



1^o SIMPÓSIO DE
ENVELHECIMENTO
DA SBD

&

26^a JORNADA
SUL BRASILEIRA
DE DERMATOLOGIA

ANAIS





TRABALHOS DE INVESTIGAÇÃO

AVALIAÇÃO DO CUTANEOUS LYMPHOMA INTERNATIONAL PROGNOSTIC INDEX (CLIPi) EM PACIENTES PORTADORES DE MICOSE FUNGÓIDE EM ESTÁGIO INICIAL

Gustavo Moreira Amorim, João Paulo Niemeyer-Corbellini, Danielle Carvalho Quintella, Tullia Cuzzi, Márcia Ramos-e-Silva

HUCFF/UFRJ - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho UFRJ, UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina, INI-FIOCRUZ - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - Fiocruz

Introdução: Micose fungóide (MF) é o subtipo mais comum de linfoma cutâneo de células T. O estadiamento se faz com sistema TNMB. Este, além de guiar conduta terapêutica, representa o principal fator prognóstico. No sentido de aprimorar a avaliação prognóstica, foi proposto o escore prognóstico chamado cutaneous lymphoma international prognostic index (CLIPi).

Trata-se de um escore prognóstico, proposto por Benton e cols., que utiliza como parâmetros para MF em estágio inicial a idade além de 60 anos, sexo masculino, presença de lesões em placa, foliculotropismo e envolvimento linfonodal N1 (TNMB) **Objetivo:** Avaliar o desempenho do escore CLIPi para análise prognóstica em pacientes com MF em estágio inicial. **Metodologia:** Estudo observacional, transversal, retrospectivo, com análise exploratória, envolvendo portadores de MF em estágio inicial. Foi definido como caso de MF o paciente com: máculas/manchas ou placas, hipocrômicas, eritematosas ou eritemato acobreadas, com diferentes tamanhos, acometendo áreas fotoprotégidas; com evolução de pelo menos 6 meses, de caráter persistente ou progressivo; além de exame histopatológico compatível.

Nesta situação, incluiu-se a presença de infiltrado linfóide ao longo da junção dermo-epidérmica, acompanhado de entrada de linfócitos na epiderme, e atipia linfocitária, definida pelo aumento do tamanho nuclear, além de hiper cromasia e irregularidade do contorno nuclear. Foram excluídos pacientes com: estadiamento maior ou igual a IIA, dados insuficientes nos prontuários, sorologias positivas para HTLV 1/2, diagnóstico de outros linfomas associados e tempo de seguimento menor de 5 anos. As variáveis desfecho foram progressão de doença e óbito relacionado à doença. **Resultados:** 102 pacientes foram estratificados de acordo com o CLIPi score, sendo a maioria classificado em baixo risco (42,2%; risco intermediário: 38,2% e alto risco: 19,6%). Os percentuais de sobrevida em 5 anos não se mostraram coerentes com a estratificação de risco, uma vez que a menor sobrevida foi identificada em pacientes de risco intermediário (89,7% em 5 anos). Pacientes de risco intermediário ou alto foram agregados em um grupo e juntos apresentaram com maior frequência progressão de doença em relação aos de baixo risco (RP: 1,2 / p = 0,049 / IC95%: 1,018 - 1,655). Não houve, no entanto, diferença em relação a frequência de óbito relacionado à doença. Wernham e cols., em 2015 e Sanz-Bueno et al. em 2016 não encontraram diferenças na classificação do escore de CLIPi e o prognóstico dos pacientes estudados. Já Danish et al. em 2016 demonstrou em sua casuística diferenças em termos de sobrevida e sobrevida livre de progressão, corroborando com os achados de Benton e cols. Da mesma forma, Nikolaou et al., também em 2016, encontrou um aumento do risco de mortalidade e de progressão de doença entre pacientes de alto risco segundo o CLIPi score. **Conclusões:** é imprescindível que se avance na avaliação prognóstica dos pacientes com MF, uma vez que um pequeno, porém significativo percentual, mesmo que classificado como estágio inicial, evolui com progressão de doença e prejuízo da sobrevida. Desde a proposição do CLIPi score, quatro outros trabalhos, que puderam ser consultados, apresentaram resultados conflitantes, a semelhança do

presente estudo, de modo que novos estudos são necessários para uma recomendação de sua utilização. Destacamos como limitações do presente estudo o seu caráter retrospectivo e pequena amostra.

Palavras-chaves: Linfoma, Linfoma Cutâneo de Células T, Micoose Fungóide

AVALIAÇÃO DO USO DE SUPLEMENTAÇÃO ORAL COM ÔMEGAS 3-, -6 E -9 EM PELE DE PACIENTES PORTADORES DE ACNE PAPULOPOSTULAR: RESULTADOS PRELIMINARES

Clarissa Prati Bernardi Cogo, Emily Ferreira Salles Pilar, Andre Da Silva Cartell, Cidia Vasconcellos, Adilson Da Costa

PPGCS IAMSPE-UNICID - Curso de Pós-Graduação Ciências Da Saúde IAMSPE/UNICID-SP, PUCRS/HSL - Serviço De Dermatologia Pontificia Universidade Catolica RS, LPE/HCPA - Patologia Experimental Hospital De Clinicas De Porto Alegre, HCPA/UFRGS - Hospital De Clínicas De Porto Alegre UFRGS

INTRODUÇÃO: A secreção das glândulas sebáceas na acne vulgar (AV) é composta por lipídios, com redução de ácidos graxos livres (AGL), especialmente ácido linoleico (AL). Isto desprotege a parede epitelial das agressões por AGL oriundos de hidrólise de triglicerídeos pela lipase do *Propioniumbacterium acnes*. O papel dos receptores celulares mediadores de mecanismos pró inflamatórios tem sido exaustivamente estudado. **OBJETIVO:** Avaliar a influência da suplementação oral à base de ômega 3-, 6- e -9, ricos em AL e derivados, em pacientes com AV, na expressão dos receptores ativados por proliferadores de peroxissoma-gama (PPAR- & #947;), comparados ou em associação ao uso de limeciclina. **METODOLOGIA:** 19 pacientes com acne papulopustulosa foram randomizados em três grupos (tratamento: 90 dias): Grupo A, limeciclina 300mg/dia; Grupo B, ácidos gamalinoleico 540mg, linoleico 510mg e oleico 1200 mg/dia; Grupo C: Grupos A + B. Nas visitas inicial e final, lesões inflamatórias foram submetidas a biópsia para análise imunohistoquímica. As células marcadas com PPAR- & #947; foram analisadas e os resultados agrupados em expressão inexistente (0), fraca (1), média (2) e forte (3) na epiderme, nas glândulas sebáceas e nos folículos pilosos. Os pré e pós tratamento foram comparados, inter- e intra-Grupo, e os dados expressos por mediana. **RESULTADOS:** Houve uma tendência à redução na marcação do epitélio interanexial pelo PPAR- & #947; no Grupo C (mediana: 2,5 antes e 1,5 após o tratamento). **CONCLUSÃO:** Apesar de serem resultados ainda preliminares, o tratamento da acne papulopustular com limeciclina parece ser mais eficaz quando associado à suplementação com AL e derivados.

Palavras-chaves: ACNE PAPULOPUSTULAR, TRATAMENTO, OMEGA-3 -6

CORRELAÇÃO ENTRE AS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOLÓGICAS DE 201 CARCINOMAS BASOCELULARES E O NÚMERO DE ESTÁGIOS EM CIRURGIA DE MOHS

Felipe Bochnia Cerci

HC - UFPR - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Introdução: A cirurgia micrográfica de Mohs é o tratamento mais eficaz para o carcinoma basocelular devido à análise de 100% das margens cirúrgicas. Além disso, preserva tecido sadio

levando a melhores resultados estéticos. Entretanto, tem critérios estabelecidos para sua indicação incluindo localização, tamanho, subtipo histológico, tumores recidivados ou mal delimitados. Objetivos: Correlacionar características clínicas e histológicas do carcinoma basocelular com o número de estágios de cirurgia de Mohs. Metodologia: Estudo retrospectivo de amostra consecutiva de pacientes submetidos a cirurgia de Mohs, operados pelo mesmo dermatologista, entre agosto de 2014 e janeiro de 2018. Todos os dados foram rotineiramente inseridos em uma base de dados (Microsoft Excel®), logo após as cirurgias. Os seguintes dados foram avaliados: idade, gênero, fototipo; localização, tamanho, delimitação e subtipo histológico do tumor (agressivos: micronodular, infiltrativo, esclerodermifome ou basoescamoso; não agressivos – nodular ou superficial), tumores recidivados ou primários e número de estágio de Mohs. Para análise estatística foram realizados teste do qui-quadrado e teste T de student. Resultados: Foram incluídos 201 tumores de 169 pacientes, com média de idade de 60.4 anos (26 a 93). 102 (50.7%) tumores tinham padrão histológico agressivo, 89 (44%) eram mal delimitados, 14 (7%) eram recidivados e 169 (84%) localizavam-se na zona H da face. Subtipos histológicos agressivos, mal delimitação clínica e tumores recorrentes foram associados com dois ou mais estágios da cirurgia de Mohs ($p < 0,05$). Tumores maiores que 2 cm demonstraram uma tendência a maior número de estágios, mas sem significância estatística. Conclusão: Carcinomas basocelulares mal delimitados, recidivados ou de subtipos histológicos agressivos associaram-se a maior número de estágios de cirurgia de Mohs. Tais dados são importantes para planejamento e expectativas do cirurgião de Mohs e dos pacientes quanto a duração da cirurgia e tamanho da ferida operatória.

Palavras-chaves: carcinoma basocelular, cirurgia de Mohs, histologia

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO DE MICOSE FUNGÓIDE EM ESTÁGIO INICIAL E APLICAÇÃO MODIFICADA DE ALGORITMO DIAGNÓSTICO PROPOSTO

Gustavo Moreira Amorim, Luiz Claudio Ferreira, Danielle Carvalho Quintella, Márcia Ramos-e-Silva, Tullia Cuzzi

HUCFF/UFRJ - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho UFRJ, UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina, INI-FIOCRUZ - Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - Fiocruz

Introdução: O diagnóstico definitivo de micose fungóide (MF) é desafiador devido a sua grande inespecificidade clínica e histopatológica nas fases iniciais. Verifica-se atraso médio de 4 a 6 anos no diagnóstico. O “padrão ouro” ainda é a correlação clínico patológica, com a contribuição da imunofenotipagem e da pesquisa do rearranjo gênico dos receptores de células T (RCT). Pimpinelli e cols. propuseram um algoritmo diagnóstico para MF em estágio precoce, fundamentado em achados clínicos, histopatológicos, imunohistoquímicos e na pesquisa do rearranjo gênico do RCT. Objetivos: estudar os aspectos histopatológicos das fases iniciais da MF e a aplicabilidade, de forma modificada, do algoritmo de Pimpinelli. Métodos: estudo observacional, retrospectivo, transversal, realizado a partir da revisão de exames histopatológicos realizados em pacientes com suspeita de MF, que durante seguimento tiveram diagnóstico firmado por evolução clínica característica e/ou achados inequívocos em exames histopatológicos sequenciais. Foram selecionados apenas pacientes estágio IA e IB.

Foram revistos os prontuários e resgatados os blocos de parafina para realização de imunohistoquímica. Por conta da indisponibilidade, não foi realizada pesquisa de rearranjo gênico. Resultados: 102 pacientes foram inicialmente selecionados. Destes, puderam ser resgatados os exames histopatológicos de 78. Destes, 67 tinham bloco de parafina disponível. Não houve diferença entre os gêneros. A idade média foi de 53 anos e o tempo médio entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de 51 meses. O perfil histopatológico predominante foi o de hiperqueratose (62,7%), acantose (62,7%), e infiltrado linfóide perivascular superficial (71,6%). O Epidermotropismo foi identificado em 68,7% dos pacientes. Folliculotropismo em 7,5% e Microabscessos de Pautrier apenas em 11,9%. Atipia linfocitária foi evidenciada em 63,8%, principalmente por aumento do tamanho dos linfócitos na epiderme (55,1%). Na derme papilar alta, incontinência pigmentar (58,2%) e fibroplasia (74,6%). A revisão histopatológica considerou o exame compatível com MF em 62,3% dos pacientes estudados. Dos 67 pacientes, 66 pontuaram 2 na avaliação clínica do algoritmo. Em contrapartida, apenas 43 (65,2%) pacientes pontuaram 2 na histopatologia, sendo que 4 não pontuaram e 20 apenas 1 ponto. Ao fim, 43 pacientes (65,2%) pontuaram 4, sendo considerado diagnóstico de MF segundo algoritmo. Nos 24 restantes, foi realizado exame imunohistoquímico, avaliando positividade de CD2, 3, 5 e 7. Destes 24, 21 ganharam 1 ponto. Em sua maioria por redução do CD7 para menos de 10% do infiltrado linfóide; critério considerado mais fidedigno. Com o ponto extra, 59 pacientes finalizaram com 4 pontos, totalizando 88,1% de diagnóstico. Conclusões: o diagnóstico de MF em estágios precoces segue um desafio. No presente estudo, os aspectos estruturais foram discretamente mais relevantes que os critérios citológicos de atipia linfocitária. Diante de uma suspeita clínica importante, o achado de infiltrado linfóide alinhado na junção dermo-epidérmica, acompanhado de fibroplasia da derme papilar e incontinência pigmentar, podem e devem ser valorizados. Por fim, a aplicação do algoritmo de Pimpinelli, ainda que de forma incompleta, aumentou o percentual de casos diagnosticados como MF, o que inclusive motivou uma diferença de postura na prática do serviço. Destacamos como limitações do presente estudo o seu caráter retrospectivo e pequena amostra.

Palavras-chaves: Linfoma, Linfoma Cutâneo de Células T, Mucose Fungóide



RELATO OU SÉRIE DE CASO(S)

ASSOCIAÇÃO DE ACNE, HIDRADENITE SUPURATIVA E FOLICULITE DECALVANTE: SÍNDROME AUTOINFLAMATÓRIA

Renata Rodrigues da Silva, Ariel Córdova Rosa, Katherine Dal Sochio, Marcelo Rigatti, Gabriella Di Giunta Funchal

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

INTRODUÇÃO: As doenças autoinflamatórias são um grupo de doenças que se caracterizam por uma resposta imune inata geneticamente desregulada, levando a inflamação neutrofílica estéril. As manifestações clínicas incluem febres periódicas, erupções cutâneas neutrofílicas ou urticária, serosite, adenopatia, reagentes de fase aguda elevada, neutrofilia. **OBJETIVO:** Discussão diagnóstica e terapêutica. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, branco, 18 anos com surgimento de pápulas eritematosas e pústulas no couro cabeludo desde os 14 anos, associadas a acne na face e região torácica. Realizou tratamento com antibiótico oral, seguido por Isotretinoína oral por um ano, com melhora do quadro. 6 meses após o término do tratamento, evoluiu com retorno das lesões. Prescrito novo ciclo de Isotretinoína, porém após um mês, apresentou quadro compatível com Síndrome de Sweet associado a artralgia em coluna torácica. Realizou novo tratamento com Dapsona e Colchicina, sem melhora das lesões. Relata, ainda, aparecimento de nódulo eritematoso em região inguinal esquerda em duas ocasiões, há mais de 1 ano, com melhora após antibioticoterapia e drenagem local. De história progressiva refere apenas alergia a Azitromicina. Apresenta VHS de 23 e PCR de 11.5, demais exames dentro da normalidade. Exame Histológico evidencia intensa inflamação peri-infundibular e peri-istímica com neutrófilos no interior dos ductos sebáceos e a formação de pústula subcórnea, em amostra de couro cabeludo. Presença de arranjos algo granulomatosos e proliferação fibrosa no restante da derme. Ausência de depósitos imunes na imunofluorescência direta. Indicado tratamento com Rifampicina associada a Clindamicina, porém evoluiu com exantema máculo papular farmacológico. Resolução do quadro após o uso de Prednisona por 10 dias. **DISCUSSÃO:** As doenças autoinflamatórias são um grupo de doenças caracterizadas por uma resposta imune inata geneticamente desregulada, que resulta na ativação de inflamassomas e no excesso de citocinas pró-inflamatórias, tais como IL-1, IL-18, TNF- α , levando a inflamação neutrofílica estéril. A história clínica consiste em episódios febris recorrentes, manifestações inflamatórias cutâneas, mucosas, serosas, osteoarticulares, com risco de amiloidose secundária a longo prazo. A Hidradenite supurativa (HS) e a acne podem ser componentes essenciais de síndromes autoinflamatórias. Várias síndromes tem sido relatadas: PAPA (artrite piogênica, pioderma gangrenoso e acne); PASH (pioderma gangrenoso, acne e HS); PAPASH (pioderma gangrenoso, acne, artrite piogênica e HS); PASS (pioderma gangrenoso, acne e espondiloartrite). O tratamento das doenças autoinflamatórias é variável. Na PAPA, por exemplo, o tratamento envolve o uso de agentes imunossupressores e antibioticoterapia. O tratamento de manutenção, por sua vez, baseia-se no uso de imunomoduladores. Na PASH, embora os agentes biológicos representem uma opção de tratamento promissora, eles não têm sido consistentemente eficazes. Porém, em alguns pacientes, o infliximabe em monoterapia induziu remissão quase completa. Já no tratamento da PASS, o Anakinra induziu rápida remissão tanto dos sintomas cutâneos, quanto articulares. O bloqueio do TNF com Etanercepte melhorou os sintomas reumatológicos da síndrome PASS, mas não conseguiu controlar a atividade inflamatória das lesões cutâneas, enquanto o

infliximabe obteve controle tanto dos sintomas reumatológicos quanto de quase todos os sintomas cutâneos, com resposta parcial da HS.

