

TL-002

## Acrodermatite enteropática: diagnóstico diferencial de dermatites eczematosas no lactente – Relato de caso

Milena de Souza Gomes,<sup>1</sup> Anna Carolina Silva da Fonseca,<sup>1</sup> Alessandra Riviero Pessoa Cosenza,<sup>1</sup> Fernanda Ciuffo Monte da Costa,<sup>1</sup> José Marcos Telles da Cunha,<sup>1</sup> Juliana Maia Torres,<sup>1</sup> Denise Cardoso das Neves Sztajnbok,<sup>1</sup> Joanna Pinheiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Quinta D'Or

**Introdução** • A acrodermatite enteropática tem herança autossômica recessiva, é rara e grave, com incidência estimada de 1:500.000. Determina a deficiência de absorção intestinal do zinco, elemento-traço essencial, requerido por mais de 100 enzimas e com importante papel no metabolismo do ácido nucleico. **Descrição do caso** • Lactente de 4 meses, idade gestacional corrigida: 2 meses e 1 semana, branco, sexo masculino, apresentando lesões cutâneas em progressão desde a 4ª semana de vida. Nega diarreia, perda ponderal ou infecções prévias. O exame físico revelou placas erosivas eritematosas, simétricas e com crostas nas regiões malar, perioral, couro cabeludo e pescoço, além de hiperemia intensa com descamação perineal e anogenital. Apresentava ainda paroníquia em todos os dedos das mãos e alopecia difusa. Evoluiu com choque séptico, internado em unidade de terapia intensiva necessitando de aminas e antibioticoterapia venosa. *Swab* das lesões identificou *Acinetobacter* sp. e *Staphylococcus aureus*. Investigação para imunodeficiência primária revelou baixa dosagem sérica de IgG total, sendo feita uma dose de imunoglobulina venosa. O nível sérico de zinco foi 50 µg/dl, o que, juntamente com o quadro clínico, diagnosticou acrodermatite enteropática por deficiência de zinco. O tratamento foi realizado com zinco 2 mg/kg/dia e observou-se resposta dramática das lesões cutâneas no quarto dia de suplementação, além de antibióticos, antifúngicos e aciclovir devido a coinfeções. **Discussão** • As manifestações clínicas clássicas da acrodermatite enteropática caracterizam-se pela dermatite eczematosa e erosiva, simétrica acral e periorifical, alopecia e diarreia. Paroníquia, onicodistrofia e queilite angular podem ocorrer. O padrão-ouro para o diagnóstico é a deficiência de zinco plasmático e o tratamento requer suplementação com zinco oral. **Conclusão** • O diagnóstico da acrodermatite enteropática deve ser considerado nas crianças com dermatites eczematosas, mesmo sem outras manifestações associadas. A deficiência de zinco altera a imunidade, contribuindo para a elevada predisposição à infecção fúngica e bacteriana, que pode desencadear quadros sistêmicos graves. O diagnóstico e o tratamento precoces proporcionam cura das lesões cutâneas sem sequelas, entretanto períodos longos desta deficiência podem afetar o crescimento e desenvolvimento das crianças acometidas.

TL-008

## Eritema nodoso como primeira manifestação de um quadro de tuberculose latente

Michele Monteiro da Rocha,<sup>1</sup> Carla Fernandes Motta,<sup>1</sup> Kleiton Santos Neves<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Escola de Valença

