

Dermatologia

D 001 DERMATITE POR ÁCAROS AVIÁRIOS EM ADOLESCENTE: RELATO DE CASO

MARIANA MARTINS GRASSI SEDLMAIER¹, FELIPE CAMBRAIA PEREIRA DE BARROS²

1. FCMMG
2. HOSPITAL UNIMED

Introdução: Ácaros aviários (por exemplo *Dermanyssus gallinae*) são parasitas hematófagos de várias espécies de aves selvagens e domésticas. Entretanto, pode utilizar o ser humano como hospedeiro temporário, desencadeando quadro papulo-pruriginoso. Descrição do caso: paciente sexo feminino, de 17 anos passou semana de férias em residência familiar que possuía ninhos de pombos no forro da casa. Ao acordar no segundo dia de estadia, apresentou dermatite com intenso prurido, inicialmente na parte anterior superior do tronco, região antero-medial dos braços e pescoço, e relatou que as lesões aumentavam em quantidade a cada noite dormida na residência. Ao exame físico, mostrava-se múltiplas pápulas eritematosas, pruriginosas e escoriadas, com diâmetro de 2 a 3mm em toda região anterior do tronco, áreas do pescoço e dos braços. Relatando as circunstâncias, paciente foi medicada para controle do prurido e orientada sobre inspeção e remoção dos ácaros pela residência. Nega que outros habitantes da residência tenham desenvolvido quadro dermatológico similar simultaneamente. **Discussão:** Gamasoidose é uma doença de incidência frequente, porém pouco conhecida. Atualmente, as zonas urbanas convivem com a proliferação de pombos a partir de ninhos construídos em telhados, forros de casas sem laje ou instalações de aparelhos de ar-condicionado. O principal agente envolvido é o ácaro *Dermanyssus gallinae*, um ectoparasita hematofago temporários de aves domésticas e selvagens, mas também podem se alimentar da espécie humana. Em humanos, os sintomas são cutâneos, com lesões pruriginosas maculopapulares eritematosas, necessitando distingui-la da escabiose. **Conclusão:** Nota-se que a gamasoidose não é mais uma patologia restrita às áreas rurais, e tem se tornado relativamente frequente em centros urbanos. Uma vez que é desencadeada por um parasita que hospeda em diferentes espécies de hospedeiros, é fundamental que estudos aprofundados no assunto esclareçam mais informações sobre essa entidade. Além disso, é necessário que dermatologistas e médicos em geral reconheçam esse quadro clinicamente e saibam tomar a conduta terapêutica e orientações mais adequadas para esses pacientes e seus contatos expostos a esses organismos.

Palavra Chave: Gamasoidose, Ácaros Aviários, Dermatite Aviária

D 003 IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO PRECOCES NA SÍNDROME DE STEVENS JOHNSON

CAROLINA BERZOINI ALBUQUERQUE¹, MÔNICA DE ALBUQUERQUE COSTA¹, FERNANDA SOUZA SALLES¹, FLÁVIA BRASSAROTO FENALI¹, LÍVIA MARIA DE ANDRADE SACRAMENTO¹, GABRIELA PEREIRA ALVIM SILVA¹, MARIA LUIZA DE LIMA COELHO BRITO¹, FELIPE MAIA¹, DANIELA APARECIDA COELHO TOLEDO BELOSI¹, LÚCIA HELENA ZACARON¹

1. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UFJF

Introdução: Síndrome de Stevens Johnson (SSJ) é uma reação de hipersensibilidade potencialmente fatal, caracterizada por acometimento cutâneo e mucoso de evolução rápida. São várias as etiologias associadas, entre elas infecciosas e medicamentosas. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é a descrição de um caso SSJ secundária ao uso de Fenobarbital, com início tardio do tratamento. **Metodologia:** Não se aplica. **Relato De Caso:** Paciente feminina, 4 anos e 11 meses, fototipo IV. Iniciou com coriza hialina, odinofagia, hiporexia, febre(37,9°) e tosse produtiva com expectoração. Uma semana após, evoluiu com lesões de pele em alvo típicas, exsclerações seguidas de crosta em mucosas e hiperemia conjuntival. Criança foi levada ao pronto atendimento após 4 dias do início das lesões, uma vez que família acreditou que se tratava de varicela. História de uso de Fenobarbital por 15 dias antes do início do quadro, prescrito após realização de eletroencefalograma evidenciando focos epileptiformes. Exame solicitado após episódio único de crise convulsiva febril. Suspensão de Fenobarbital e prescrito hidratação venosa plena e sintomáticos para suporte clínico na internação. Criança apresentava pouca melhora após 10 dias do início dos sintomas e 3 dias de suporte clínico. Iniciado Imunoglobulina Venosa 2g/kg durante 3 dias, evoluindo com melhora progressiva. Feito o desbridamento das lesões pela Cirurgia Plástica, com biópsia compatível com SSJ. Uso de sonda nasogástrica devido à impossibilidade de alimentação oral pela mucosite. Com melhora dos sintomas, recebeu alta após 7 dias de internação, com aceitação da dieta por via oral e lesões em franca cicatrização, mantendo acompanhamento com a dermatologia e cirurgia plástica. **Discussão:** Para o tratamento da SSJ é necessário suporte clínico, avaliação dermatológica e oftalmológica. O suporte clínico consiste em estabilização hemodinâmica, equilíbrio hidroeletrólítico e prevenção de complicações. Torna-se imprescindível saber reconhecer as lesões para o correto diagnóstico e introdução da terapêutica adequada. A imunoglobulina tem sido a principal indicação para o tratamento destes casos assim como o uso de corticóides. **Conclusão:** Diante da gravidade da SSJ, o diagnóstico e tratamento precoces são essenciais para o bom prognóstico, visto que a evolução dos casos é muitas vezes rápida e potencialmente fatal.