Palavras-chaves: Acne, Foliculite Decalvante, Hidradenite Supurativa, Síndrome Autoinflamatória

ASSOCIAÇÃO ENTRE TRÊS DOENÇAS AUTOIMUNES: VITILIGO COMUM, CIRROSE BILIAR PRIMÁRIA E SÍNDROME DE SJÖGREN

Lara Silveira Abdo Aguiar, Caio César Silva de Castro

HSCC - Hospital Santa Casa de Curitiba, PUCPR - Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Introdução: Embora a associação de múltiplas doenças autoimunes já tenha sido amplamente descrita, não foram encontrados relatos da associação entre vitiligo, cirrose biliar primária (CBP) e síndrome de Sjögren (SS) nas bases de dados Scielo e PUBMED. Objetivo: relatar um caso de associação entre vitiligo comum, CBP e SS. Relato do Caso: Paciente feminina recebeu o diagnóstico de CBP e SS aos 54 anos. Aos 58, evoluiu com vitiligo restrito à face associado a importante prejuízo na autoestima e qualidade de vida. Apresentava FAN negativo no início do quadro, que se tornou positivo após iniciar fototerapia. Discussão: De forma geral, a ocorrência de múltiplas doenças autoimunes no mesmo paciente é conhecida como “mosaico da autoimunidade”. Contudo, mecanismos específicos parecem interligar CBP e SS, como a epitelite generalizada mediada por PDC-E2.

Palavras-chaves: Vitiligo, Síndrome de Sjögren, Cirrose biliar primária, Autoimunidade

CRIPTOCOCOSE CUTÂNEA PRIMÁRIA EM IMUNOCOMPETENTE

Rafaela Werle, Ivan Silva, Josiane Stolfo, Renato Pazzini, Flávia Reginatto

UFFS - Universidade Federal Da Fronteira Sul, HSVP - Hospital São Vicente de Paulo

INTRODUÇÃO Criptococose é a uma infecção oportunista causada pelo fungo do gênero *Cryptococcus*, que habitualmente infecta imunocomprometidos. Criptococose cutânea pode ser primária (CCP), quando o fungo invade via transcutânea, ou secundária, forma mais comum, que se manifesta por disseminação hematogênica. OBJETIVO Relatar patologia rara em imunocompetente. RELATO DO CASO Mulher, 50 anos, hipertensa e diabética não insulino-dependente, com lesão na fronte há 18 meses, após trauma local com porta de madeira. Submetida a 2 intervenções cirúrgicas prévias, sem sucesso. Ao exame, lesão vegetante de bordos bem definidos, eritematosos, fundo gelatinoso, 1cm de diâmetro, na fronte à esquerda. Investigação laboratorial sorológica viral, hemograma, função hepática e renal normais, bom controle glicêmico. Anatomopatológico revelou estruturas fúngicas nas colorações de Grocott, PAS, Giemsa e Mucicarmim. Iniciado tratamento com itraconazol 200mg/dia. Reavaliada em 3 meses, apresentando remissão clínica total da lesão. Apresentou alteração de função hepática 2x acima do limite superior, sendo suspenso o tratamento clínico e coletado novo material para cultura, sem crescimento de estruturas fúngicas. A paciente segue em acompanhamento e aguarda exames de imagem de tórax e abdome. DISCUSSÃO CCP é uma condição incomum, sendo ainda mais rara em imunocompetentes. Cerca de

metade dos casos há exposição à excretas de aves ou áreas com eucalipto, enquanto a outra metade tem história estabelecida de trauma local prévio. A maioria dos casos está associada à má condições de higiene. Um caso definido de CCP deve preencher pelo menos 2 dos critérios: lesões cutâneas em apenas uma parte do corpo, sem sinais de disseminação; história de trauma ou atividade em áreas abertas; trabalho ou atividades de lazer potencialmente associadas ao risco de trauma; exposição prévia a algo contaminado pelo fungo; lesões em áreas expostas. O quadro varia de nódulos assintomáticos, pruriginosos e dolorosos, com ulceração da base em áreas acrais. Variantes molusco-like, celulite, granulomatosos, vegetantes, foram relatados. Lesão de aparência gelatinosa é clinicamente suspeita. Não há consenso quanto o tratamento. Deve-se considerar o perfil imune do paciente e severidade da doença. Se possível, associar debridamento cirúrgico ao tratamento sistêmico com azólicos. O prognóstico nos imunocompetentes é bom, apresentando cura ao tratamento e sem disseminação. Investigação sistêmica deve ser considerada.

Palavras-chaves: Criptococose cutânea, infecção fúngica, imunocompetente

DERMATITE DE CONTATO ALÉRGICA POR TATUAGEM

Rochelle Maciel, André Capeletti, Débora Rockenbach, Raíssa Chemello, André Costa Beber
HUSM - Hospital Universitário De Santa Maria, UFSM - Universidade Federal De Santa Maria

Introdução: A tatuagem é uma prática milenar conhecida primeiramente no oriente e tornando-se muito popularizada nos países ocidentais. Conseqüentemente, esse aumento gera um risco maior de efeitos adversos, como infecções, reações alérgicas ou de corpo estranho e até mesmo respostas inflamatórias sistêmicas. A análise de um paciente com dermatite de contato alérgica (DCA) causada por tatuagem é difícil porque o componente da tinta é de difícil acesso. Objetivo: Relatar o caso de um paciente que apresentou DCA por tatuagem. Relato de Caso: Paciente masculino, 30 anos, previamente hígido, sem histórico de alergias, iniciou, 15 dias após a realização de tatuagem, com edema e eritema localizados, associado a prurido, em perna direita. Exame físico: edema, eritema e vesículas restritas ao local do pigmento. Pela clínica e história, o diagnóstico foi estabelecido como DCA associada à tinta usada na tatuagem. Prescrito Prednisona 60mg/dia em redução gradual por 15 dias e topicamente uso de corticosteroide associado a antibiótico, com regressão completa das lesões. Discussão: A patogênese da dermatite de contato está relacionada à exposição a agentes externos irritantes (80%) ou alérgicos (20%), que induzem uma resposta inflamatória na pele. A tatuagem pode causar efeitos colaterais, o que não é incomum, pois muitas vezes expõe a pele a corpos estranhos que podem potencialmente induzir uma resposta imunológica. A identificação do alérgeno causal e dos mecanismos patológicos envolvidos continua sendo um desafio atualmente. O fato de o agente causal geralmente continuar na pele faz com que as reações alérgicas associadas sejam difíceis de tratar. As principais manifestações de alergia à tatuagem são pruridos associados à infiltração localizada da pele tatuada, com reações podendo ser cutâneas ou sistêmicas. As complicações cutâneas têm diferentes mecanismos propostos na literatura, o que explica a diversidade das apresentações possíveis. Para o diagnóstico, é importante fazer a anamnese completa, com foco nas exposições, exame clínico objetivo e biópsia por punch. O critério padrão para o diagnóstico de DCA é o teste de contato ("patch

test”), que serve para elucidar o(s) alérgeno(s) responsável(is) pela dermatite. Atualmente, a alergia a tatuagens pode ser considerada um evento imprevisível, e as substâncias utilizadas como tintas são difíceis de acessar. Assim, o paciente com provável DCA por tinta de tatuagem tem uma avaliação complexa, porque muitas vezes o agente responsável não é identificado. O tratamento tópico de 4 a 6 semanas inclui emolientes regulares, corticosteroides tópicos e inibidores tópicos da calcineurina (considerados para locais propensos a atrofia induzida por esteroides com uso prolongado, como o rosto e pescoço). Muitas vezes, o paciente exigirá tratamento sistêmico com corticosteroides na fase aguda. Além disso, o tratamento com psoraleno combinado com luz ultravioleta (PUVA), banda ultravioleta B de banda estreita ou imunomoduladores sistêmicos, como Metotrexato ou Azatioprina, podem ser opções para pacientes que não respondem à terapia tópica convencional. Dessa forma, complicações após tatuagens são frequentemente encontradas na prática médica, embora geralmente sejam leves e limitadas, podem ocorrer eventos adversos significativos.

Palavras-chaves: DERMATITE, CONTATO, ALÉRGICA, TATUAGEM

DERMATITE INFECTIVA ASSOCIADA À INFECÇÃO POR HTLV-1: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM DERMATITE ATÓPICA

Paula Cocco, Gabriela Fortes Escobar, Gabriela Lusa Viapiana, Marcia Salete Zampese, André Cartell

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: A dermatite infectiva (DI) é um eczema crônico, grave e recidivante associada com o vírus T-linfotrópico humano tipo I (HTLV-1). Objetivos: Devido a sua cronicidade, morfologia, distribuição e sintomas a DI assemelha-se com dermatoses prevalentes, como a dermatite seborreica e a dermatite atópica, sendo esses importantes diagnósticos diferenciais. Relato do Caso: Paciente masculino, 13 anos, com história prévia de Dermatite Atópica desde a infância de difícil controle, asma e rinite alérgica. Referia piora das lesões cutâneas eritematoescamosas pruriginosas nos últimos 2 anos, acometendo o couro cabeludo, região retroauricular, axilas, tronco e região inguinal, algumas áreas com presença de exsudação. Submetido à diversos tratamentos com corticoide tópico e antibioticoterapia oral, com controle parcial das lesões e recorrência após suspensão. Exames laboratoriais e sorologias foram solicitados, mostrando sorologia positiva para HTLV-1. A biopsia de uma lesão cutânea evidenciou dermatite psoriasiforme subaguda crônica moderada com paraceratose focal e neutrófilos intracórneos, podendo corresponder à Dermatite Infectiva. Devido ao provável diagnóstico de DI, foi prescrito Sulfametoxazol-Trimetoprina em dose terapêutica e descolonização cutânea com mupirocina. O paciente retornou após 1 mês de tratamento regular com melhora importante das lesões cutâneas. Discussão: A DI caracteriza-se por ser uma dermatite com formação de placas eritematocrostosas descamativas e exsudativas, acometendo principalmente o couro cabeludo, região retroauricular, pescoço, axilas e regiões inguinais, associada à infecção pelo HTLV-1. A patogênese não é totalmente conhecida, porém acredita-se que o HTLV-1- induz desregulação imune, levando à imunossupressão e superinfecção por *S. aureus* e *S. beta hemolítico*. A idade média de acometimento é aos 2 anos e o diagnóstico é feito através da clínica e da sorologia positiva para HTLV-1. A histopatologia

não é diagnóstica e é similar a outros eczemas. Os principais diagnósticos diferenciais incluem dermatite atópica e dermatite seborreica, porém, diferentemente dessas duas condições, as lesões da DI são mais infectadas e exuberantes, o prurido é mais intenso e podem ser observadas crostas nasais, erupções cutâneas papulares e conjuntivite. Recomenda-se a realização da sorologia para detecção de HTLV-1 em pacientes com eczemas graves e resistentes. O tratamento é feito com antibiótico sistêmico por longo tempo, pode ser usado 40 mg/kg/d de sulfametoxazol e 8 mg/kg/d de trimetoprina por 15 dias e, após, metade da dose à noite até controle das lesões. Entretanto, prevenir a transmissão do HTLV-1 é o método mais efetivo para evitar a doença. DI pode ser a manifestação inicial da infecção pelo HTLV-1, servindo como marcador clínico precoce para a infecção e um indicador de risco aumentado para o desenvolvimento de outras doenças associadas ao HTLV-1. Portanto, esses pacientes devem ser acompanhados por um longo período de tempo.

Palavras-chaves: dermatite infectiva, dermatite atópica, HTLV

DERMATOFITOSE EM ADULTO POR MICROSPORUM GYPSEUM: RELATO DE CASO

Catarina Cé Bella Cruz, Rosana Cé Bella Cruz, André Luiz Rossetto, Mateus Lucas Pegoretti Univali - Universidade do Vale do Itajaí

INTRODUÇÃO: Dermatofitoses são infecções fúngicas superficiais geralmente causadas pelos gêneros *Trichophyton*, *Epidermophyton* e *Microsporum*. Entre as tinhas por *Microsporum*, a espécie *gypseum* com habitat geofílico é considerada mais rara, geralmente incidindo em crianças. **OBJETIVO:** Relatar um caso de dermatofitose por *Microsporum gypseum* em adulto. **RELATO DE CASO:** Paciente de 49 anos, feminino, casada, empresária, hígida, contato com cachorro principalmente no quintal da casa, referiu há 4 meses com manchas pruriginosas, as vezes com crostas e exsudato purulento, no antebraço e braço esquerdos sem melhora com diversos tratamentos tópicos. No exame dermatológico presença de placas eritematosas confluentes, escamosas, bordas bem delimitadas, com aproximadamente 4,0cm de diâmetro, localizadas no braço e antebraço esquerdos. Exame micológico direto revelou hifas hialinas septadas e fragmentadas; cultura em meio ágar-Sabouraud filamentosa e pulverulenta com aspecto de "açúcar com canela"; microcultivo das colônias identificado *Microsporum gypseum*. A resposta ao tratamento sistêmico com itraconazol 100mg VO e tópico com isoconazol creme 2x/dia durante 30 dias com regressão das lesões e exames micológicos negativos. **DISCUSSÃO:** O fungo foi descrito pela primeira vez em 1894 por Sabouraud que o denominou de "*Trichophyton du chien*" por ser encontrado em animais de pequeno porte, tais como cães e gatos. Os estudos foram aprofundados em 1907 por Bodin e em 1928 por Guiart e Grigorakis classificado taxonomicamente no gênero *Microsporum*. Os dermatófitos são classificados em zoofílicos, antropofílicos e geofílicos dependendo de seu habitat primário. Entre os dermatófitos geofílicos que infectam o ser humano *Microsporum gypseum* é o mais frequente, incidindo geralmente em crianças, discordante com a faixa etária no presente relato, podendo causar lesões cutâneas inflamatórias com prurido variável. Apesar da facilidade do isolamento no solo contaminado, as tinhas causadas por este fungo são casuais, o que sugere certa resistência natural à infecção ou pequeno poder patógeno. São diversos fatores condicionantes da ocorrência das dermatofitoses no meio urbano como o contato humano

com como cães e gatos domésticos, considerados animais com potenciais reservatórios de fungos patogênicos e contato com solos. No presente relato a paciente convivia com cachorro e contato frequente com o solo do quintal de sua casa, possivelmente fonte(s) do(s) contágio(s) apesar não realizados exames micológicos nesses locais. Quanto ao tratamento alguns autores consideram o itraconazol como a droga de primeira escolha podendo ser associado aos antifúngicos tópicos com boa resposta terapêutica. Concluímos que a suspeição diagnóstica inicial da dermatofitose foi determinante para realização e confirmação diagnóstica através do exame micológico, raridade da tinha em adulto por *Microsporum gypseum*, sucesso terapêutico com associação dos antifúngicos sistêmico e tópico.

