciplinar (Pediatria, Dermatologia, Cirurgia Plástica, Genética, Neuropediatria e Psicologia) e biópsia das lesões nodulares (índice mitótico aumentado em lesão de tronco); Ultrassonografia transfontanela (cisto em plexo coróide à esquerda); Ressonância magnética de encéfalo e coluna lombossacra, Eletroencefalograma, Fundoscopia, pesquisa de malformações associadas e sorologias: sem alterações. Excisão cirúrgica da lesão foi contraindicada, por sua grande extensão. Mantido acompanhamento clínico para avaliação da evolução.

**Discussão:** Nevos melanocíticos gigantes requerem preocupação adicional pelas complicações associadas que determinam, além da qualidade, a própria expectativa de vida do paciente. Características histológicas e embrionárias os tornam mais suscetíveis ao desenvolvimento de melanoma e melanose neurocutânea, respectivamente. Aspectos da lesão e presença de lesões satélites são fatores de risco para o desenvolvimento destas complicações, e o seguimento adequado possibilita sua identificação precoce.

**Conclusão:** a singularidade do presente caso é constatada pela raridade e riscos associados à condição, fazendo necessário acompanhamento regular e investigação complementar para identificação precoce de complicações, possibilitando as intervenções necessárias.

## P.75 - RELATO DE CASO: PITIRÍASE LIQUENÓIDE VARIOLIFORME AGUDA

BEATRIZ RODRIGUES VERONA; TATIANA SCHAPIRO VEIGA; RAFAELLA AZEVEDO DEGANI; MARIA FERNANDA MUNDO; KARINA RAMOS PONZETO; MARIA CAROLINA PEREIRA DA ROCHA

PUC-SP

**Introdução:** a Pitiríase Liquenóide é uma patologia pouco frequente, caracterizada por lesões polimórficas que variam em gravidade e curso clínico. O foco desse caso será em torno da forma aguda da Pitiríase Liquenóide, que é a Pitiríase Liquenóide Varioliforme Aguda (PLEVA), cujas lesões e sintomas são característicos. Outras formas de apresentação da doença incluem a Pitiríase Liquenóide Crônica (PLC) e uma variante ulceronecrotica febril, a doença de Mucha-Habermann (FUMHD).

**Objetivos:** relatar um caso clínico de PLEVA e enriquecer a literatura sobre uma doença não totalmente esclarecida. Metodologia: Análise de informações clínicas e resultados de exames realizados em múltiplas instituições.

**Relato de Caso:** N.F.A.D., 5 anos, apresentou quadro de lesões máculo-papulares com vesículas em crostas, localizadas em membros superiores, inferiores e tronco. Paciente não apresentava alteração no exame físico, com exceção das lesões. Após múltiplas sorologias realizadas e negativadas, com exceção de um falso-positivo para Chikungunya, foi realizado biópsia de lesão, que constatou PLEVA. Família do paciente optou por não realizar tratamento com imunossupressor devido a múltiplos efeitos colaterais e à PLEVA não oferecer risco à vida.

**Conclusão:** a pitiríase liquenóide é uma doença de etiopatogenia desconhecida, porém, claramente com um mecanismo imunológico envolvido. É notável que ainda existem dúvidas acerca de seu tratamento e prognóstico.



## P.76 - SÍNDROME DE RECONSTITUIÇÃO IMUNE COM DOENÇA POR MICOBACTERIUM BOVIS PÓS TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

IWYNA FRANÇA SOUZA GOMES VIAL; TYANE DE ALMEIDA PINTO; DANIELLE ARAKE ZANATTA; NARA FROTA ANDRÉ; MARIANA CANATO; JOANNA PAULA TRENNEPOHL; ANDREA MACIEL DE OLIVEIRA ROSSONI; SUSANA GIRALDI; KERSTIN TANIGUCHI ABAGGE

HC UFPR

**Introdução:** ainda no primeiro mês de vida, os bebês devem receber a vacina do Bacilo de Calmette-Guérin, a BCG. Além de proteger contra as formas graves de tuberculose, seu efeito adverso é um dos sinais que podem indicar imunodeficiência primária.

**Descrição do caso:** o diagnóstico de imunodeficiência combinada grave (SCID) foi suspeitado quando um lactente, do sexo masculino, primeiro filho de pais consanguíneos, apresentou BCGite, associada a dificuldade no ganho de peso, diarreia crônica após vacina para rotavírus, mais monilíase oral. Apresentava alguns nódulos eritematosos generalizados, entre três e quatro. O esquema RIP foi iniciado para o tratamento da BCGite, mas ao apresentar alterações hepáticas, a Pirazinamida precisou ser suspensa. Com o diagnóstico de SCID confirmado, não havia uma alternativa senão o transplante de medula óssea. Foi mantida a Rifampicina e a Isoniazida até ele ser submetido ao transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH), aos 11 meses de idade. Três semanas após TCTH, com boa resposta, evoluiu com recidiva no local da BCGite, disseminação das lesões nodulares eritematosas, e tosse. Os exames de imagem confirmaram dactilite em mão direita, nódulos pulmonares e linfonodomegalia retroperitoneal. A biópsia de pele confirmou *M. bovis* pela PCR.

**Discussão:** a Síndrome de Reconstituição Imune ocorre quando o sistema imunológico começa a se recuperar, mas responde a uma infecção oportunista adquirida anteriormente com uma exuberante resposta inflamatória que, paradoxalmente, faz com que os sintomas da infecção piorem. O diagnóstico de SIR é sobretudo clínico e de exclusão, uma vez que não existem ainda testes de diagnóstico específicos. Por isso, conhecer a história progressiva do paciente e os sinais e sintomas da SIR é fundamental.

**Conclusão:** corticoides e AINES são os fármacos normalmente utilizados neste caso, proporcionam algum controle do quadro inflamatório. Foi iniciada corticoterapia oral, com melhora gradual, mas significativa dos sintomas.



# DERMAPED<sup>2</sup>