D 005 SÍNDROME PHACE - RELATO DE CASO

NAYARA DIAS DE SOUZA CUNHA¹, ISABELA VASCONCELOS CUNHA¹, BRUNA SALGADO RABELO¹, SORAYA LUIZA CAMPOS SILVA¹, JOÃO LUCAS PERSILVA SOARES¹

1. HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFMG

Introdução: Síndrome PHACE é um distúrbio neurocutâneo vascular que se apresenta como um espectro de malformações, com grau variável de gravidade, envolvendo diferentes órgãos. Para diagnóstico definitivo é necessário a presença de hemangioma infantil (HI) segmentar ou com dimensão superior a 5cm, associado a um critério maior ou dois menores, referentes a alterações extracutâneas. O hemangioma infantil (HI) é uma condição prevalente, com uma incidência 4-10. É caracterizado por rápida proliferação vascular, seguida por involução entre 5-10 anos, na maioria dos casos. Aproximadamente 10-15 dos HI requerem intervenção na infância. O HI na síndrome tipicamente é maior que 5cm, em região fronto-temporal, maxilar, mandibular ou frontonasal. As alterações extracutâneas envolvem malformações cardiovasculares (coarctação de aorta, origem anômala da subclávia, aneurisma de aorta), alterações da fossa posterior (Dandy-Walker, hipoplasia cerebral), anormalidades cerebrovasculares (displasia, estenose, aneurismas), além de comprometimento ocular (anormalidades retinianas, coloboma, hipoplasia de nervo óptico) e do esterno. **Relato:** GER, 10 meses, com hemangioma segmentar

D 002 INCONTINÊNCIA PIGMENTAR: UM RELATO DE CASO

CAMILA EUGÊNIA FONSECA PASSOS¹, BRUNO JOSÉ GUEDES SILVA², CAROLINA BRETAS ARAUJO¹, GIULIANA DIAS MACHADO¹, GUILHERME ANGELO DOS SANTOS SILVA¹, IZABELA WASHINGTON DE SOUZA PEREIRA¹, JOYCE APARECIDA REZENDE PARREIRAS¹, JÚLIA DE CARVALHO MACHADO¹, JUNIO CÉSAR COSTA¹, RÔMULO NASCIMENTO MUNDIN¹

1. UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
2. FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA

Introdução: A Incontinência Pigmentar (IP) é uma genodermatose rara com padrão de dominância ligado ao cromossomo X e incidência maior no sexo feminino. IP tem comprometimento sistêmico, necessitando de diagnóstico precoce e acompanhamento multidisciplinar para assegurar melhor qualidade de vida para o paciente. Descrição do caso: lactente do sexo feminino, um mês, proveniente da segunda gestação, nascida de parto natural, a termo, sem relato de intercorrência durante período gestacional. Foi encaminhada para o setor de pediatria apresentando congestão nasal, tosse, piora do padrão respiratório e febre (38°C). Associado ao quadro apresentava lesões polimorfas (vesiculares, pustulosas e verrucosas). Estabelecido hipótese diagnóstica de bronquiólite e sepse tardia de foco cutâneo, foi iniciado tratamento com oxigênio suplementar, broncodilatador e Oxacilina, resultando em melhora do quadro respiratório, porém com persistência das lesões cutâneas. Foi então solicitado interconsulta com o setor de dermatologia, que por meio do exame de biópsia constatou dermatose vesicular com eosinofilia, sugerindo IP. **Discussão:** IP é uma doença ligada ao cromossomo X, e deriva da não ativação do fator nuclear Kappa B, levando a manifestações neuroectodérmicas devido à eliminação de queratinócitos mutados. Assim, há alterações cutâneas e extracutâneas (odontológicas, oftalmológicas, ósseas, cardíacas e urogenitais), sendo o diagnóstico clínico e tratamento sintomatológico. Há, aproximadamente, 800 casos relatados na literatura médica mundial e são descritos 4 fases da IP (vesicoboloso, papuloverrucoso, hiperpigmentação linear e hipocrômico/atrófico). Os raros casos masculinos descritos são resultado de mutação espontânea ou ocorrem em indivíduos com síndrome de Klinefelter. Neste caso clínico, o paciente não possuía história familiar de IP e foi acompanhada pelo serviço de Dermatologia, e as lesões cutâneas atuais restringem-se à presença de manchas hiperpigmentadas (fase 3), localizadas em membros superiores e inferiores. As lesões cutâneas, geralmente, regredem espontaneamente. Em decorrência dos relatos de aparecimento de anormalidades dentárias e neurológicas, após a infância, um acompanhamento contínuo desses pacientes é imprescindível. **Conclusão:** A IP é de difícil diagnóstico e, em cada fase evolutiva, possui variados diagnósticos diferenciais. É de essencial importância o conhecimento das alterações típicas de cada fase para o manejo adequado do paciente e para que suas famílias sejam orientadas. **Palavras chave:** Incontinência Pigmentar, Dermatopatias

Palavra Chave: Incontinência pigmentar, Dermatopatias

D 004 NEUROFIBROMATOSE INFANTIL: RELATO DE CASO

ISADORA RABELO CUNHA¹, GABRIELA RABELO CUNHA¹, ARACELI HELENA PIRES SENA THOMAZ¹, ANDRESSA MAYUMI MATUCUMA¹, ARIELA CARRIJO FERREIRA¹, GUILHERME AUGUSTO FÉLIX DA SILVA¹, LETÍCIA TEREZA SOUZA DORNELAS¹, RAIANE COSTA BRANDÃO¹, ASSIOLE LAURA MELO PIRES E THOMAZ¹, LAURA CÉSAR ANTUNES¹

1. FACULDADE ATENAS

Introdução: A neurofibromatose (NF1) é uma doença genética autossômica dominante, crônica e progressiva. O diagnóstico presuntivo é feito por critérios clínicos. As três principais manifestações são neurofibromas, manchas café com leite e nódulos de Lisch que ocorrem em mais de 90 dos pacientes até a puberdade. **Relato de Caso:** L.F.O.P, 8 anos, natural de Paracatu-MG, diagnosticado com NF1 há 3 anos e 6 meses, em acompanhamento no Ambulatório do Hospital Escola da Faculdade Atenas (HEFA) por equipe multidisciplinar. Iniciou o quadro com dificuldade no aprendizado e fala e evoluiu com aparecimento de fibromas em região frontal direita e em testículo esquerdo, sopro sistólico em foco aórtico, escoliose torácica, marcha de genu valgum e nódulos irianos em ambos olhos (nódulos de Lisch). Ainda apareceram mais de seis máculas café com leite difusas. PEATE (Potencial evocado auditivo de tronco encefálico) sugeriu comprometimento auditivo bilateral e ecocardiograma revelou regurgitação valvar mitral e aórtica leve. Exames de imagem complexos do crânio sem alterações significativas. A mãe possui diagnóstico de neurofibromatose. **Discussão:** As complicações da NF1 são diversas com variações na expressão da doença. O marco inicial são as manifestações cutâneas, usualmente sob a forma de máculas café com leite. Os neurofibromas surgem habitualmente mais tarde, entretanto, por serem tão característicos da NF1, constituem um auxiliar importante para o diagnóstico. Das manifestações musculoesqueléticas, a escoliose é a mais frequente conforme visto no paciente. A baixa estatura e incidência de fraturas são superiores nos doentes com NF1. Eventualmente o acometimento da doença é multiorgânica podendo ocorrer alterações mentais, endócrinas, neurológicas e ósseas. **Conclusão:** Atualmente não há cura para a NF1, sendo seu tratamento a ressecção cirúrgica das lesões que comprometem a função e/ou estética do paciente. O encaminhamento as demais especialidades médicas é de extrema importância para identificar possíveis complicações e realizar o monitoramento da progressão da doença.