Palavras-chaves: Dermatofitose, Tinha, Micoses, *Microsporum gypseum*

DOENÇA DE FOX-FORDYCE: RELATO DE UM CASO

Tamires Menegat, Julio Makimori UNIVALI - Universidade do Vale do Itajaí

Introdução: A Doença de Fox-Fordyce é também conhecida como miliária apócrina. É uma patologia que acomete a pele e causa lesões papulares, pruriginosas crônicas. Apresenta obliteração do canal excretor das glândulas apócrinas, mas com etiologia desconhecida. Tem predileção por mulheres jovens, entre 13-35 anos, atingindo igualmente as diferentes raças. O diagnóstico é clínico, podendo correlacionar com histopatologia. A doença não regride espontaneamente e não tem cura, mas pode ser contida com uso de medicações tópicas como retinóides, clindamicina, eritromicina, pimecrolimus, tacrolimus e adapalene **Objetivo:** relatar um caso de doença de Fox-Fordyce em paciente feminina. **Relato do caso:** Paciente feminina, 22 anos, procura atendimento no serviço de Dermatologia por apresentar pápulas eritematosas e pústulas em região axilares com início aos 13 anos de idade. Associadas a dor em virtude de atrito com roupas e leve prurido. Paciente fazia uso de anticoncepcional oral desde os 14 anos, sem comorbidades, sem uso de outras medicações contínuas. Nega outras patologias da pele ou histórias familiar. Refere ter feito uso de corticóide e antibióticos tópicos, com resolução total no período de uso, mas com recorrências em pouco tempo. Foi então realizada biópsia com punch 0,2cm de diâmetro e 0,1cm de profundidade, apresentando o seguinte resultado de análise: ausência de paraceratose, camada granulosa preservada, discreta acantose de prolongamento irregular em cristas epidérmicas, discreta espongióse e de alguns queratinócitos necróticos na epiderme e no epitélio de segmento superior folicular, ausência de vesículas, presença de focos de exocitose para o epitélio folicular, concluindo reação inflamatória de padrão espongiótico em epiderme e e epitélio folicular superficial, podendo ser correlacionado com Doença de Fox- Fordyce ou dermatites do grupo eczema. O resultado da biópsia foi então correlacionado com os dados clínicos da paciente com desfecho no diagnóstico de Doença de Fox-Fordyce. Foi optado para tratamento com Tacrolimus tópico contínuo por 1 mês em axilas e após manutenção 1x por semana. Paciente apresenta-se sem lesões com a manutenção de tacrolimus. **Discussão:** Foi possível concluir o diagnóstico por meio da correlação do aspecto clínico das lesões, compatível com a descrição da literatura. Entretanto, é necessário destacar que uma característica importante da doença é a presença de prurido, sintoma que a paciente do caso não tinha como queixa principal, referindo ser uma queixa controlável e de pouca intensidade. Uma explicação para isto é o uso prolongado de

ACO pela paciente, que não se recordava das lesões serem ou não pruriginosas antes de usar esta medicação e, de acordo com a literatura, várias pacientes associam o controle do prurido após iniciarem ACO. Na literatura, a histopatologia da Doença de Fox-Fordyce é constituída por hiperqueratose, tamponamento dos ductos excretores das glândulas, acantose, dilatação dos ductos e dos corpos das glândulas apócrinas, e infiltrado inflamatório crônico perianexial. Isso pode ser correlacionado com o resultado histopatológico do caso descrito, o qual apresentava reação inflamatória, acantose.

Palavras-chaves: Fox-Fordyce, miliária apócrina , tacrolimus

ELEFANTÍASE NOSTRA VERRUCOSA: RELATO DE 3 CASOS

Rafaela Werle, Gilvana Bonella, Ivan Silva, Juliana Stramari

UFFS - UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL, HSVP - Hospital São Vicente de Paulo

INTRODUÇÃO Elefantíase Nostra Verrucosa (ENV) é uma condição rara, desfigurante, causada por obstrução linfática crônica não filariosa, que leva à fibrose dérmica e alterações na superfície da pele. **OBJETIVO** Relatar 3 casos raros na literatura **RELATO DO CASO** Caso 1: Homem, 68 anos, obeso, há 1 ano com episódios recorrentes de erisipela na perna direita e há 3 meses com lesões verrucosas no dorso do pé direito. Biopsia evidenciou acantopapilomatose com hipergranulose e hiperkeratose, ectasia de vasos sanguíneos e linfáticos, compatível com ENV. Caso 2: Homem, 46 anos, obeso mórbido, história de insuficiência venosa crônica e trombose venosa profunda, apresentando úlceras venosas em membros inferiores há 6 anos, com piora no último ano, associada a alterações da superfície da pele. Ao exame, apresentava edema duro bilateral de pernas e pés, lesões hiperqueratósicas, papilomas e verrucosas, com diagnóstico clínico de ENV. Caso 3: Homem, 49 anos, obeso, hipertenso, passado de erisipela na perna direita, seguido de edema e lesões verrucosas há 1 ano. Ao exame, apresentava edema duro e eritema bilateral em membros inferiores, além pele com superfície papilomatosa no tornozelo direito, sendo realizado diagnóstico clínico de ENV. Os três pacientes seguem em tratamento antibiótico, acompanhamento com cirurgia vascular e dermatologista. **DISCUSSÃO** ENV é uma seqüela de linfedema crônico, não relacionada a parasitas, associada à obesidade mórbida, insuficiência venosa e infecção dos tecidos moles, podendo ser secundária a uma série de causas não infecciosas, incluindo neoplasia e trauma. A infecção bacteriana leva a aumento da estase linfática, acúmulo de proteínas, linfócitos e metabólitos na derme. Há proliferação de fibroblastos e depósito de colágeno, com espessamento da pele e obstrução da via linfática, que leva à disfunção do sistema imune. Os mecanismos que ligam a obesidade e o linfedema envolvem mudanças linfáticas estruturais no interstício, movimentos diafragmáticos prejudicados, aumento da pressão abdominal e proliferação arteriovenosa no tecido adiposo, sem proliferação linfática proporcional. A sobreposição desses fatores resulta no quadro clínico de ENV. Acomete tipicamente membros inferiores e é caracterizada por hipertrofia cutânea progressiva, edema não depressível e as lesões podem ter aparência musgosa e em “pedras de calçamento”, causando alterações desfigurantes. O diagnóstico é clínico e pode ser complementado com a biópsia, que revela hiperplasia pseudoepiteliomatosa, espaços linfáticos dilatados, hiperplasia de tecido fibroso e inflamação crônica. Os diagnósticos diferenciais incluem dermatite por estase venosa,

lipodermatoesclerose, mixedema pré-tibial, carcinoma verrucoso e cromoblastomicose. O manejo é difícil e muitas vezes insatisfatório, sendo recorrência a regra. O objetivo principal é tratar a causa base, tratar infecções associadas (cobertura para estafilococos e estreptococos), medidas contra linfostase e reforçar perda ponderal. O uso de retinoides tópicos e sistêmicos podem reduzir a hiperqueratose e fibrose. Desbridamento cirúrgico ou a anastomose linfovenosa podem ser considerados. Ressaltamos a importância da prevenção primária tendo em vista a crescente proporção de pacientes obesos e conseqüentemente novos casos de ENV, os quais temos dificuldade no tratamento da patologia.

Palavras-chaves: Elefantíase Nostra Verrucosa, Linfedema, Erisipela

ESPOROTRICOSE EM LOCALIZAÇÃO INFREQUENTE: RELATO DE UM CASO

Priscila de Cássia Francisco, Alexandra Brugnera Nunes, Carolina Finardi Brummer, Oscar Cardoso Dimatos

HU-UFSC - Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

INTRODUÇÃO: A Esporotricose é a micose subcutânea mais prevalente no mundo, sendo causada pelo fungo da espécie *Sporothrix schenckii* que habita o solo e vegetais, mas também pêlos e boca de animais, tendo o gato nos últimos anos assumindo um papel importante na transmissão. Para que ocorra a infecção é necessária a perda da integridade da pele, desta forma os locais mais afetados são aqueles mais expostos como membros e face, sendo rara em tronco. Dentre as diversas formas de apresentação da doença, a cutânea localizada é a segunda mais comum, sendo essa forma a mais polimórfica clinicamente, fato que dificulta a suspeição diagnóstica em muitos casos. O conhecimento, por parte dos médicos, dessa particularidade da Esporotricose cutânea localizada com a possibilidade de apresentação em localização incomum é fundamental, para que ela possa compor o arsenal de diagnósticos diferenciais das lesões da pele. **OBJETIVOS:** Apresentar e discutir um quadro de esporotricose pelo fato de a apresentação clínica ser atípica e ocorrer em localização infrequente. **RELATO DO CASO:** W.B.V., 54 anos, masculino, agricultor, refere lesão pruriginosa e dolorosa em região anterior esquerda de tórax há três anos, que surgiu após picada de aranha no local. Realizou tratamento prévio com aciclovir tópico e oral, bem como antibióticos, sem melhora. Ao exame físico, apresenta-se com placa eritemato-violácea, de aproximadamente 15 cm, com áreas erosadas e exsudativas na região mamária esquerda. Ao exame histopatológico, apresenta intenso infiltrado inflamatório mononuclear, com células gigantes multinucleadas delimitando granulomas epitelióides, sugerindo uma infecção fúngica, a qual foi confirmada pela cultura, com isolamento de fungo do complexo *Sporothrix*. Foram então realizados exames complementares sem evidência de infecção em outros órgãos ou acometimento do sistema linfático. Iniciado tratamento com iodeto de potássio 6g/dia, com evidente melhora clínica. **DISCUSSÃO:** Apesar da diversidade clínica da Esporotricose cutânea localizada, a manifestação clínica desse caso em tronco caracteriza um quadro bastante incomum. Esse fato associado a presença de sintomas, como dor e prurido, fez com que o raciocínio fosse, a princípio, direcionado para outros diagnósticos diferenciais, como por exemplo Doença de Paget, Sarcoma de Kaposi ou até mesmo Carcinoma Espinocelular. O papel central da histopatologia na delimitação diagnóstica fez com que se aventasse a possível causa infecciosa, confirmada

com a cultura. Com isso, conclui-se que, de maneira geral, a Esporotricose apresenta excelente resposta ao tratamento, mas que se negligenciada pode representar risco de cronicidade e desenvolvimento de formas extensas, com manifestações sistêmicas importantes. Por isso, o caso em questão levanta a necessidade de se considerar a hipótese diagnóstica de infecção pelo fungo *Sporothrix*, mesmo na presença de lesões atípicas em localização incomum.

Palavras-chaves: Dermatomicoses, Esporotricose, *Sporothrix*

ESPOROTRICOSE: RELATO DE UM CASO

Tamires Menegat, Manuela Dantas, Gabriela Dallagnese, Giovana Binda, Gerson Vettorato
UNIVALI - Universidade do Vale do Itajaí, HSC - Hospital Santa Clara - Santa Casa de Misericórdia POA

Introdução: A esporotricose é uma doença que tem como etiologia o fungo dimórfico *Sporothrix schenckii* complex, sendo a micose subcutânea mais comum da América Latina. Pode acometer qualquer idade e sexo, sendo mais comum em pessoas que lidam com terra e vegetais, principalmente em área rural. O contágio normalmente ocorre pela inoculação do fungo através da pele por meio do contato com plantas, solo e felinos infectados. É uma afecção de acometimento restrito à pele, raramente sistêmica. Objetivo: Relatar um caso de esporotricose atendido em um serviço de dermatologia. Relato de caso Paciente masculino, 48 anos, procedente de Livramento-RS, trabalhador do campo, tabagista, procura atendimento por lesão na perna direita há um ano após trauma em estribo de cavalo. Refere que iniciou como uma pápula, evoluindo para placa com solução de continuidade. Após 7 meses, relata surgimento de outra lesão com as mesmas características no mesmo membro. .Nega sintomas sistêmicos como febre e perda de peso. Ao exame físico, foi observada placa verrucosa arredondada com halo violáceo na face anterior da perna direita com discreta exsudação e placa semelhante na face medial próxima ao joelho. Diante das hipóteses de esporotricose, cromomicose e tuberculose cutânea foi solicitado exame micológico direto (EMD) e cultural bem como biópsia. O EMD teve resultado negativo e o exame cultural positivo. A biópsia revelou acentuada acantose, com ceratose e papilomatose, derma com marcado infiltrado inflamatório linfocitário e alguns multinucleados, sugestivo de esporotricose. Optou-se tratamento com solução saturada de iodeto de potássio. Discussão A lesão cutânea de esporotricose normalmente surge como uma pápula indolor ou nódulo e posteriormente evolui para goma com aumento de tamanho, podendo ter linfangite nodular ascendente associada (padrão “esporotricóide”). Na maioria das vezes, as lesões ulceram e podem eliminar secreção seropurulenta. Diferentemente dos hospedeiros não previamente inoculados, aqueles com exposição prévia podem apresentar com lesão verrucosa sem disseminação linfática. No caso relatado, o paciente referiu lesão inicial papulosa que evoluiu para placa, sendo observada ao exame físico a presença de placa verrucosa, com halo violáceo, lembrando as características da esporotricose, porém sem linfangite. Como opções terapêuticas podem ser utilizados solução saturada de iodeto de potássio, imidazólicos ou triazólicos, dentre eles o itraconazol 200mg/dia por 3-6 meses. Além disso, a terbinafina também é uma opção. No caso relatado, foi optado por usar solução saturada de iodeto de potássio por 4 meses.