**Introdução** • O eritema nodoso (EN) é uma reação de hipersensibilidade tardia, tipo IV, que se manifesta mais frequentemente como nodulações hiperemiadas, com sensibilidade aumentada, na face anterior de membros inferiores. À histologia, é definida como paniculite septal sem vasculite. Muitas são as causas de EN, como infecções, doenças crônicas, uso de medicações e gestação. No presente relato de caso, será discutido um quadro de EN como abertura de um quadro de Tuberculose Latente em uma adolescente. **Descrição do caso** • Adolescente de 15 anos, sexo feminino, previamente hígida, buscou o serviço de emergência infantil referindo surgimento de nodulações em região pré-tibial direita, sem associação com outros sintomas, que durou menos de 24 horas e recrudescer espontaneamente. Dois dias após, evoluiu com o reaparecimento de nodulações em região pré-tibial bilateralmente, dolorosas, hiperemiadas, endurecidas, não ulceradas, após prática de exercícios físicos. A paciente notou que as lesões pioravam com o exercício e melhoravam com o repouso. A mesma foi submetida a exames complementares para investigação que evidenciaram prova tuberculínica de 12 mm (fortemente reatora), sendo classificada como portadora de tuberculose latente. Foi iniciado esquema de quimioprofilaxia secundária com isoniazida 300 mg/dia por seis meses e a paciente foi encaminhada para acompanhamento ambulatorial na instituição, com investigação dos contactantes no Programa Saúde da Família (PSF) da sua região de origem. **Discussão** • O EN pode ser desencadeado por diversos gatilhos, que variam de acordo com a região de origem do paciente, porém a principal causa é a infecção por estreptococos, sendo as micobactérias um dos agentes menos frequentes dentre os infecciosos. Outras etiologias comuns compreendem a doença inflamatória intestinal e o uso de contraceptivos contendo estrogênio. Em cerca de 30 a 50% dos casos a etiologia é desconhecida. A forma idiopática é um quadro autolimitado. O tratamento inclui o de doenças subjacentes, além do uso de sintomáticos e repouso relativo. **Conclusão** • O EN é uma condição rara em pediatria com múltiplas causas possíveis. Apesar dos recentes progressos no controle da tuberculose em nosso país, o Brasil ainda é um dos países com maior carga de tuberculose, assim a associação entre tuberculose e EN deve ser sempre investigada.

TL-010

## Relato de caso: desafio do diagnóstico de pênfigo foliáceo na criança

Carolina Dias Azevedo,<sup>1</sup> Eliane Cristina Casimiro Alves Dias de Araújo,<sup>1</sup> Gabriela Barbosa e Silva,<sup>1</sup> Gabriel Fernandes Maciel da Silva,<sup>1</sup> Mariana Maciel de Sales Sardinha,<sup>1</sup> Ana Lúcia Batista da Silva,<sup>1</sup> Júlia Dos Santos Diniz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina de Campos

**Introdução** • O pênfigo foliáceo, doença cutânea autoimune endêmica na Região Centro-Oeste do Brasil, possui etiologia ainda desconhecida, embora alguns estudos apontem para fatores de ordem ambiental e genética como prováveis desencadeadores. Caracteriza-se pela formação de bolhas intraepidérmicas, resultantes do processo de acantólise. Consiste em uma doença relativamente rara, ocorrendo mais frequentemente na fase adulta e, quando se apresenta antes dos 20 anos, há predominância no sexo feminino. **Descrição do caso** • Paciente, sexo feminino, 11 anos de idade, foi admitida no Hospital Geral de Guarus, Campos dos Goytacazes, apresentando lesões vesicocroscostas descamativas e orifícios de entrada de miíase em couro cabeludo, associados a quadro clínico infeccioso avançado. Relata o aparecimento das lesões há cerca de dois meses, na região da face e posterior disseminação pelo corpo, com prurido e sensação de ardor nas lesões dos membros inferiores, promovendo dificuldade de deambulação. **Discussão** • A partir da clínica e do resultado da biópsia, foi determinado o diagnóstico de pênfigo foliáceo com infecção secundária. A princípio, iniciou-se um plano terapêutico com oxacilina. Após nove dias de internação as lesões croscostas na pele persistiram, foi então iniciado tratamento com prednisolona 1 mg/kg por três dias, com posterior aumento da dose para 2 mg/kg e mantendo por cerca de 15 dias. No seguimento ambulatorial, a dose de manutenção medicamentosa foi reduzida para 0,5 mg/kg. Também foi indicada intensificação da proteção solar. A terapia com prednisolona foi interrompida pela paciente com a justificativa do aumento de peso, desânimo e cansaço para realizar atividades habituais. Houve a consequente reativação da doença e a remissão desta foi novamente realizada através de corticoterapia. **Conclusão** • Devido à sua evolução crônica e potencialmente letal, o diagnóstico deve ser rápido. Nesse contexto, uma dificuldade constante no atendimento médico é a análise diferencial com outras possíveis dermatites esfoliativas, sendo assim fundamental a investigação clínica e histopatológica. Outro desafio está no acompanhamento ambulatorial contínuo e na adesão ao tratamento, devido à sua longa duração e ao aparecimento de efeitos colaterais.