Palavra Chave: Neurofibromatose, Genética, Neurofibromas, Multiorgânico

Agradecimentos: À Faculdade Atenas

de face esquerda, com comprometimento de globo ocular, narina e orelha. Início do quadro no primeiro mês de vida, com crescimento progressivo da lesão. Admitido no Hospital das Clínicas-UFMG para propedêutica. Realizado Ecocardiograma, ECG, Ecografia ocular e Angioressonância de encéfalo, sem alterações sugestivas de outras malformações. Após realização de Angioressonância de região cervical foi possível confirmação do diagnóstico da Síndrome PHACE, por presença de artéria subclávia direita aberrante, o que configura critério maior para síndrome. Iniciado tratamento com Propranolol, com dose progressiva até 2mg/kg/dia, com boa resposta. Avaliado durante a internação pela odontologia, dermatologia e fonoaudiologia, com seguimento ambulatorial. **Discussão:** Síndrome PHACE é importante diagnóstico a ser considerado diante de um hemangioma infantil. Essa condição requer uma investigação cuidadosa e manejo multidisciplinar para garantir uma abordagem adequada, devido à possibilidade de alterações extracutâneas potencialmente graves, como AVC e outras condições neurológicas, alterações retinianas e cardíacas irreversíveis. **Conclusão:** Síndrome PHACE constitui um espectro de anomalias, que podem ter repercussão clínica significativa. Portanto, a identificação precoce do HI que pode estar associado à síndrome é essencial às equipes assistenciais, pois essa condição requer investigação extensa e é determinante para prognóstico e terapêutica a ser instituída.

Palavra Chave: Síndrome phace, Hemangioma infantil

Agradecimentos: Dra. Karla Emília de Sá Rodrigues, Dra. Cláudia M. de Resende Silva

D 006 FOLICULITE DISSECANTE: IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOZE PELO PEDIATRA NA PRÁTICA CLÍNICA

MARIANA GOMES DA COSTA SOUZA¹, LAIS PEREIRA LOPES DE MENDONÇA¹, EVELYN FONSECA FARIA¹, PRISCILA DE ALMEIDA VEIGA QUEIROZ¹, MARIA CRISTINA FERNANDES SOUZA¹, MARINA MAFRA CARVALHAIS¹, NATÁLIA NICOLAI GOMES¹, AMANDA GABRIEL ALVES DE SOUZA¹, YURI SILVA FIGUEIREDO¹, SIDNEI DELAILSON SILVA¹

1. SANTA CASA DE BELO HORIZONTE

INTRODUÇÃO. A foliculite dissecante é uma doença incomum na faixa etária pediátrica. É caracterizada por nódulos purulentos, dolorosos, sinusóides perifoliculares e formação de quelóide no couro cabeludo, podendo levar a alopecia cicatricial. Acomete principalmente adultos jovens, sexo masculino, raça negra e acredita-se que o processo primário seja inflamatório com infecção bacteriana secundária. **CASO CLÍNICO.** Trata-se de M.E.C., 4 anos, sexo masculino, admitido com história de lesões descamativas e nodulares em região de couro cabeludo há 2 meses. Evoluiu quarenta dias após com infecção secundária em região frontal, com múltiplos abscessos e febre. Transferido após múltiplos atendimentos e uso de diversos antibióticos, anti-inflamatórios e sintomáticos, sem melhora significativa. Ao exame, apresentou abscessos múltiplos e amplos no couro cabeludo, com abertura de fistulas coalescentes em quase toda a sua extensão. Admitido em uso de Oxacilina e Ceftriaxona. A hipótese diagnóstica de foliculite dissecante disseminada levou a alteração do esquema terapêutico para Ciprofloxacino e Prednisolona associado a tratamento intervencionista com drenagem de abscessos pela equipe de cirurgia plástica e troca periódica de curativos. **DISCUSSÃO:** Acredita-se que a doença em questão seja ocasionada pelo acúmulo de material nos folículos, com conseqüente dilatação e ruptura dos mesmos, o que inicia uma resposta neutrofilica e granulomatosa. O diagnóstico é clínico e o exame anátomo-patológico demonstra intenso processo inflamatório crônico perifolicular. O tratamento baseia-se na antibioticoterapia orientada pelo antibiograma ou empírica com derivados de tetraciclina como primeira escolha. É considerada, porém, de difícil manejo, resistente ao tratamento conservador com antibióticos, retinóides, incisão e drenagem, ou mesmo tratamento com esteróides. Tal dificuldade foi verificada no tratamento do paciente supracitado, inclusive cuja a faixa etária não permitia o uso do antibiótico de escolha. **CONCLUSÃO.** A foliculite dissecante deixa cicatrizes importantes podendo evoluir para alopecia cicatricial definitiva. O diagnóstico e tratamento precoce, assim como a atuação de equipe multidisciplinar, levam a resultados clínicos satisfatórios como no caso em questão, no qual foi verificada remissão completa das lesões.

Palavra Chave: Foliculite, Dissecante, Pediatria