Palavras-chaves: esporotricose , micose , iodeto de potássio

FOLICULITE EOSINOFÍLICA EM JOVEM IMUNOCOMPETENTE

Raíssa Rigo Garbin, Fernanda Oliveira Camozzato, Daniel Lorenzini

UFCSPA - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Introdução: A Foliculite Eosinofílica é uma erupção cutânea pruriginosa devido à infiltração eosinofílica não infecciosa dos folículos pilosos. Está muito associada à imunossupressão e é vista como doença definidora da AIDS. Contudo, eventualmente pode acometer indivíduos imunocompetentes. **Objetivo:** Relatar um caso de Foliculite Eosinofílica não associada ao HIV em jovem imunocompetente. **Relato do Caso:** Paciente masculino, caucasiano, 13 anos de idade, hígido, com surgimento recente de pústulas e pápulas eritematosas difusas no tronco. Inicialmente tratado com antibiótico tópico e tetraciclina via oral, por suspeita clínica de acne, porém evoluindo com agravamento das lesões após três semanas de tratamento. Devido à falha terapêutica e ao aspecto folicular das lesões, foi realizada biópsia cutânea, O exame anatomopatológico evidenciou pústula subcórnea, denso infiltrado inflamatório perifolicular e perivascular às custas de linfócitos e numerosos eosinófilos, compatível com diagnóstico de foliculite eosinofílica. Foram solicitados exames laboratoriais, incluindo sorologias para HIV, hepatites e sífilis, todos dentro dos limites da normalidade. Iniciado corticosteróide tópico e indometacina via oral, porém o primeiro foi suspenso após surgimento de traços cushingóides associados ao seu uso abusivo. Não apresentado resposta satisfatória, alterado esquema terapêutico para dapsona 50 mg ao dia, com expressiva melhora clínica, sustentada após meses de seguimento. **Discussão:** A foliculite eosinofílica se manifesta por pápulas foliculares ou pústulas estéreis, muitas vezes pruriginosas, com ciclos de exacerbação e remissão. Suas variantes clínicas incluem a forma associada à imunossupressão, nomeadamente à infecção pelo HIV, a doença de Ofuji ou forma clássica, mais comum em japoneses, e a forma infantil, geralmente iniciada nos primeiros meses de vida. Sua etiologia ainda é controversa, com provável processo autoimune contra os sebócitos, incluindo anticorpos e complexos imunes. Dentre as opções terapêuticas, os corticosteroides tópicos são a primeira linha. Uso de indometacina pode ter bons resultados nas diferentes variantes clínicas, enquanto que a terapia antirretroviral parece eficaz na forma associada ao HIV. Na falha destes, outras opções são descritas, como corticosteroides orais, fototerapia, dapsona, isotretinoína, acitretina, cetirizina, metronidazol, itraconazol, permetrina tópica, minociclina, ciclosporina e interferon. Inibidores da calcineurina também parecem úteis. Porém, apesar do tratamento, as lesões tendem à recorrência e cronicidade, além do risco de hiperpigmentação cutânea residual após melhora.

Palavras-chaves: foliculite eosinofílica, dermatoses neutrofílicas, imunossupressão

GRANULOMA ACTÍNICO APÓS FOTOTERAPIA

Analú Vivian, Lílian Moraes Ferreira, Laura Luzzatto, Magda Blessmann Weber
UFCSA - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Introdução: O granuloma elastolítico de células gigantes (GECG) é uma doença granulomatosa incomum, com patogênese desconhecida. É mais comumente observado em mulheres e ocorre geralmente em região de pele previamente exposta ao sol. **Objetivos:** Relatar o caso de um paciente que apresentou lesões compatíveis com granuloma actínico após realizar sessões de fototerapia. **Relato de caso:** Paciente masculino, 72 anos, caucasiano, diabético, com diagnóstico de micose fungóide em placas, sem evidências de doença sistêmica, iniciou fototerapia UVB narrow-band para o tratamento dessa dermatose. Após seis meses de tratamento regular com fototerapia, surgiram lesões papulares, eritematosas e pruriginosas na região interescapular, as quais diferiam clinicamente das lesões anteriores relacionadas à micose fungóide. Realizou-se biópsia de uma das lesões para descartar evolução da micose fungóide e para elucidação diagnóstica. O anatomopatológico evidenciou fibrose na derme papilar, incontínência pigmentar, elastose solar e infiltrado inflamatório e linfocitário com presença de numerosas células gigantes multinucleadas. A coloração especial por orceína revelou redução de fibras elásticas na derme superficial, favorecendo o diagnóstico de granuloma actínico. O paciente foi afastado da fototerapia, pois já apresentava controle clínico e dos sintomas das lesões relacionadas à micose fungóide, sendo prescrito clobetasol pomada duas vezes ao dia por 14 dias nas lesões compatíveis com granuloma actínico e orientado a realizar fotoproteção, apresentando resposta satisfatória, porém com piora quando se expõe ao sol. **Discussão:** O termo granuloma actínico foi proposto primeiramente por John O'Brien em 1975. Por causa da sua aparência clínica similar ao granuloma anular, alguns críticos tem questionado se essa condição deveria ser classificada em entidade separada ou simplesmente como granuloma anular ocorrendo em área com dano solar. Outros tem aceito a distinção e reclassificaram a lesão morfológicamente como GECG. Apresentação típica é de placas anulares usualmente em áreas fotoexpostas, entretanto há um espectro de apresentação clínica variando de lesões papulares a anulares. A forma papular tem sido raramente reportada e pode assemelhar-se a elastose papilar dérmica pseudoxantoma-like, queratose pilar, líquen nítido ou xantoma eruptivo. GECG apresenta características histopatológicas consistentes: dermatite granulomatosa superficial, marcada elastofagocitose, ausência de necrobiose, ausência de fibras elásticas no centro da lesão. Alguns pacientes evoluem da forma papular para forma anular com o passar do tempo, indicando que a forma papular pode representar um estágio precoce do GECG. Há associação relatada com doenças sistêmicas como diabetes mellitus, cirrose alcoólica, arterite temporal, amiloidose cutânea e protoporfiria. Algumas opções terapêuticas com resposta variada são: esteroides tópicos, crioterapia, terapia UVA + psoralênicos (PUVA), clofazimina, hidroxicloroquina, corticoide sistêmico, dapsona e isotretinoína associados a fotoproteção. Em 1979, na França, foi descrito um caso de granuloma anular disseminado após tratamento com PUVA. Conforme revisão atual no PubMed, não existem relatos prévios de granuloma actínico ocorrendo após realização de fototerapia UVB, como neste caso. Dermatologistas devem estar atentos às variantes clínicas do GECG e saber que o estudo histopatológico é essencial para confirmação da hipótese clínica.

Palavras-chaves: Fototerapia, Granuloma Actínico, Granuloma Elastolítico de Célula Gigante

ICTIOSE HISTRIX: DOENÇA EXTENSA, TERAPÊUTICA RESTRITA

Ariel Rosa, Renata da Silva, Oscar Dimatos, Sabrina Dell'Antonia, Gabriella Funchal
HU - UFSC - Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago

Introdução: Os nevos epidérmicos são lesões benignas harmatomatosas presentes ao nascimento ou que se desenvolvem na infância. Quando verrucosos e com distribuição bilateral extensa são chamados de ictiose histrix. O diagnóstico é clínico e histopatológico, com terapêutica limitada. **Objetivo:** Ilustração de doença extensa e discussão terapêutica. **Relato do caso:** Paciente feminina, 17 anos, branca, apresenta lesões cutâneas iniciadas com 1 ano de idade, inicialmente máculas acastanhadas que no abdome evoluíram para placas e em região inguinal, axilar e cervical adquiriram aspecto verrucoso. Algumas com distribuição linear e pruriginosas. De história pregressa relata crises convulsivas parciais até os 7 anos de idade (investigação neurológica sem alterações). Exames laboratoriais dentro dos limites de normalidade. O pai tem psoríase e mãe bronquite. Ao exame dermatológico observam-se múltiplas placas e pápulas, algumas de distribuição linear (linhas de Blaschko), acastanhadas, acometendo membro inferior direito, tronco, membros superiores, região cervical e face. Nas axilas, região cervical e inguinal/genital há lesões verrucosas, poupando as mucosas. A histopatologia evidencia papilomatose, com camada córnea lamelar e hiperpigmentação dos queratinócitos basais; A lesão axilar apresenta arranjo polipóide. Em novembro de 2016 foi realizado shaving com eletrocoagulação de lesões em axila esquerda, sem recidiva. **Discussão:** O nevos epidérmicos são lesões benignas e ocorrem em 3 a cada 1000 nascidos vivos. A distribuição e a extensão das lesões varia, seguindo as linhas de Blaschko. O diagnóstico é clínico, confirmado por biópsia. O manejo dessa dermatose é difícil. A excisão de espessura total fornece tratamento definitivo para pequenas lesões. Técnicas de excisão superficial, como shaving, curetagem ou dermoabrasão, tendem a produzir benefícios temporários e maior risco de recidiva, porém apresentaram bom resultado no caso clínico em questão. Existem relatos de tratamento bem sucedido com retinóides, 5-fluorouracil, corticosteróides e calcipotriol tópicos, assim como laser. Retinóides sistêmicos (isotretinoína e acitretina) são usados em casos extensos.

Palavras-chaves: Ictiose histrix, Nevo epidérmico, Nevo verrucoso sistematizado

INFECÇÃO NEONATAL CUTÂNEA POR HERPES-VÍRUS TIPO 2: RELATO DE CASO

Lívia Karlla Marinho Freitas, Jorge Nazareno da Silva Barros Junior, Marion Guimarães Drago,
Alessandra Haber Carvalho, Maraya de Jesus Semblano Bittencourt
UFPA - Universidade Federal do Pará

Introdução: As erupções vesiculosas no período neonatal têm diversos diagnósticos diferenciais, e é importante saber reconhecer dentre as dermatoses graves e potencialmente fatais. As infecções pelo vírus do herpes simples (HSV), embora relativamente incomuns no neonato, estão associadas a mortalidade significativa, se não reconhecidas e tratadas rapidamente. **Objetivo:** Apresentar o caso de um recém nascido com herpes simples causado pelo HSV tipo 2 (HSV-2) e diagnosticado aos seis dias de vida pelo exame citológico. **Relato de**

caso: Recém-nascido (RN) masculino nasceu por parto vaginal não complicado, sem antecedente materno de herpes genital anterior ou no momento do parto. Logo após o nascimento, a mãe notou mancha vermelha na face, pescoço, tórax e braço direito. Vinte e seis horas após, a equipe médica notou vesículas sobre a área de eritema, que evoluíram com exulceração e crostas. Foi iniciado tratamento com oxacilina, que não resultou em melhora. No sexto dia foi acionada a equipe da dermatologia, que identificou placas eritematosas com vesículas agrupadas em padrão herpetiforme, exulceração e crostas distribuídas pela face, pescoço, tórax e membro superior direito. O exame citológico corado por Giemsa, realizado no momento da visita, mostrou a presença de ceratinócitos multinucleados de grande volume, evidenciando que se tratava de erupção causada pelo vírus do herpes. Foi iniciado tratamento com aciclovir endovenoso 30 mg/kg/dia, de oito em oito horas, com resolução das lesões em 10 dias. A sorologia para herpes-vírus do tipo 2, realizada no 10º dia de vida, foi positiva para IgM e IgG. Discussão: A maioria dos RNs que desenvolvem infecção pelo HSV, a adquiriram do trato genital materno durante o parto. No entanto, 60% a 80% das mães não têm história de contato com um parceiro com herpes genital e não apresentam sinais ou sintomas dessa doença no momento do parto. O herpes genital é causado normalmente pelo HSV-2; portanto, a maioria das infecções neonatais são provocadas por esse vírus. Os achados cutâneos são os primeiros sinais visíveis em aproximadamente dois terços dos RNs infectados com o HSV, com início dos sintomas entre seis dias a três semanas após o nascimento, embora, em alguns casos, as lesões possam ser observadas já no primeiro dia após o parto, como no caso relatado. O herpes neonatal pode espalhar-se rapidamente e envolver o sistema nervoso central ou outros sistemas e órgãos internos. A condição do neonato pode deteriorar-se rapidamente e, portanto, o diagnóstico imediato e preciso é mais do que desejável. Nesse sentido, adquire muita importância o exame citológico (teste de Tzanck) da base das vesículas, que revela células epiteliais gigantes multinucleadas. A citologia é um método de diagnóstico simples, rápido, confiável e de baixo custo, que tem sido utilizado para o diagnóstico de várias doenças cutâneas infecciosas e não infecciosas. Esse método é raramente utilizado para fins de diagnóstico em dermatologia, apesar dos resultados rápidos e confiáveis que pode oferecer. O tratamento precoce com altas doses de aciclovir pode melhorar drasticamente o prognóstico a curto e longo prazos. A dose normalmente empregada é de 30 mg/kg/dia, por via intravenosa, a cada oito horas, por três semanas. Entretanto, o melhor prognóstico neurológico parece estar relacionado a doses mais elevadas; assim, 60 mg/kg/dia é a dose atualmente recomendada.

Palavras-chaves: Herpes simples, Recém-nascido, Pele

LESÕES HIPOPIGMENTADAS: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Giovana Serrão Fensterseifer, Greice Chaves, Ana Paula Schwarzbach, Laura Luzzatto, Magda Blessmann Weber

UFCSPA - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Introdução: Os melanomas hipomelanóticos apresentam-se como desafio diagnóstico devido a falta de características claras de malignidade tanto clínicas como dermatoscópicas. A combinação da história médica progressiva do paciente, da história da lesão e das suas

características dermatoscópicas podem ajudar a aumentar a suspeição clínica dessas lesões de tão difícil reconhecimento. Obetivo: Relatar caso de melanoma hipomelanótico em paciente com lesão de clínica e dermatoscopia pouco sugestivas dessa malignidade. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, de 61 anos com história de melanoma em 2012 vem à consulta para revisão de pele de seguimento. Negava lesões novas ou com modificações recentes. Ao exame, observou-se pequena placa eritematoescamosa no membro superior esquerdo. Paciente não sabia relatar há quanto tempo apresentava a lesão. À dermatoscopia, observava-se vasos glomerulares agrupados e alguns em ponto, algumas áreas homogêneas com pigmento levemente acastanhado e esboço de rede negativa. Foi realizada biópsia incisional suspeitando-se de doença de bowen. O anatomopatológico evidenciou melanoma in situ. A paciente foi então referenciada para cirurgia oncológica e foi realizada exérese da lesão, ainda sem resultado anatomopatológico da exérese. Discussão: Os critérios diagnósticos clássicos de melanoma não ajudam no diagnóstico de lesões hipomelanóticas. As estruturas vasculares nessas lesões podem ser importantes, se não as únicas, pistas diagnósticas. A combinação de vasos lineares irregulares e vasos pontilhados caracteriza o achado dermatoscópico mais frequente em melanomas hipomelanóticos e amelanóticos. A presença de vasos predominantemente no centro da lesão aumenta ainda mais a suspeita de melanoma nesses casos. À medida que o tumor cresce verticalmente, nota-se um aumento no polimorfismo vascular associado ao surgimento de áreas vermelho-leitosas, crisálides e rede negativa. Já a predominância de vasos em vírgula aponta contra o diagnóstico de melanoma. Portanto, na avaliação de lesões hipomelanóticas, os achados dermatoscópicos devem servir de alerta, associado à história clínica do paciente e da lesão, para o reconhecimento desses melanomas de difícil diagnóstico clínico e dermatoscópico.