P-014

## Eritrodermia no lactente jovem – Relato de caso de síndrome de Omenn

Laís de Paiva Gabriel,<sup>1</sup> Tathiana Santana,<sup>1</sup> Laila Mocarzel,<sup>1</sup> Carla Cristiane Dall’Olio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro

**Introdução** • As eritrodermias têm inúmeras etiologias que variam desde as de baixa gravidade até as de alta morbimortalidade. É necessário que os pediatras tenham conhecimento dos principais diagnósticos diferenciais e seus respectivos manejos, visando a garantir o melhor prognóstico para o paciente. **Descrição do caso** • A. J. S., 2 meses, natural do Rio de Janeiro, nascida a termo, Apgar 4/7. História de irmão natimorto. Apresentava ao nascimento eritrodermia exsudativa por toda superfície cutânea, tendo sido tratada com antibioticoterapia na UTI neonatal, com melhora parcial. Aos 28 dias de vida foi a um serviço hospitalar mantendo o quadro cutâneo e apresentando desconforto respiratório. Apresentava também hepatoesplenomegalia, linfonodomegalias cervicais, inguinais e axilares bilateralmente. Frente ao quadro clínico grave, foi aventada a hipótese diagnóstica de imunodeficiência primária – síndrome da imunodeficiência combinada severa (SCID). Realizada dosagem de imunoglobulinas, células Natural Killer (CD-56), imunofenotipagem de subpopulações linfocitárias, triagem para SCID e outras linfopenias de células T (detecção de cópias de TRECs), sorologias para CMV, herpes, EBV, HIV e teste genético, tendo sido confirmado o diagnóstico de SCID. A paciente foi encaminhada para transplante de medula óssea, porém faleceu antes de realizá-lo. **Discussão** • O termo ‘eritrodermia’ descreve uma erupção na pele caracterizada por eritema difuso, envolvendo 90% da superfície corporal. O diagnóstico diferencial inclui: dermatite seborreica, pitíriase rubra pilar, síndrome de Netherton, ictiose, síndrome da pele escaldada estafilocócica, mastocitose cutânea difusa. A síndrome de Omenn é um dos diagnósticos diferenciais de maior gravidade nas eritrodermias. É considerada uma emergência pediátrica. É uma doença autossômica recessiva e um dos tipos de imunodeficiência combinada grave (SCID), caracterizada por eritrodermia, descamação, alopecia, diarreia crônica, retardo no crescimento, linfadenopatia e hepatoesplenomegalia. Laboratorialmente apresenta eosinofilia e hipogamaglobulinemia, porém com aumento dos níveis de IgE. Linfócitos B circulantes estão geralmente ausentes, enquanto inúmeros linfócitos T ativados e oligoclonais estão presentes. É causada por mutações nos genes RAG-1/2. O único tratamento definitivo é o transplante de medula óssea. **Conclusão** • Apesar de inúmeras causas de eritrodermia no período neonatal, é fundamental que os pediatras atentem para a importância dos diagnósticos diferenciais. Quanto mais precoce for o diagnóstico de imunodeficiência, maiores as chances de evolução satisfatória.

## P-022

## A importância da história epidemiológica para o diagnóstico de esporotricose

Marianna Ecard Melo,<sup>1</sup> Fernanda Meireles Miranda,<sup>1</sup> Carlos Alberto Vairo Filho,<sup>1</sup> Ramona Alessandra Souza Silva,<sup>1</sup> Beatriz Soffe,<sup>1</sup> Marcos André Giffoni Silva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Municipal da Piedade