Palavras-chaves: melanoma, amelanótico, lesões hipopigmentadas

LINFANGIOMA CIRCUNSCRITO: CORRELAÇÃO DA DERMATOSCOPIA E HISTOPATOLOGIA

Rafaela Bressan Werle, Ivan B Silva, Josiane Borges, Flávia Pereira Reginatto

UFFS - Universidade Federal da Fronteira Sul - Passo Fundo, HSVP - Hospital São Vicente de Paulo

Linfangioma é uma malformação linfática (ML) que pode ser subdividida em superficial ou profundo. O linfangioma circunscrito (LC) é considerado uma variante superficial do linfangioma com canais linfáticos pequenos. Pode envolver a pele e tecido subcutâneo e ocorrer em qualquer superfície cutânea ou mucosa. São incomuns, representando cerca de 4% de todas as malformações vasculares. Não apresenta predileção por gênero e geralmente é aparente ao nascimento ou na primeira infância. O diagnóstico é feito pela histopatologia, e como diagnósticos diferenciais apresenta: linfangiectasia, hemangiomas, angioqueratomas, angiossarcomas, metástases cutâneas, verrugas e molusco contagioso. Recentemente foram relatados os principais achados dermatoscópicos do LC, como a presença de lacunas, estruturas vasculares, linhas brancas e sinal de Hipopyon. OBJETIVO Relatar os achados da dermatoscopia e correlacionar com a histopatologia de um caso de LC superficial. RELATO DE CASO Menino de 9 anos apresentando uma placa formada por pápulas agrupadas translúcidas e algumas avermelhadas, de consistência fibro-elástica, medindo 3x2 cm, no ombro esquerdo,

assintomática e percebida pela mãe aos 3 meses de idade. As imagens da dermatoscopia foram obtidas usando dermatoscopia de luz polarizada: DermLite Foto (3Gen, LLC, Dana Point, CA, EUA) acoplado em uma câmera digital, nenhuma pressão foi usada para evitar o colapso dos vasos nas lesões. Evidenciavam-se estruturas lacunares, translúcidas e vermelhas que não se modificavam a vitro-pressão, sobre uma cor de fundo róseo, levemente amarelado. Foi identificado o padrão composto por lacunas multicoloridas (brancas e vermelhas), com sinal de Hipopyon: linhas brancas e estruturas vasculares. E algumas escamas. O histopatológico mostrou muitos canais linfáticos dilatados localizados na derme papilar. DISCUSSÃO O LC é uma ML superficial que se apresenta como vesículas translúcidas agrupadas, rosadas, vermelhas ou pretas, de 2-4mm, que lembram pele de sapo. À dermatoscopia, apresenta estruturas lacunares em dois padrões: lacunas amarelas circundadas por septos pálidos sem extravasamento sanguíneo; ou com dois tons de lacunas, amarelas ou róseas alternadas com lacunas vermelho escuras ou azuladas, devido precipitação sanguínea. A estrutura dermatoscópica mais comum no LC é a presença de estruturas vasculares, encontradas em até 82% dos pacientes). A presença de lacunas de dois tons ou uma transição de cor do escuro (na parte inferior) para a luz (na parte superior) na mesma lacuna é chamado de sinal de Hypopyon ou lacunas de “metade-metade” e ocorre devido à sedimentação de sangue (vermelho ou escuro) nos canais linfáticos dilatados. A cor da lacuna vista clínica e dermatoscopicamente representa o conteúdo da vesícula, corroborado histopatologicamente. Lacunas marrom claro com septo pálido representam líquido linfático; rosadas com septo pálido, extravasamento sanguíneo. Dessa forma, na histopatologia, o primeiro padrão dermatoscópico é caracterizado por vasos linfáticos dérmicos/subcutâneos dilatados, preenchidos por fluido linfático, enquanto o segundo inclui, além dos achados acima, concentrações variáveis de células sanguíneas vermelhas. Conclui-se que a dermatoscopia pode auxiliar na suspeição diagnóstica do LC, ajudando a identificar a presença de sangue nos canais linfáticos e aumentando a suspeição clínica.

Palavras-chaves: Dermatoscopia, Linfangioma, Malformação linfática

LINFOMA DE CÉLULAS B COM ACOMETIMENTO CUTÂNEO SIMULANDO PIODERMA GANGRENOSO

Fernanda Poy Dondonis, Fabiana Bazanella de Oliveira, Daniel Jappur, André Cartell, Bonamigo Renan Rangel

HCPA / UFRGS - Hospital de Clínicas de Porto Alegre / UFRGS

Introdução: O linfoma de células B representa apenas 25% dos linfomas cutâneos. Apresenta-se como nódulo ou infiltração de crescimento rápido, que pode simular clínica e histologicamente outras doenças, incluindo o pioderma gangrenoso (PG). Objetivo: Reportar linfoma de células B sob forma de placa ulcerada em que o PG impõe-se como diagnóstico diferencial. Relato de caso: Feminino, 73 anos, previamente hígida, foi encaminhada devido à lesão ulcerada na região cervico-facial direita, dolorosa, com um ano de evolução. Relatava perda de 30kg no período. Uma biópsia cutânea anterior à primeira visita ao Serviço revelara histopatologia sugestiva de PG granulomatoso, com imunohistoquímica negativa para marcadores de neoplasia. Paciente apresentou melhora inicial ao receber tratamento com

corticoesteróide oral, mas houve posterior progressão da lesão na vigência da corticoterapia. Ao exame, apresentava úlcera com configuração geométrica, medindo 10 cm, com bordas eritematosas e solapadas, destruindo pavilhão auricular direito. Havia presença de larvas de míiase na sua porção superior. O manejo foi realizado com remoção das larvas e antibioticoterapia. A investigação adicional com tomografia computadorizada da região cervical mostrou extensa lesão heterogênea com infiltração de planos subcutâneos e extensão parafaríngea. Os culturais da lesão foram negativos. Nova biópsia cutânea evidenciou infiltrado linfomononuclear atípico com área de ulceração e necrose cutânea e de partes moles. A imunohistoquímica evidenciou nas células malignas a expressão de CD20, MUM-1, CD30, PAX-5, EBV e Ki-67, confirmando o diagnóstico de linfoma difuso de grandes células B do idoso. Exames de imagem adicional mostraram nódulos pulmonares e hepáticos. Paciente realizou PET-CT para estadiamento, o qual confirmou acometimento multissistêmico. A paciente foi encaminhada para equipe da hematologia para abordagem terapêutica. Discussão: Comumente úlceras cervico-faciais são lesões de difícil diagnóstico e, muitas vezes, a histopatologia e imunohistoquímica são necessárias para o diagnóstico diferencial. O PG é uma das causas mais frequentes de úlceras nesta topografia e foi aventado inicialmente, devido à clínica, à primeira histopatologia e à resposta inicialmente favorável com corticoesteróide sistêmico. No entanto, com a evolução do quadro clínico, uma nova biópsia foi necessária e a histopatologia com a imunohistoquímica demonstraram os elementos diagnósticos do linfoma difuso de células B do idoso. Lami et al, descreveu um caso em que o linfoma cutâneo B mimetizava PG em úlcera no ombro de um paciente. Já Voni et al, reforçou a dificuldade do diagnóstico diferencial em um caso que o paciente além de ter clínica similar, apresentava características histopatológicas de linfoma cutâneo e pioderma gangrenoso na mesma lesão. Uma vez que o diagnóstico de linfoma cutâneo de células B é estabelecido, o estadiamento completo é obrigatório, já que as características clinicopatológicas isoladamente não permitem a diferenciação entre neoplasias primárias e secundárias. No caso relatado, a paciente já apresentava acometimento multissistêmico no momento do diagnóstico, o que piora consideravelmente o prognóstico da doença. Reforça-se a necessidade de atenção ao diagnóstico diferencial das lesões ulceradas, em particular na topografia cervico-facial.

Palavras-chaves: LINFOMA CUTÂNEO, ÚLCERA, PIODERMA GRANGRENOSO

LÍQUEN PLANO PIGMENTOSO INVERSO

Alexandra Brugnera Nunes, Carolina Finardi Brummer, Claudio Kern Nogueira, Gabriela Di Giunta Funchal

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

Introdução: Líquen plano pigmentoso (LPP) é um distúrbio da pigmentação, representando uma variante rara do líquen plano e se caracteriza por máculas e/ou pápulas hiperpigmentadas, com prurido ocasional, que ocorrem na face, pescoço e flexuras. É uma desordem imunológica, mediada por linfócitos, em que os queratinócitos da camada basal parecem ser o alvo dos linfócitos T. Objetivo: Demonstrar um caso clínico presente em nosso ambulatório. Relato de caso: M.L.V., 59 anos, feminina, refere lesões acastanhadas há dois anos, de surgimento súbito, assintomáticas, em regiões inguinais, dobras axilares,

inframamária e abdome. Nega outras lesões dermatológicas, prurido, sintomas sistêmicos e uso de medicamentos além dos de uso contínuo ou drogas ilícitas. Apresenta as seguintes comorbidades: hipertensão arterial, doença do refluxo gastroesofágico e transtorno depressivo. Em uso de anlodipino, sertralina, e alprazolam. Nega tabagismo ou etilismo. Ao exame dermatológico apresentava máculas acastanhadas, de superfície lisa, com limites nítidos, variando de 1-1,5cm, em regiões inframamária, axilares, inguinais bilateralmente e periumbilical. Ausência de lesões no couro cabeludo, mucosas e unhas. Ausência de linfonodomegalias. Ao exame histopatológico, os cortes de pele evidenciam lesão de interface com queratinócitos apoptóticos e derrame pigmentar na derme. Discussão: O líquen plano pigmentoso inverso é uma variante rara do líquen plano, com poucos casos descritos na literatura médica mundial. Do ponto de vista clínico, as lesões apresentam-se na forma de máculas hipercrômicas, em áreas intertriginosas e flexoras, assintomáticas ou com discreto prurido. Unhas, couro cabeludo e mucosa não são acometidos. Os principais diagnósticos diferenciais são erupção fixa medicamentosa, eritema figurado e hiperpigmentação pós-inflamatória. A evolução da doença é variável, por vezes as lesões desaparecem em poucas semanas, sem a necessidade de terapia. Nos casos em que as lesões não regredem espontaneamente, no entanto, a terapêutica com tacrolimus e corticoesteroides de alta potência, obtiveram sucesso, levando a diminuição da pigmentação.

Palavras-chaves: líquen plano pigmentoso, erupções liquenoides, pregas cutâneas

MORFEIA PAN-ESCLERÓTICA INCAPACITANTE INFANTIL

Sabrina Dell Antonia, Katherine Dal Sochio, Tania Bernadete Campos, Gabriella Funchal
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

Introdução: A morfeia tem incidência estimada entre 0,4 e 2,7 por 100.000 habitantes e é mais comum em mulheres. Afeta todas as raças, mas é mais prevalente nos brancos, e a prevalência em adultos é equivalente à prevalência nas crianças. A etiologia da morfeia permanece indeterminada e seu desenvolvimento é provavelmente um processo multifatorial. A morfeia pansclerótica é a forma mais debilitante da doença e afeta, universalmente, as estruturas subcutâneas e, ainda, estruturas subjacentes (muitas vezes incluindo o osso). Objetivos: Ilustrar quadro clínico exuberante e discussão terapêutica. Relato do Caso: Paciente feminina, branca, 6 anos, natural e procedente de Santa Catarina, sem comorbidades, iniciou com placas hipercrômicas, endurecidas, com raras áreas eritematosas e muitas áreas hipocrômicas de permeio em ambas as pernas aos 2 anos de idade, evoluindo com aparecimento de novas lesões de mesmo padrão nas coxas, glúteos, abdome, região lombossacra, nos braços, por fim, nos antebraços mais recentemente. Realizou biópsia profunda de pele, evidenciando homogeneização do colágeno da derme reticular, além de retificação da interface com o tecido celular subcutâneo, presença ainda de infiltrado inflamatório perivascular superficial e profundo com alguns plasmócitos. Logo no início do quadro, fez uso de prednisolona durante 3 meses e seguiu em uso de metotrexato subcutâneo durante aproximadamente 2 anos. Teve bom controle da doença. Porém, nos últimos meses do uso do metotrexato, o mesmo foi passado para via oral (a criança estava traumatizada com as injeções) e associou-se colchicina tópica nas lesões, suspendendo o uso do metotrexato a seguir. Evoluiu com aparecimento de

novas lesões recentemente. Assim, optou-se por reiniciar metotrexato 15mg/semana e prednisolona 21mg/dia, associados a calcipotriol tópico. Discussão: Poucos estudos randomizados controlados com placebo que avaliam a terapêutica da morfeia foram publicados. Até o momento, o metotrexato combinado com corticosteroides sistêmicos e UVA1 tem os dados mais convincentes em apoio de suas utilizações. Ambos devem ser reservados para aqueles pacientes com envolvimento extenso, facial ou de articulações. Um trabalho prospectivo, publicado em 2012 (o qual não se trata de um ensaio clínico randomizado controlado por placebo) sugeriu que a maximização do metotrexato para doses de 1mg/Kg/dia em período de uso mais prolongado (36 meses ao total) e com administração inicialmente por via SC (durante 24 meses) associado ao corticosteroide oral em doses inicialmente mais elevadas (2mg/Kg/dia, com dose máxima de 60mg/dia) e com manutenção mais prolongada, podem ser ainda mais eficazes para o tratamento da morfeia. A fototerapia com UVA1, UVA de banda larga, PUVA e UVB narrow band (UVB NB) proporcionam benefício aos pacientes com morfeia. Altas doses de UVA1 provavelmente seja a opção mais eficaz. No entanto, os efeitos colaterais a longo prazo podem tornar a fototerapia com UVA1 de baixa dose uma opção mais segura e ainda eficaz. Um estudo randomizado, concluiu que o UVB NB pode ser considerado uma opção de tratamento segura para a morfeia. Outras opções de agentes sistêmicos para tratamento da morfeia, todos com nível de evidência III, são: D-penicilamina em doses de 2 a 5 mg/kg/dia (eficaz em séries de casos); o micofenolato de mofetila, associado a metotrexato e esteroides sistêmicos; ciclosporina; e, fotoférese extracorpórea.

Palavras-chaves: Esclerodermia localizada, Infantil, Morfeia

NEUTROPENIA TRANSITÓRIA AUTOIMUNE: RELATO DE CASO

Aline Scheidemantel, Jeanine Frantz, Thaíse Lyra, Geovana Sartori, Rúbia Rigatti
FURB - Universidade Regional de Blumenau

Introdução: A neutropenia transitória autoimune (NTA) é uma condição rara e caracteriza-se por neutropenia associada a infecções recorrentes logo no início da vida. A neutropenia pode ser uma manifestação de diversas doenças e trazer importantes repercussões aos pacientes. Objetivo: Demonstrar a importância de investigar um quadro de neutropenia, principalmente quando for persistente e trazer complicações infecciosas. Relato do caso: Paciente do sexo feminino, aos 7 meses iniciou com aumento de volume doloroso em região de clitóris associado a diarreia persistente. Abscesso regrediu com antibiótico tópico e compressas mornas. Apresentou mais dois episódios de pequenos abscessos vulvares. Aos 9 meses houve recidiva do abscesso associado a pequenas ulcerações com áreas de necrose central em pequenos lábios e sem resposta ao tratamento com antibiótico local e oral. Apresentava infecção respiratória concomitante, além de diarreia e febre. História progressiva de infecções respiratórias e diarreias frequentes desde o 6º mês. A cultura de secreção da lesão revelou *Pseudomonas aeruginosa*. O hemograma demonstrou agranulocitose, discreta anisocitose e moderada plaquetose. O mielograma apresentou uma medula óssea normocelular, com citogenética normal e sem alteração displásica. A pesquisa genética foi negativa. Confirmado, então, o diagnóstico de NTA, iniciou-se o tratamento com fator estimulador de colônia de

granulócitos (G-CSF). Houve boa resposta com o uso desta medicação, a qual teve sua dose reduzida gradualmente até ser suspensa. Discussão: A NTA é uma neutropenia adquirida, mais comum em meninas e crianças abaixo dos dois anos de idade. Na maioria dos casos, o curso é benigno e autolimitado. A NTA manifesta-se através de infecções cutâneas e de trato respiratório inferior. O padrão ouro para diagnóstico é a presença de autoanticorpos específicos contra os neutrófilos. A medula óssea encontra-se normal. As infecções costumam ser brandas nestes pacientes. Na presença de sérias infecções recomenda-se o início de G-CSF.