**Introdução** • A esporotricose é uma micose causada pelo fungo *Sporothrix* spp. que é universal, mas pode causar doenças em indivíduos que habitam países tropicais como o nosso. Além de acometer os seres humanos, também atinge várias espécies de animais, principalmente o gato, o qual tem um alto potencial de transmissão da doença. Quando a pessoa entra em contato com o animal, por meio de arranhões ou trato respiratório, ou com a pele contaminada, esse indivíduo pode adquirir a forma zoonótica da esporotricose. Normalmente, a infecção é benigna e fica limitada apenas à pele (cutâneo-localizada ou cutâneo-fixa). Na atualidade, essa patologia é considerada uma hiperendemia na cidade do Rio de Janeiro. **Descrição do caso** • M. B. S., 13 anos, sexo feminino, natural e moradora da cidade do Rio de Janeiro, internada devido a um quadro de prurido, rubor, hiperemia, edema e saída de secreção em olho direito sendo realizado diagnóstico de celulite periorbitária e iniciada antibioticoterapia, sem melhora do quadro. Durante a internação, a lesão evoluiu para um aspecto endurecido, com superfície ulcerada e halo hiperocrômico. Durante conversa com familiares sobre a história social/epidemiológica da menor, constatou-se a presença de quatro gatos em domicílio que tinham contato direto com a paciente. De acordo com a evolução clínica da lesão (cutâneo-fixa) e o novo dado epidemiológico, levantou-se a hipótese de esporotricose. Foi suspensa a antibioticoterapia e iniciado itraconazol, apresentando melhora significativa do quadro. O diagnóstico foi confirmado através de aspirado da secreção da lesão. **Discussão** • Na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 2016, houve um aumento de 400 de casos de esporotricose em animais, principalmente, gatos. Consequentemente, isso fez com que ocorresse uma elevação na incidência dessa doença em seres humanos também, tornando essa patologia um problema de saúde pública. A história epidemiológica de contato com esses animais e a descrição da lesão é de suma importância para se alcançar o diagnóstico exato mais precocemente. **Conclusão** • Este relato ratifica a importância de uma anamnese bem-colhida, com a história social/epidemiológica mais detalhada para que o diagnóstico da esporotricose possa ser levantado e confirmado, iniciando, assim, mais rapidamente o tratamento adequado.

## P-033

## Os riscos da realização de tatuagem de hena na infância

Letícia Martins Guedes,<sup>1</sup> Cecília Pereira Silva,<sup>1</sup> Andréia dos Santos Fogaça,<sup>2</sup> Cléa Ribeiro Nunes do Vale,<sup>1</sup> Luiza de Aguiar Missel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Universitário de Volta Redonda

<sup>2</sup>Universidade Santo Amaro

**Introdução** • A dermatite alérgica de contato provocada por tatuagem temporária de hena negra tem sido relatada na infância com uma frequência de 2,5%. A contaminação ou adulteração da hena com o corante parafenilenodiamina foi identificada como causa principal de sensibilização ativa e desencadeadora de formas severas de dermatite. A alergia ao corante é permanente após sensibilização. Geralmente, o quadro se inicia de um a três dias naqueles pacientes previamente sensibilizados e de 4 a 14 dias em sensibilização atual. As manifestações clínicas são prurido, eritema, clássico eczema, lesões vesiculares e até bolhosas. As sequelas incluem cicatrizes, queloides, hiper e hipopigmentação e temporariamente na infância hipertricoses. A hipocromia, comum nas crianças, pode levar mais de seis meses para ser eliminada ou tornar-se residual. O diagnóstico é clínico. O tratamento consiste no uso de potente corticoide tópico, com possível utilização de anti-histamínico oral. **Descrição do caso** • Escolar, 10 anos, apresentando placa eritematosa com lesões vesiculares acompanhadas por prurido em braço, restritas ao desenho da tatuagem de hena negra realizada há sete dias. Apresenta dermatite atópica. Relata ter feito quatro tatuagens anteriormente. O tratamento consistiu no uso tópico de aceponato de metilprednisolona creme, associado a hidratante, por 30 dias, seguido do uso de ácido azelaico a 20% por três meses e protetor solar durante esse período. Após seis meses, apresentou melhora clínica das lesões e hiperpigmentação residual pós-inflamatória. **Discussão** • Ultimamente, a tatuagem de hena adquiriu popularidade, principalmente entre crianças, adolescentes e adultos jovens, tornando novos casos de sensibilização a parafenilenodiamina inevitáveis, por ser constituinte da hena negra utilizada nas tatuagens temporárias, promovendo intensificação da cor e redução do tempo de aplicação. Os dados encontrados foram comparados com os da literatura, apresentando correspondência, à exceção da hiperpigmentação, pois é mais descrito a hipocromia residual. **Conclusão** • Os riscos da realização das tatuagens temporárias de hena negra, cuja fórmula contém parafenilenodiamina, o principal responsável pela dermatite alérgica e suas complicações, devem ser alertados, principalmente aos pais e jovens, cabendo às autoridades de saúde, associações científicas e aos especialistas, como o pediatra, esse papel. Trata-se de um problema de saúde pública e deve ser fortemente desencorajado.

## P-047

## Relato de caso: esporotricose zoonótica cutâneo-linfática

Carolina Portilho Cardoso,<sup>1</sup> Paula Cristine Ferreira de Brito<sup>1</sup><sup>1</sup>Hospital Federal Cardoso Fontes

**Introdução** • A esporotricose é uma infecção fúngica subaguda ou crônica dos tecidos cutâneos e subcutâneos, caracterizada por lesões nodulares que podem supurar ou ulcerar, causada pelo fungo dimórfico *Sporothrix schenckii*. Ocorre principalmente em países com clima tropical e subtropical. A causa mais comum de infecção é por traumas sofridos na pele, por onde o fungo é inoculado ou muito raramente por inalação. **Descrição dos casos** • Nos meses de dezembro a janeiro de 2018 foram internados concomitantemente em nossa enfermaria três pacientes apresentando casos de esporotricose zoonótica cutâneo-linfática, sem predomínio de faixa etária e sexo, com lesões semelhantes. Estes pacientes procuraram atendimento médico devido à presença de lesões em membros superiores, que iniciaram como pápulas e evoluíram para nódulos ulcerados dolorosos. Desses nódulos, formaram-se cordões endurecidos que seguiram por vaso linfático em direção aos gânglios. Foi iniciado, ainda durante a internação, itraconazol uma vez ao dia apresentando melhora do quadro clínico cutâneo. **Discussão** • A esporotricose é uma infecção micótica granulomatosa crônica, subcutânea ou sistêmica, que afeta principalmente homens e animais, em especial os gatos, que adquirem uma forma grave e disseminada da doença. No humano, normalmente a infecção é benigna e se limita apenas à pele (forma cutâneo-linfática, cutâneo-disseminada e cutâneo-localizada), mas há casos em que se espalha através da corrente sanguínea e atinge ossos e órgãos. O fungo *Sporothrix schenckii* cresce em solos e vegetações. A sua forma miceliana, na qual é produzida a forma infectante, o conídio, está presente no solo e principalmente em plantas em decomposição. Por esse motivo, trata-se de uma doença comum em profissões como jardineiros, floristas, veterinários e fazendeiros. Após inoculação, ocorre um período de incubação do fungo que dura de 7 a 30 dias, podendo chegar a até seis meses. O local mais comum para inoculação são os membros superiores (75,5%), seguido dos membros inferiores (10%), cabeça (9%) e tronco (3,2%). **Conclusão** • A esporotricose é uma doença considerada negligenciada e um problema de saúde pública, com prognóstico benigno conforme extensão e tempo de duração da doença, porém o tratamento deve iniciar precocemente, podendo durar de três meses até um ano.

## P-053

## Urticária crônica na infância: como tratar?

Priscilla Filippo,<sup>1</sup> Gabriela Dias,<sup>1</sup> Vivian Pena,<sup>1</sup> Denise Pedrazzi,<sup>1</sup> Maria Inês Perelló,<sup>1</sup> Ana Carolina Arraes,<sup>1</sup> Isabella Rodrigues,<sup>1</sup> Cecília Sampaio,<sup>1</sup> Fabio Kuschmir,<sup>1</sup> Eduardo Costa<sup>1</sup><sup>1</sup>Policlínica Piquet Carneiro