Palavras-chaves: autoimune, abscesso vulvar, infecções, neutropenia

O PAPEL DA DERMATOSCOPIA EM UM CASO DE TINEA NIGRA E NEVO MELANOCÍTICO JUNCIONAL ACRAL NA REGIÃO PALMAR DIREITA

Catarina Cé Bella Cruz, Rosana Cé Bella Cruz, Théo Nicolacopulos, André Luiz Rossetto Univali - Universidade do Vale do Itajaí

INTRODUÇÃO: Tinea nigra (TN) é uma dermatomicose rara, cosmopolita, diagnóstico clínico considerado fácil, causada pelo fungo *Hortaea werneckii*. A dermatoscopia típica com espículas finas, pigmentadas, não seguindo os dermatóglifos confirma e auxilia os diagnósticos clínico e diferencial, sendo preferida ao tradicional exame micológico. **OBJETIVOS:** Relatar um caso de TN com dermatoscopia atípica e diferencial com nevo melanocítico juncional acral na região palmar direita. **RELATO DE CASO:** Mulher, 33 anos, preocupada com malignidade das máculas na região palmar direita com tamanhos e cores, respectivamente, 1,5x2,4cm e castanha escura, 0,3cm e preta. Lesão menor com dermatoscopia padrão em treliça compatível com nevo melanocítico juncional acral; paciente orientada da ausência de malignidade, mas insistiu na exérese cuja histopatologia reafirmou o diagnóstico clínico pela dermatoscopia. Lesão maior dermatoscopia revelou espículas finas, pigmentadas, homogêneas, predominando padrão das cristas paralelas; entretanto, em algumas áreas periféricas estas espículas não seguiram os dermatóglifos caracterizando a TN; exame micológico revelou o fungo *H. werneckii*. TN tratada com butenafina durante 20 dias, mesmo com clareamento quase total da mácula e micológicos de controle negativos foi mantido mais 10 dias porque a dermatoscopia revelou algumas espículas menores com persistência discreta das cristas paralelas. No final dos 30 dias da terapêutica tópica regressão clínica total da mácula com exames dermatoscópicos e micológicos negativos. **DISCUSSÃO:** No presente caso identificamos *H. werneckii*, mas na Venezuela casos por *Stenella araguata* e Curitiba um caso infantil de TN-like por *Cladophialophora saturnica*, podendo representar outros fungos etiológicos. Dermatoscopia típica das espículas finas não seguindo dermatóglifos é um exame com diagnóstico imediato e confiável na TN podendo dispensar o micológico. Recentemente reportados casos com máculas semelhantes aos nevos acrais e melanomas ou máculas clássicas com dermatoscopias das cristas e sulcos paralelos mimetizando as lesões melanocíticas como melanoma maligno, o padrão dermatoscópico típico da TN mesmo em poucas áreas, independente das cristas paralelas predominantes como no presente relato, foram determinantes para os diagnósticos desta dermatomicose. A presença das poucas espículas justificou a dermatoscopia durante o tratamento porque corroborou na manutenção da butenafina por 30 dias conforme preconizada e evitando possíveis falhas medicamentosas

ou recidivas. Concluímos que são raros nevo melanocítico juncional acral e TN na mesma região palmar; os papéis das dermatoscopias, mesmo com predomínio das cristas paralelas e considerado atípico na TN, foram cruciais nas confirmações dos diagnósticos clínicos, diferenciais e condutas das duas enfermidades; recomendamos a dermatoscopia na terapêutica nesta dermatomicose; estudos futuros poderão determinar outros padrões dermatoscópicos na TN.

Palavras-chaves: Dermatoscopia, Dermatomicoses, Tinea nigra, Nevos e Melanomas, Antifúngicos

PILOLEIOMIOMA: O MANEJO DA DOR COMO DESAFIO TERAPÊUTICO

Simone Perazzoli, Kenselyn Oppermann, Hellen Marie Casali, Renata Heck, Renan Bonamigo
ADS - Ambulatório de Dermatologia Sanitária

Introdução: O piloleiomioma é um tumor benigno originado do músculo eretor do pelo, que predomina em adultos jovens (20-40 anos). As lesões podem ser solitárias ou múltiplas, acometem mais frequentemente as extremidades e podem cursar com dor espontânea ou exacerbada por frio e estímulos físicos. Objetivo: Demonstrar o caso de paciente com extensa e muito sintomática placa de piloleiomioma, revisando aspectos clínicos e terapêuticos. Relato de caso: Paciente masculino, 53 anos, há 8 anos com lesões endurecidas em região escapular, apresentando aumento progressivo. As lesões eram inicialmente assintomáticas, mas posteriormente tornaram-se fortemente dolorosas, “em queimação”. Clinicamente, eram pápulas e nódulos eritematosos, com superfícies lisas, que confluíam formando uma placa de consistência endurecida em dorso superior. A histopatologia evidenciou discreta queratose, camada epidérmica íntegra, derme substituída por proliferação turbilhonada e fascicular de células com citoplasma eosinofílico, núcleos fusiformes. Concluiu-se pelo diagnóstico clínico-patológico de piloleiomioma. Iniciado tratamento com nifedipina, sem melhora. Foi adicionada gabapentina com aumento gradual até 1500 mg/dia, obtendo melhora de 50% da dor. Diante de piora da dor e humor deprimido, associou-se amitriptilina 50mg/dia. Apesar da tripla terapia, paciente apresenta episódios de exacerbação algica. O uso de esteróide intralesional está no planejamento terapêutico da equipe. Discussão: As lesões do piloleiomioma podem ser múltiplas ou solitárias, tendo a dor como aspecto marcante, por compressão de terminações nervosas na pele. De modo geral, acometem as extremidades, seguidas pelo tronco, face e pescoço. Apresentam-se como nódulos firmes eritematosos, não aderidos aos tecidos profundos, agrupados, lineares ou seguindo dermatomo. Crises algicas podem ser agravadas com frio ou atrito. Piloleiomiomas múltiplos associados a leiomiomas uterinos podem estar associados a carcinoma de células renais (síndrome de Reed). A introdução da terapêutica deve basear-se na sintomatologia do paciente; nas lesões menores, opta-se por excisão cirúrgica. Para os casos mais extensos e sintomáticos, opta-se pela nifedipina. A gabapentina tem sido uma boa opção terapêutica para alívio de dor neuropática. Crioterapia e eletrocoagulação têm se mostrado pouco efetivas. Outras alternativas são bloqueadores alfa-adrenérgicos, nitroglicerina, infiltração com CE, antidepressivos e procedimentos ablativos. Pacientes com múltiplas lesões como no presente caso, em que a cirurgia é inviável, o manejo da dor torna-se um desafio.

Palavras-chaves: piloleiomioma, tumor benigno, manejo da dor

PITIRÍASE VERSICOLOR CRÔNICA

Thaíse Lyra, Adma Silva de Lima, Rúbia Tábata Rigatti, Aline Scheidemantel, Geovana Penteado Sartori

FURB - Fundação Universidade Regional de Blumenau

Introdução: A pitiríase versicolor é uma micose cutânea superficial, causada por fungos leveduriformes do gênero *Malassezia* spp. Usualmente comensais das camadas queratinizadas da pele, entretanto sob determinadas condições, estes adquirem sua forma patogênica, a miceliana. É uma dermatose bastante frequente em regiões de clima tropical, onde o aumento da sua prevalência é explicado pela umidade elevada e pelas altas temperaturas. A apresentação clínica é representada por manchas, de coloração variável, mais comumente hipocrômicas ou acastanhadas, em áreas extensas, numulares e confluentes. O esquema terapêutico pode ser realizado através de agentes tópicos, como o sulfeto de selênio 2,5 a 5% na forma de xampu ou cetoconazol em creme, e por meio de agentes sistêmicos, sendo os azólicos o grupo de escolha. Após o tratamento, mesmo que adequado, a PV pode evoluir clinicamente para cura clínica e micológica, para forma recidivante ou para pitiríase versicolor crônica. Relato de caso: Mulher, 36 anos, branca, natural e procedente de Brusque -SC, consultou-se em maio de 2012 alegando manchas na pele. Durante a anamnese, paciente referiu quadros de pitiríase versicolor recorrentes, com prevalência nos meses quentes do ano, há aproximadamente 5 anos. Ao exame dermatológico apresentava placas eritemato-acastanhadas com sinal de Zilery positivo em dorso, abdome, coxas, antebraços e mãos. Como tratamento foi instituído itraconazol 200mg VO por 7 dias, stiprox shampoo e candicort virilhas. Durante o acompanhamento, houve melhora das lesões com posterior recidiva, optou-se por realizar 2 biopsias. Estas foram compatíveis com dermatofitose. Paciente manteve supervisão médica nos meses seguintes, com persistência de lesões ativas em dorso e abdome, positivas clinicamente e à lâmpada de Wood. Foi então, iniciado Isotretinoína 0,5 a 1mg Kg/d. Após 5 meses de tratamento a paciente evoluiu com melhora completa. Orientado uso de Celamina zinco xampu três vezes por semana, retorno anual e novo curso de Isotretinoína se recidiva. Após 4 anos sem acompanhamento paciente retorna com quadro de P.V novamente ativa e extensa. Ao exame, lesão acastanhada, irregular, assimétrica, com aproximadamente 0,7 cm de diâmetro em dorso lateral à esquerda. Pesquisa de fungos positiva, hifas e conídeos compatíveis com a hipótese clínica de *Malassezia*. Micológico direto evidenciando hifas curtas e encurvadas e elementos leveduriformes sugestivos de *Malassezia furfur*. Cultura, *Malassezia globosa*. No período paciente apresentou piora das lesões mesmo em uso de itraconazol. Iniciado então, como medida fluconazol 400mg, duas vezes ao dia, por quinze dias, com melhora significativa das lesões. Discussão: As recorrências constituem o principal desafio terapêutico da pitiríase. Nesses casos ela pode evoluir em surtos, ora com melhora das lesões e ora com pioras. Em alguns pacientes a infecção recidiva na ausência de qualquer fator predisponente, semelhante ao da paciente deste estudo. Segundo Sampaio os recursos para prevenir as recidivas, pós tratamento, são repetir ou usar semanalmente xampu e um tópico de escolha, ou itraconazol 200mg/por mês por seis meses, ou ainda, em casos resistentes, isotretinoína 0,5-1mg/kg por 4 ou 5 meses. Baseado nesta literatura, o curso de

isotretinoína foi realizado com êxito parcial. Melhorando as lesões em um primeiro momento, entretanto não evitando posterior recidiva.

Palavras-chaves: Pitiríase versicolor, *malassezia* spp., Pitiríase versicolor crônica

PSORIASE OSTRACEA EM PACIENTE HIV POSITIVO

Carolina Finardi Brummer, Alexandra Brugnera Nunes, Daniel Holthausen Nunes, Ariel Cordova Rosa, Renata Rodrigues da Silva

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

Introdução: A psoríase ostrácea é uma forma rara de psoríase hiperqueratótica. Essa variante apresenta a face interna das lesões exibe aparência de ostra e a superfície externa é coberta por escamas grossas e aderentes. **Motivo da apresentação:** Demonstrar um caso raro de psoríase em paciente imunodeprimido, com evolução inesperada. **Relato do caso:** Paciente masculino, 38 anos, morador de rua, HIV positivo sem tratamento e usuário crônico de maconha e crack, foi internado devido a lesões de pele dolorosas e artralgia em joelhos. O paciente apresentava as lesões há cerca de 4 meses, com início em membros inferiores, tronco, membros superiores e couro cabeludo, sem acometimento de mucosas. Ao exame apresentava múltiplas placas numulares eritematosas de bordos discretamente elevados e descamativos com lesão concêntrica em placa circular hiperkeratótica, algumas lesões confluindo, disseminadas pelo corpo, principalmente em tronco. Também observava-se hiperqueratose palmo-plantar importante, com onicodistrofia, hiperqueratose ungueal de praticamente todas as unhas das mãos e dos pés, além de áreas de raferação dos fios em couro cabeludo. O diagnóstico de psoríase foi confirmado por exame anátomo-patológico que demonstrava epiderme com acantose psoriasiforme, espongióse e hiperparaqueratose com neutrófilos na camada córnea e adelgaçamento suprapapilar. Na derme, apresentava-se infiltrado inflamatório mononuclear discreto perivascular, superficial, melanófagos e vasos tortuosos. O paciente iniciou o tratamento com terapia anti-retroviral com melhora surpreendente e completa das lesões dentro de apenas um mês de uso da medicação, sem necessidade de tratamento adicional. **Discussão:** A psoríase é doença inflamatória de evolução crônica, que acomete pele e articulações. Ela apresenta etiologia multifatorial, com base genética, sendo desencadeada por diversos estímulos ambientais. Em relação à clínica, a doença é classificada como psoríase em placas, gutata, eritrodérmica, pustulosa, ungueal e artropática. As lesões hiperkeratósicas também podem ser observadas e verificam-se na literatura diversas denominações para elas, como elefantine, rupióide, ostrácea e pseudocórnea. No caso descrito as lesões são características de psoríase ostrácea: superfície interna côncava semelhante à ostra, com anéis concêntricos de diferentes cores. Na diferenciação das lesões hiperkeratósicas, o aspecto rupióide apresenta a superfície escamosa muito espessa e aderente, com lesões cônicas semelhantes a um crustáceo (limpet-like). Já a psoríase elefantine foi descrita como apresentando escamação muito espessa e persistente, formando grandes placas, em geral na região dorsal, membros e quadris. A variante pseudocornu cutaneom psoriaticum também apresenta lesões rupióides, embora com hiperqueratose mais proeminente, lembrando um corno cutâneo. Por apresentar aspecto hiperkeratótico da doença, as lesões são de difícil remoção. Devido a essa característica, os

agentes queratolíticos e até remoção cirúrgica são necessários no tratamento. No caso apresentado houve uma evolução inesperada, pois ocorreu regressão completa das lesões após melhora do quadro imunológico do paciente, sem necessidade de tratamento especificamente direcionado as lesões. Com isso, podemos reafirmar que há um importante aspecto imunológico nos quadros de psoríase

Palavras-chaves: Imunossupressão, Psoríase ostraça, Psoríase hiperqueratótica

RELATO DE CASO: ICTIOSE LAMELAR ASSOCIADA À HEMOFILIA A

Tháise Lyra, Geovana P. Sartori, Jeanine Frantz, Aline Scheidmantel, Rúbia T. Rigatti

FURB - Fundação Universidade Regional de Blumenau

Introdução: As ictioses correspondem a um grupo heterogêneo de doenças que possuem como característica comum a cornificação anormal da epiderme, clinicamente possuem padrões de descamação e histopatologicamente, por hiperqueratose. O subtipo ictiose lamelar é uma herança autossômica recessiva, com expressividade variável e com igual distribuição entre os gêneros. Envolve uma mutação no gene TGM1 no cromossomo 14. Na maioria das vezes o bebê colóquio é a apresentação inicial da ictiose lamelar, entretanto ele representa a expressão fenotípica de diversos genótipos. Nessa apresentação clínica os lactentes estão cobertos, ao nascimento, por membrana espessa e transparente que envolve toda a superfície corpórea, ectrópio, achatamento do nariz, das orelhas e fixação dos lábios em uma configuração em forma de O. Nas primeiras 2 semanas de vida, a membrana se desprende, evoluindo para grandes escamas escuras em quadrilátero livres nas bordas e aderentes no centro. A descamação muitas vezes é pronunciada e envolve toda a superfície corporal, incluindo as superfícies de dobras. Já as hemofilias são doenças hemorrágicas decorrentes da deficiência de fatores de coagulação, a partir de mutações nos genes que codificam esses fatores. A hemofilia A é uma doença recessiva, ligada ao cromossomo X. **Objetivo:** Relatar um caso de ictiose lamelar associado a hemofilia A. **Relato de caso:** Recém-nascido masculino, 36 semanas, com 2.750kg e 46 cm de comprimento; Apgar 8 e 9 no primeiro e no quinto minuto. Mãe com 25 anos, primigesta, sem história de parentesco com o pai da criança. Negado presença de doenças genéticas em ambos. Ao nascimento, o RN apresentava pele coberta por membrana tensa, espessa, acompanhada de eversão de pálpebras e lábios. Na evolução do quadro, houve descamação extensa da pele e perda de peso. Foi prescrito hidratação contínua que evoluiu mantendo poucas áreas de descamação em tronco e pernas. Ao final do primeiro ano de vida, houve melhora completa do ectrópio e eversão. Aos 17 meses começou a apresentar quadros de hematomas e equimoses aos mínimos traumas, como sangramento ao local de punção. A investigação dos sintomas levou ao diagnóstico de hemofilia A. Aos 7 anos, foi iniciado o uso de acitretina®, com obtenção de excelente resposta. Um ano após início do tratamento com o retinoide, houve diminuição do fator VIII, o medicamento então foi suspenso até a normalização. Não foi encontrado nenhuma ligação direta entre o uso do medicamento e a queda dos níveis do fator de coagulação. O medicamento foi então, reintroduzido em doses graduais. **Discussão:** As ictioses congênitas podem estar associadas sabidamente a outros quadros, caracterizando ou não, algumas Síndromes, como por exemplo Síndrome de Sjogren – Larsson, Síndrome de Netherton, Síndrome de Chanarin-Dorfman e

Síndrome de CHILD. A associação com a hemofilia A é uma condição bastante rara, sem nenhuma referência em literatura, portanto, digna de relato. Apesar das duas patologias, serem desordens genéticas, não há evidências de conexão entre elas. Enquanto a Hemofilia A está ligada a um gene localizado na extremidade do braço longo do cromossomo X, porção Xq28 (6). A ictiose é principalmente ligada a uma mutação no gene TGMI localizado no cromossomo 14 (14q11), existindo também, possivelmente, ligação com outros genes. Ou seja, as bases moleculares envolvidas nos aspectos genéticos das duas doenças, não tem correlação entre si.