**Introdução** • A urticária crônica espontânea (UCE) é o tipo mais frequente de urticária crônica e interfere na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares. O tratamento tem como objetivo o controle dos sintomas, sendo os anti-histamínicos de segunda geração nas doses habituais a primeira opção terapêutica. **Descrição do caso** • T. M. S., 8 anos, masculino, em outubro de 2017 apresentou pápulas, pruriginosas, evanescentes, avermelhadas, com tamanhos variados, difusas, por mais de seis semanas, associadas a angioedema labial e palpebral. Procurou atendimento de emergência várias vezes, sendo prescritos anti-histamínicos de primeira geração associados a corticosteroides orais. Foi internado em três ocasiões. Desde então, manteve uso crônico de corticosteroide oral associado a anti-histamínico de primeira geração. Após quatro meses, evoluiu com fácies cushingoide, giba, obesidade centrípeta e alterações psicológicas, como pensamento suicida. Em janeiro de 2018 iniciou acompanhamento com alergista, quando foi prescrita cetirizina em dose-padrão e a avaliação da gravidade da urticária evidenciou *urticaria activity score 7* (UAS 7) = 17 (0-42). Realizou ampla pesquisa laboratorial com parâmetros dentro da normalidade. A dose de cetirizina foi quadruplicada e a dose de corticosteroide foi reduzida gradualmente, mas mantido o uso devido à persistência dos sintomas, porém não ocorreram mais episódios de angioedema. Após três meses, apresentou UAS 7 = 6, com controle parcial da urticária. **Discussão** • Neste relato de caso, o paciente apresenta UCE sem controle com uso de anti-histamínicos de primeira geração em dose habitual, associado o corticosteroide oral, que foi utilizado de forma contínua por quatro meses, provocando síndrome de Cushing em uma criança de 8 anos. Após o uso de dose quadruplicada de anti-histamínico de segunda geração, o paciente conseguiu o controle completo do angioedema e parcial da urticária. O tratamento da UCE preconizado é anti-histamínicos de segunda geração em dose-padrão, sem sucesso a dose pode ser quadruplicada. O uso de corticosteroide oral é restrito a crises por um período máximo de 10 dias. **Conclusão** • O uso de corticosteroides orais por tempo prolongado deve ser evitado na UCE a fim de que não ocorram efeitos colaterais em médio e longo prazo, com grave comprometimento da qualidade de vida.

P-057

## Epidermólise bolhosa em lactente: relato de caso

Luciana Garcia Martins,<sup>1</sup> Lucianni Cruz Souza,<sup>1</sup> Caroline Nolasco de Melo,<sup>1</sup> Fabiana Marques A. de Freitas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital das Clínicas de Rio Branco

**Introdução** • A epidermólise bolhosa caracteriza-se por dermatoses congênitas que levam à formação de bolhas espontaneamente ou após trauma mínimo. Esta patologia decorre de mutações em genes responsáveis pela formação de proteínas, cujo nível de profundidade em que se apresenta implica em consequente deficiência de coesão. A gravidade e extensão das lesões são reconhecidas de acordo com a classificação que difere não só fenotípica como genotipicamente, mas em especial pelo nível de clivagem dermoepidérmica, podendo levar a outros acometimentos mucocutâneos variáveis determinados em grande parte pela natureza das mutações e penetração do gene, resultando em expressões fenotípicas diferentes. **Descrição do caso** • R. J. R. A., 1 ano, masculino, cor branca, natural de Rio Branco – AC, admitido pela primeira vez no serviço de pediatria do Hospital da Criança apresentando lesões esfoliativas, ulcerativas, crostosas de grande extensão, destacando-se bolhas com conteúdo seroso e lesões atrófico-acastanhadas disseminadas em MMSS, MMII e região inguinal, além de distrofias ungueais, associadas à infecção secundária, febre, taquidispnéia e vômitos concomitantes a quadro de malária vivax. Diagnosticado no período neonatal, porém não realizava acompanhamento pediátrico ou relato de internações prévias. História familiar positiva para patologias hereditárias do tegumento. Recebeu durante a internação tratamento local para as lesões e antibioticoterapia específica. Realizada biópsia com imunofluorescência para diferenciar os grupos. Recebeu alta em boas condições e frequenta regularmente ambulatório de pediatria e genética para acompanhamento da evolução de sua patologia. **Discussão** • Ainda não há dados epidemiológicos sobre a incidência da doença no Brasil. Estima-se que cerca de 1.600 pessoas tenham o diagnóstico. Nos EUA a incidência é de 20 casos por 1.000.000 nascidos vivos. Sua raridade explica a falta de conhecimentos científicos e médicos, implicando em escassez de investimento, investigação e desenvolvimento de fármacos, culminando em cuidados de saúde inadequados e impactos sociais negativos. Atualmente considerada incurável, sua variabilidade na apresentação clínica, porém, requer um plano de tratamento com custos elevados, que necessita de cuidados específicos, de acordo com a variação do grupo, além de acompanhamento com equipe multidisciplinar, gerando grande peso econômico, menor qualidade de vida e evoluindo assim com complicações em grande parte dos acometidos.