Palavras-chaves: genodermatose, ictiose lamelar, TGMI, hemofilia A

RELATO DE GENODERMATOSE RARA: INCONTINÊNCIA PIGMENTAR

Thaíse Lyra, Geovana P. Sartori, Jeanine Frantz, Rúbia T. Rigatti, Aline Scheidemantel
FURB - Universidade Regional de Blumenau

Introdução A Incontinência Pigmentar, é uma doença rara, ligada ao cromossomo X, de herança autossômica dominante. A doença acomete de maneira mais frequente neonatos do sexo feminino, sendo sua expressividade fenotípica e gravidade são variáveis. As manifestações se iniciam no período neonatal com uma erupção vesicular sobre base eritematosa (estádio 1), de distribuição linear de acordo com as linhas de Blaschko. As alterações cutâneas são classicamente divididas em mais 3 estágios que podem ocorrer de forma simultânea ou progressiva. Lesões verrucosas hiperkeratóticas, caracterizam o estágio 2. A fase 3, fase clássica da doença, manchas hipercrômicas com formas de estrias ou espirais. Fase 4, é caracterizada por máculas lineares hipocrômicas, atróficas, permanentes e com ausência de anexos cutâneos.(4,5). Objetivo: Relatar um caso de incontinência pigmentar, doença rara e de difícil diagnóstico. Relato de caso: Recém-nascido feminino, à termo, com 2.670kg e 47 cm de comprimento; Apgar 8 e 9 no primeiro e no quinto minuto. Antecedentes obstétricos e familiares sem particularidades. Logo após o nascimento, apresentava-se com lesões pustulares em todo corpo. Na evolução do quadro, as lesões continuaram surgindo em braços e pernas. Ao exame físico a RN com 3.120 kg, e com lesões vesiculares e bolhosas seguindo as linhas de Blaschko, em redemoinho, nos membros superiores, inferiores e tronco. Em um primeiro momento questionou-se melanose pustular, incontinência pigmentar e herpes simples. Foi realizado biópsia para confirmação diagnóstica. Os exames laboratoriais demonstraram leucocitose com predomínio de eosinófilos. A biópsia da pele revelou dermatite espongiótica com eosinófilos, compatível com a hipótese clínica de incontinência pigmentar. A paciente foi então, encaminhada para avaliação oftalmológica, neurologista e cardiologista. Nas consultas seguintes a paciente apresentou pápula eritematosa em hálux direito associada a algumas vesículas e lesão papular em perna direita. Na consulta seguinte apresentou melhora da lesão, entretanto houve desenvolvimento de lesão verrucosa no local que desapareceu após um mês. O quadro evoluiu apresentando eczema numular, xerose, eritema em regiões atróficas da pele, lesões hipercrômicas em membros e áreas com lesões verrucosas que apresentavam fase de atividade e remissão. Cerca de um ano e meio após o nascimento a paciente encontrava-se com lesões inalteradas, manchas atróficas em perna direita mostrando melhora em relação a exames anteriores. Manchas hipercrômicas em hemitórax à direita.

Perda de unha do halux direito, e distrofia em halux esquerdo. Erupção dentária dentro da normalidade e apenas um dente em forma de cone. Quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor, não havia alterações. Discussão: É descrito um caso de incontinência pigmentar clássica, onde as quatro fases da doença estiveram presente. Ao nascimento a RN encontrava-se na fase 1 da doença. Após algumas semanas na fase 2, e posteriormente apresentou lesões compatíveis com fase 3 e fase 4 respectivamente. Todas as lesões ocorreram, primeiramente de forma sequencial, e após, de forma concomitante. As anormalidades dentárias, presentes em 60% dos pacientes maiores de um ano de idade, podem ser do tipo anodontia parcial, dentes pequenos e cônicos e ainda se manifestar por atraso da erupção dentária. Estas são alterações permanentes (8) . A paciente relatada apresentou apenas dente cônico único.

Palavras-chaves: genodermatose, Incontinência pigmentar, Síndrome de Block-Sulzberger

RETALHO DE ROTAÇÃO BILATERAL PARA RECONSTRUÇÃO DE PONTA NASAL APÓS CIRURGIA DE MOHS

Felipe Bochnia Cerci, Elisa Mayumi Kubo Sasaya, Letícia Mayer Alves de Andrade
HC - UFPR - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Introdução: Retalhos de rotação são importantes opções de reparo da região nasal após cirurgia micrográfica de Mohs. As áreas doadoras variam de acordo com a localização do defeito cirúrgico, e incluem principalmente dorso nasal, parede nasal e glabella. Quando um arco da rotação não é o suficiente, retalho bilateral pode ser utilizado. Objetivos: Ilustrar o retalho de rotação bilateral para reconstrução de defeito cirúrgico com exposição de cartilagem na ponta nasal após cirurgia de Mohs. Relato do caso: Paciente feminina, 45 anos, submetida à cirurgia micrográfica de Mohs para remoção de carcinoma basocelular infiltrativo em ponta nasal, sob anestesia local com lidocaína e vasoconstritor. As margens cirúrgicas estavam livres após dois estágios, com ferida cirúrgica resultante de 1.5 x 1.3cm em ponta nasal à direita. Foram consideradas e discutidas diferentes opções de reparo, entre elas cicatrização por segunda intenção, fechamento primário, enxerto de pele e retalhos. Devido à extensão da ferida e da exposição de cartilagem, foi optado por realizar retalho de rotação bilateral, que recrutou pele da própria ponta e do dorso nasal. Os arcos do retalho de rotação foram marcados de forma a serem camuflados entre as subunidades nasais (ponta-asas, dorso-paredes nasais). Após incisão e descolamento no plano inframuscular, foi realizada hemostasia e sutura do retalho com monocryl 4 e mononylon 5. A paciente evoluiu sem complicações. No pós-operatório tardio, houve restauração do volume da ponta nasal, com as cicatrizes dos arcos de rotação camufladas entre as subunidades nasais. Discussão: O retalho de rotação bilateral pode ser útil para reparo de feridas cirúrgicas em ponta nasal em casos selecionados, com adequada restauração e projeção da ponta nasal. Deve-se ter em mente a importância de técnica operatória adequada para minimizar as incisões e camuflá-las entre as subunidades nasais.

Palavras-chaves: cirurgia de Mohs, neoplasias nasais, retalhos cirúrgicos

RETALHO EM ILHA RETROAURICULAR (PULL-THROUGH FLAP) PARA REPARO DE ANTIHÉLICE APÓS CIRURGIA DE MOHS

Felipe Bochnia Cerci, Elisa Mayumi Kubo Sasaya, Luciana Menezes de Azevedo
HC - UFPR - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Introdução: Reconstrução auricular pode ser desafiadora devido à complexa topografia da orelha. As diversas opções de reparo devem ser individualizadas de acordo com o caso e com a preferência do cirurgião. Apesar de o retalho em ilha retroauricular ser mais utilizado para reparo da concha auricular, também pode ser utilizado para feridas na antihélice. **Objetivos:** Ilustrar o retalho em ilha retroauricular para reparo da antihélice após cirurgia de Mohs. **Relato do caso:** Paciente masculino, x anos, submetido à cirurgia micrográfica de Mohs para remoção de carcinoma basocelular esclerodermiforme em antihélice direita, sob anestesia local com lidocaína e vasoconstritor. As margens cirúrgicas estavam livres após um estágio, com ferida cirúrgica resultante de 1.6 x 1.4cm em antihélice direita, com ressecção da cartilagem subjacente devido à infiltração tumoral. Foram consideradas e discutidas diferentes opções de reparo, entre elas cicatrização por segunda intenção, fechamento primário, enxerto de pele e retalhos. Tendo em vista a perda de cartilagem e a profundidade da ferida, foi optado por realizar o retalho em ilha retroauricular. Inicialmente, a ferida foi medida com um molde, que foi posicionado na região retroauricular e demarcado. O retalho foi então incisado e descolado mantendo seu pedículo em ilha na região retroauricular. Em seguida, foi realizada uma pequena incisão na ferida criando um “túnel” próximo ao retalho. A incisão deve ser de tamanho suficiente para acomodar o pedículo se comprometimento vascular. O retalho, sem tensão, “atravessou” a incisão para cobrir o defeito na antihélice. Após hemostasia, o retalho foi suturado com mononylon 5, e a área doadora suturada de maneira primária. O paciente evoluiu sem complicações e houve adequada restauração do contorno auricular. **Discussão:** O retalho em ilha retroauricular é um retalho eficiente para defeitos de antihélice, de rápida execução e pequena morbidade operatória. Ótimo resultado funcional e estético pode ser obtido.

Palavras-chaves: cirurgia de Mohs, neoplasias da orelha, retalhos cirúrgicos

RETALHO MUSCULOCUTÂNEO NASAL EM ILHA PARA RECONSTRUÇÃO NASAL APÓS CIRURGIA DE MOHS

Felipe Bochnia Cerci, Elisa Mayumi Kubo Sasaya, Tahnee Aíçar de Suss, Ana Carolina de Oliveira Pierin
HC - UFPR - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Introdução: Retalhos de avanço em ilha têm como característica a sua boa mobilidade, mas para isso necessitam de tecido celular subcutâneo abundante no seu pedículo. Uma variação deste retalho é o retalho musculocutâneo nasal em ilha, que tem como característica o pedículo lateral, devido ao seu descolamento ser realizado em dois planos (infradérmico e inframuscular). Sua principal indicação são feridas na porção lateral e superior da ponta e dorso nasais. **Objetivos:** Ilustrar dois casos de retalho miocutâneo nasal em ilha para reconstrução nasal após cirurgia de Mohs. **Relato do caso(s):** Paciente masculino, 48 anos, submetido à cirurgia micrográfica de Mohs para remoção de carcinoma basocelular em ponta

nasal, sob anestesia local com lidocaína e vasoconstritor. As margens cirúrgicas estavam livres após um estágio, com ferida cirúrgica resultante de 1.2 x 1.1cm em ponta nasal à esquerda e dorso nasal inferior. Após considerações sobre as diferentes opções de reparo, foi optado em realizar retalho musculocutâneo nasal em ilha, que recrutou pele do próprio dorso nasal. O retalho foi desenhado no formato de um triângulo, com sua incisão lateral camuflada entre o dorso e a parede nasal esquerda. Em seguida, foi descolado em dois planos, infradérmico e inframuscular, para preservar o pedículo muscular entre eles. Realizada, então, hemostasia e sutura do retalho na ferida primária com monocryl 4 e mononylon 5. O paciente evoluiu sem complicações, com restauração do contorno nasal e cicatrizes parcialmente camufladas entre as subunidades nasais. O outro caso apresentado é semelhante, porém no lado direito do nariz. Discussão: O retalho musculocutâneo nasal em ilha é uma alternativa para reparo de feridas operatórias no nariz. Tem como principal vantagem a alta mobilidade devido ao pedículo muscular lateral. A principal desvantagem é o risco de “trap door”, inerente a retalhos em ilha, que pode ser minimizada com planejamento adequado.

Palavras-chaves: cirurgia de Mohs, neoplasias nasais, retalhos cirúrgicos

RETÍCULO-HISTIOCITOSE MULTICÊNTRICA: ILUSTRAÇÃO DIAGNÓSTICA E DISCUSSÃO TERAPÊUTICA

Katherine Dal Sochio, Sabrina Freiburger Dell`Antonia, Oscar Cardoso Dimatos, Juliana Kida Ikino, Gabriella Di Giunta Funchal

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

INTRODUÇÃO: A Retículo-histiocitose Multicêntrica é uma doença sistêmica rara. Neste trabalho, será relatado caso clínico com boa resposta terapêutica ao metotrexato. **OBJETIVOS:** Ilustração de entidade clínica rara e discussão terapêutica. **RELATO DO CASO:** Paciente feminina, 55 anos, branca, iniciou com lesões assintomáticas, no nariz há três meses, com posterior aparecimento de lesões nas mãos, abdome e membros inferiores. Apresentava também, dificuldade para deambular associada a dor nos joelhos há 1 mês. Ao exame, manchas eritematovioláceas distribuídas no dorso dos quirodáctilos, flancos e região posterior da coxa direita, nódulo violáceo de 1,5 cm, consistência endurecida, na face posterior da coxa direita e placa eritematosa de 1 cm no dorso nasal. Edema e dor à palpação de ambos os joelhos. Exame histopatológico da pele compatível com retículo-histiocitose multicêntrica. Exames complementares sem evidência de neoplasia. Em avaliação com reumatologista, apresentava sinovite em articulações interfalangeanas proximais e metacarpofalangeanas à esquerda e artrite em ambos os joelhos. Foi prescrito prednisona 20mg/dia, cálcio, vitamina D e alendronato de sódio. No seguimento, devido a persistência da sinovite foi iniciado metotrexato 10 mg/semana e ácido fólico 5mg/semana. Na reavaliação, apresentava boa resposta ao tratamento, paciente mais ativa, com menos dificuldade para deambular e melhora gradual das lesões cutâneas. **DISCUSSÃO:** A Retículo-histiocitose Multicêntrica é uma doença sistêmica rara e de etiologia desconhecida, pertencente ao grupo de histiocitoses de células não Langerhans. Afeta mais comumente as mulheres e as primeiras manifestações ocorrem entre os 40-50 anos de idade. As lesões cutâneas podem ser de cor rosa, marrom ou acinzentada, variando de pápulas de poucos milímetros a nódulos de dois centímetros de

diâmetro. Os locais mais afetados são as mãos e a face. Pequenas pápulas ao redor das unhas são achados clínicos típicos, acometendo 27% dos pacientes, denominados de “colar de contas”. As lesões de mucosa podem afetar de 34% a 50% dos pacientes e atingem principalmente língua, lábios, gengivas e septo nasal. Em relação às manifestações articulares, os pacientes apresentam poliartrite progressiva, difusa e simétrica, podendo evoluir para artrite mutilante. Geralmente é considerada doença primária, mas pode estar associada a doenças autoimunes e, também, a hiperlipidemia. Relatou-se que mais de 28% dos pacientes apresentam tumores malignos, sendo mais comuns os carcinomas brônquicos, mamários, gástricos e cervicais. No caso relatado, a paciente realizou exames de rastreio e, até o momento não foram encontradas alterações sugestivas de neoplasia maligna. O diagnóstico é baseado nos exames clínico e histopatológico das lesões cutâneas e do tecido sinovial. O infiltrado típico é composto de histiócitos e células gigantes multinucleadas, com citoplasma volumoso, eosinofílico, granular, tendo aparência de vidro fosco. Em relação ao tratamento, em pacientes com quadros leves, o uso de agentes não esteroidais pode ser recomendado para alívio sintomático, já em sintomatologias mais graves, indica-se a combinação de medicamentos, como a prednisona, ciclofosfamida e/ou metotrexato. Há relatos também da eficácia da ciclosporina A. Demonstrou-se que o alendronato de sódio e os inibidores de TNF podem ser eficazes em alguns casos. Neste relato, a paciente iniciou tratamento com metotrexato, apresentando boa resposta terapêutica.

Palavras-chaves: histiocitoses de células não langerhans, metotrexato, retículo-histiocitose multicêntrica

ROSÁCEA EXTRA-FACIAL: RELATO DE CASO DE ACOMENTIMENTO EM COURO CABELUDO

Maria Carolina Casa Souza, Camila Rotta Pereira, Ana Eliza Teixeira Ribeiro, Juliana Fontoura Nogueira, Giselle Martins Pinto

UFCSPA - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Introdução: Rosácea é uma condição inflamatória crônica que mostra uma grande gama de características clínicas como telangectasias, eritema, pápulas e pústulas. Envolve principalmente a parte central da face (região frontal, malar e nariz), no entanto, apesar de muito menos frequente, o comprometimento extra-facial tem sido descrito. Fatores envolvidos em sua fisiopatologia incluem densa presença de glândulas sebáceas e a composição vascular da pele. Inúmeros gatilhos agravam suas manifestações incluindo luz ultravioleta, calor, alimentos apimentados e álcool, além disso, uma resposta imune exacerbada contra o *Demodex folliculorum* e o *Helicobacter pylori*. No caso da rosácea extra-facial acredita-se que a elastose solar em uma pele cronicamente exposta ao sol e a infestação disseminada do *Demodex folliculorum* tenham um papel importante. Esse tipo de manifestação é extremamente infrequente, sendo que normalmente aparece em conjunto com um quadro de rosácea facial grave. Objetivo: Apresentamos um quadro de rosácea de couro cabeludo, associado a história de rosácea facial prévia. O quadro chama a atenção por sua raridade clínica e tricoscópica e dificuldade diagnóstica. Relato de caso: J.S.B., 74 anos, masculino, procura o serviço de dermatologia por quadro de prurido importante e lesões pustulosas em região parieto – occipital de surgimento há cerca de 5 meses com piora

progressiva nos últimos tempos. História de Hipertensão Arterial Sistêmica e doença do refluxo, vinha em uso pantoprazol, losartana e atenolol. Ao exame físico e tricoscópico, apresentava eritema importante com telangectasias por todo couro cabeludo, além de pequenas pústulas e pápulas normocrômicas principalmente em região parieto – occipital. Paciente foi submetido a biópsia de couro cabeludo da região parietal posterior e de vértice que demonstrou miniaturização das haste foliculares, aumento de fios catágenos e telógenos, foliculite supurativa com infiltrado misto, marcado dano actínico e ceratoses actínicas. Pesquisa para fungos negativas. Iniciou-se tratamento com doxiciclina 100mg por dia com boa resposta, com melhora do prurido, do eritema e das pústulas após cerca de 2 meses. Diante dos achados clínicos, dermatoscópicos, exame anatomopatológico e da excelente resposta ao uso de doxiciclina o diagnóstico de rosácea em couro cabeludo ficou evidente. Discussão: Quadros de rosácea extra-facial ou “couro cabeludo vermelho” têm sido raramente reportados na literatura. Essa forma afeta predominantemente homens e tem um diagnóstico bastante difícil devido seu padrão atípico. O diagnóstico é de exclusão, realizado pela clínica de um quadro de pápulas e pústulas sobre uma base eritematosa e telangectásica, além dos dados da dermatoscopia. A histopatologia não é tão útil, pois as características variam muito com a fase e podem mostrar achados inespecíficos. Na dermatoscopia é possível observar telangiectasias, eritema, pápulas e pústulas foliculares. No presente caso o paciente apresentava sinais clínicos e dermatoscópicos bastante característicos de rosácea em couro cabeludo, sem acometimento de face no momento da consulta, dificultando seu diagnóstico.

Palavras-chaves: Couro cabeludo, Dermatoscopia, Rosácea

SÍNDROME DE BIRT-HOGG-DUBÉ: RELATO DE CASO

Gabriela Mantovani Pazian, Paula Graziela Wessler, Tatiane Èlen de Souza, Fabiane Mulinari-Brenner, José Cláudio Casalli

UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina, HC/UFPR - Hospital de Clinicas/Universidade Federal do Paraná, Curitiba, HCV/PR - Hospital Cruz Vermelha Brasileira Filial do Paraná, Erasto Gaertner - Hospital Erasto Gaertner

INTRODUÇÃO: A Síndrome de BirtHoggDubé (BHD) é uma genodermatose autossômica dominante rara caracterizada por fibrofoliomas ou tricodiscomas, cistos pulmonares e pneumotórax espontâneo e tumores renais. A síndrome está ligada ao gene FLCN que codifica a foliculina e está preferencialmente expressa na pele, rins e pulmão. **OBJETIVO:** Fazer a detecção precoce desta rara síndrome genética, para proporcionar correto acompanhamento clínico e oncogenético de pacientes e familiares. **RELATO DE CASO:** Masculino, 64 anos, com massa renal bilateral e pápulas normocrômicas de tamanhos variados em região cervical bilateral e dorso do nariz. Tomografia de tórax com sinais de enfisema pulmonar difuso, sem nódulos pulmonares ou derrame pleural. Heredograma não mostrou história familiar com os mesmos sinais e sintomas, tratando-se do primeiro caso na família. Paciente foi submetido à nefrectomia direita e biópsias bilaterais, com histologia de carcinoma papilífero à direita e, pela imunohistoquímica, padrão sarcomatóide à esquerda. **DISCUSSÃO:** A síndrome de BHD é subdiagnosticada devido a grande variabilidade da sua expressão clínica. Os pacientes podem apresentar câncer renal, pneumotórax, ambos dos quais geralmente

acontecem esporadicamente. Aproximadamente 4% dos tumores renais acontecem no contexto de síndromes hereditárias complexas, nas quais as lesões renais são associadas com outras manifestações clínicas. As lesões de pele do tecido perifolicular são indistinguíveis clinicamente, necessitando de biópsia para classificá-las como: fibrofoliculomas, tricodiscomas e acrocórdons. Entretanto, aproximadamente 70% dos pacientes podem não apresentar lesões de pele, sendo o diagnóstico baseado nos sinais, sintomas, anamnese e história familiar. Neste caso, como não há antecedentes familiares, supõe-se que este seja o primeiro caso de mutação do gene FLCN na família, não excluindo a possibilidade da forma familiar do BHD, pois podem haver casos subdiagnosticados ou ainda assintomáticos.

Palavras-chaves: Birt-Hogg-Dubé, carcinoma renal, fibrofoliculoma

SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA

Alexandra Brugnera Nunes, Carolina Finardi Brummer, Oscar Cardoso Dimatos, Alvaro Thadeu Bender

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

Introdução: A síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada (SVKH) é doença inflamatória que se manifesta como panuveíte bilateral associada a envolvimento do sistema nervoso central, auditivo e cutâneo em graus variáveis. Apresenta predominância nos asiáticos, indianos e latino-americanos e no sexo feminino. O quadro cutâneo pode ser caracterizado por poliose, alopecia ou vitiligo, normalmente surgindo após os sintomas oculares. Objetivo: demonstrar um caso presente no nosso ambulatório. Relato do caso: Paciente do sexo feminino, com 61 anos, apresenta lesões cutâneas e alopecia há 10 anos. Ao exame dermatológico observam-se máculas acrômicas bem delimitadas, localizadas nas regiões malar e nasal esquerda, além de poliose em porção medial do supercílio esquerdo e diminuição difusa da quantidade de fios. Teste de tração negativo. Segue em acompanhamento com neurologista e oftalmologista, devido a cefaleia crônica, hipoacusia, além de uveíte crônica, que no decorrer do caso, necessitou de cirurgia oftalmológica, inclusive transplante de córnea. Paciente também apresenta esteatose hepática, asma, doença do refluxo gastroesofágico e nefrolitíase. A mesma decidiu por não tratar o vitiligo pois não incomodava esteticamente. Discussão: A SVKH é uma doença rara que atingem tecidos contendo melanócitos como nos olhos, pele, sistema nervoso central e ouvido interno. A etiologia é incerta, mas acredita-se que decorra de processo auto-imune contra antígenos na superfície dos melanócitos determinando uma resposta inflamatória imune com predomínio de linfócitos T, dirigido contra antígenos associados a melanócitos, como a tirosinase, proteínas relacionadas a tirosinase e a proteína S-100. Além disso, o alelo HLA-DRB1*0405 é o mais associado à doença. O diagnóstico desta síndrome é dado pela clínica do paciente, através da presença de todos os seguintes critérios diagnósticos: (1) a ausência de história de trauma ocular penetrante ou cirurgia precedendo o início da uveíte; (2) ausência de história clínica ou laboratorial de outra doença ocular; (3) envolvimento ocular bilateral; (4) presença de achados neurológicos/ auditivos (que já podem ter desaparecido no momento da apresentação clínica) ou; (5) achados Dermatológicos, sendo que estes nunca devem preceder a doença ocular ou as manifestações neurológicas. Não há testes específicos para sua confirmação. A poliose (sinal mais frequente), vitiligo e alopecia são

caracterizados como o quadro cutâneo dessa síndrome. As lesões de vitiligo são habitualmente simétricas e mais encontradas na face, no pescoço e nos ombros. Embora a poliose esteja caracteristicamente presente nos cílios e supercílios, pode acometer qualquer pêlo do corpo e, quando extensa, prediz mau prognóstico quanto à repigmentação cutânea. As hipopigmentações cutâneas tendem a não regredir espontaneamente, enquanto a audição pode ser recuperada. O quadro ocular pode evoluir com complicações, levando à amaurose total, contudo a maioria dos casos apresenta melhora. A terapêutica com corticoterapia deve ser precoce e agressiva, visando diminuir a possibilidade de seqüelas. O quadro cutâneo deve ser tratado com esquemas semelhantes ao utilizado no vitiligo.

Palavras-chaves: Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, Poliose, Vitiligo, Panuveite

TRATAMENTO CIRÚRGICO COMBINADO PARA RINOFIMA

Alexandra Brugnera Nunes, Carolina Finardi Brummer, Daniel Holthausen Nunes
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

Introdução: A rosácea é doença inflamatória crônica da pele, na qual acomete as convexidades da face e apresenta etiologia multifatorial. A rosácea fimatosa é classificada como um subtipo, em que ocorre hiperplasia e hipertrofia das glândulas sebáceas, acompanhadas de fibrose e linfedema, principalmente no nariz, causando um aumento do seu volume, por vezes deformante. **Objetivo:** Demonstrar quatro casos de correção cirúrgica de rinofima pela técnica de shaving, eletrocoagulação e aplicação de ácido tricloroacético, com excelente resultado cosmético e funcional. **Relato:** Foi realizado um estudo tipo série de casos, nos quais foram selecionados os pacientes com rosácea que apresentassem deformação nasal causada pela doença e foram submetidos a tratamento cirúrgico no período de março de 2016 a novembro de 2017, no Hospital Universitário Federal de Santa Catarina, Brasil. A abordagem cirúrgica é realizada sob anestesia local por anestesia tumescente, solução composta de lidocaina a 1%, solução fisiológica 0,9% e adrenalina (1:100.000) e a técnica realizada foi shaving, eletrocoagulação e ácido tricloroacético a 30% para completa hemostasia local. **Resultado:** Foram operados quatro pacientes com idades que variavam de 47 a 63 anos, dos quais todos eram do sexo masculino. Foi observada total remissão da afecção, devolvendo a anatomia ectoscópica anterior ao rinofima com um bom aspecto dermoepidérmico, além de apresentar um período de recuperação bastante curto. Nenhum dos casos apresentou complicações. **Discussão:** A rinofima causa importante impacto social e psicológico aos pacientes, devido ao seu caráter deformante. Visando à melhora clínica e da qualidade de vida, é crucial que sua abordagem seja feita pela terapêutica farmacológica, comportamental e física. Porém nos quadros fimatossos, o tratamento farmacológico apresenta baixa efetividade, sendo geralmente preconizada a abordagem cirúrgica. As opções terapêuticas nesses casos são a radiofrequência, cirurgia ablativa convencional, aplicação de ácido tricloroacético a 90% e lasers ablativos. Das possibilidades cirúrgicas, optamos por shaving, eletrocoagulação e aplicação de ácido tricloroacético a 30%, por ser uma opção segura, efetiva e de baixo custo. Nos casos apresentados, conseguimos proporcionar aos pacientes selecionados um resultado bastante satisfatório. Concluímos, então, que o tratamento cirúrgico da rinofima traz grande satisfação aos pacientes, além de quebrar os estigmas da doença.

Palavras-chaves: Rinofima, Rosacea, Tratamento cirúrgico

USO DE ANFOTERICINA B LIPOSOMAL NO TRATAMENTO DE LEISHMANIOSE CUTÂNEA EM GESTANTE: RELATO DE CASO

Paula Graziela Wessler, Gabriela Mantovani Pazian, Tatiane Élen de Souza, Flávio de Queiroz-Telles

UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina, HCV/PR - Hospital Cruz Vermelha Brasileira Filial do Paraná, HC/UFPR - Hospital de Clínicas/Universidade Federal do Paraná, Curitiba

Introdução: A rosácea é doença inflamatória crônica da pele, na qual acomete as convexidades da face e apresenta etiologia multifatorial. A rosácea fimatosa é classificada como um subtipo, em que ocorre hiperplasia e hipertrofia das glândulas sebáceas, acompanhadas de fibrose e linfedema, principalmente no nariz, causando um aumento do seu volume, por vezes deformante. **Objetivo:** Demonstrar quatro casos de correção cirúrgica de rinofima pela técnica de shaving, eletrocoagulação e aplicação de ácido tricloroacético, com excelente resultado cosmético e funcional. **Relato:** Foi realizado um estudo tipo série de casos, nos quais foram selecionados os pacientes com rosácea que apresentassem deformação nasal causada pela doença e foram submetidos a tratamento cirúrgico no período de março de 2016 a novembro de 2017, no Hospital Universitário Federal de Santa Catarina, Brasil. A abordagem cirúrgica é realizada sob anestesia local por anestesia tumescente, solução composta de lidocaina a 1%, solução fisiológica 0,9% e adrenalina (1:100.000) e a técnica realizada foi shaving, eletrocoagulação e ácido tricloroacético a 30% para completa hemostasia local. **Resultado:** Foram operados quatro pacientes com idades que variavam de 47 a 63 anos, dos quais todos eram do sexo masculino. Foi observada total remissão da afecção, devolvendo a anatomia ectoscópica anterior ao rinofima com um bom aspecto dermoepidérmico, além de apresentar um período de recuperação bastante curto. Nenhum dos casos apresentou complicações. **Discussão:** A rinofima causa importante impacto social e psicológico aos pacientes, devido ao seu caráter deformante. Visando à melhora clínica e da qualidade de vida, é crucial que sua abordagem seja feita pela terapêutica farmacológica, comportamental e física. Porém nos quadros fimatosos, o tratamento farmacológico apresenta baixa efetividade, sendo geralmente preconizada a abordagem cirúrgica. As opções terapêuticas nesses casos são a radiofrequência, cirurgia ablativa convencional, aplicação de ácido tricloroacético a 90% e lasers ablativos. Das possibilidades cirúrgicas, optamos por shaving, eletrocoagulação e aplicação de ácido tricloroacético a 30%, por ser uma opção segura, efetiva e de baixo custo. Nos casos apresentados, conseguimos proporcionar aos pacientes selecionados um resultado bastante satisfatório. Concluímos, então, que o tratamento cirúrgico da rinofima traz grande satisfação aos pacientes, além de quebrar os estigmas da doença.

Palavras-chaves: Rinofima, Rosacea, Tratamento cirúrgico

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-45555-00-1



9 788545 555001