P-069

## Propranolol em hemangioma infantil: relato de caso

Tathiana Silva de Santana,<sup>1</sup> Paula Garcez Oliveira Hazan da Fonseca,<sup>1</sup> Ana Julia Nascimento Leite Paredes,<sup>2</sup> Stefano de Avelar Alchorne Trivelin,<sup>2</sup> Carla Dall Olio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro

**Introdução** • Hemangiomas infantis são a forma benigna mais comum de tumores vasculares, comumente apresentam-se na forma não complicada e geralmente têm seu aparecimento notado nos primeiros meses de vida. Ocorrem devido à rápida proliferação dos vasos sanguíneos no primeiro ano de vida e são mais comuns no sexo feminino. **Descrição do caso** • Paciente do sexo feminino, 1 mês e 23 dias, sem comorbidades conhecidas, deu entrada em um hospital pediátrico do Rio de Janeiro para consulta ambulatorial no setor de dermatologia, apresentando cansaço, dispnéia e crescimento progressivo de duas lesões cutâneas compatíveis com hemangiomas. À admissão, tais lesões apresentavam-se rugosas, eritematosas, com dimensões, de 2,5 cm × 2 cm e 0,7 cm × 0,5 cm, localizadas na região cervical direita e na face interna do lábio superior, respectivamente. Diante dos sintomas respiratórios, optou-se por encaminhar a paciente para a emergência, onde foi admitida para internação. À avaliação cardiológica, a paciente apresentou ECG com ritmo sinusal, sendo liberada para o uso de propranolol. Foi realizado também ultrassom de abdome total, no qual se visualizou lesão hepática hiperecogênica medindo 0,6 cm × 0,5 cm, localizada no segmento II, compatível com hemangioma. Ultrassonografia transfontanela sem alterações e tomografia computadorizada de região cervical sem evidências de compressão de vias aéreas pelo hemangioma. Diante do quadro descrito, no D1 de internação, propranolol foi iniciado, e ao longo da internação sintomas respiratórios foram atribuídos a episódio de resfriado comum. **Discussão** • O uso do propranolol para o tratamento de hemangioma infantil tem se mostrado uma boa opção terapêutica, em caso de não haver contraindicações tais como histórico de broncoespasmo e de problemas cardíacos. Recomenda-se o aumento progressivo da dose associada a uma monitorização cuidadosa, observando a ocorrência de vômitos ou sintomas respiratórios para avaliar a manutenção da terapêutica. O tratamento deve ser mantido por 12 a 18 meses, de acordo com a resposta clínica. **Conclusão** • A paciente em questão teve alta no D6 de internação hospitalar, já apresentando aplainamento e mudança na coloração do hemangioma de vermelho brilhante para violácea, sendo este o primeiro sinal clínico de involução comumente apresentado no tratamento para hemangioma. Houve uma boa resposta terapêutica ao propranolol.

## P-077

## Urticária crônica e angioedema em crianças e adolescentes

Priscilla Filippo,<sup>1</sup> Gabriela Dias,<sup>1</sup> Vivian Pena,<sup>1</sup> Denise Pedrazzi,<sup>1</sup> Maria Inês Perelló,<sup>1</sup> Ana Carolina Arraes,<sup>1</sup> Isabella Rodrigues,<sup>1</sup> Cecília Sampaio,<sup>1</sup> Fabio Kuschmir,<sup>1</sup> Eduardo Costa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Policlínica Piquet Carneiro

**Objetivo** • Descrever o perfil clínico de crianças e adolescentes com urticária crônica acompanhados em ambulatório universitário especializado. **Método** • Estudo longitudinal descritivo de pacientes com até 17 anos e diagnóstico de urticária crônica espontânea (UCE) e/ou induzível (UCIND) e/ou angioedema atendidos em 2017. Foram excluídos pacientes com outras doenças cutâneas e os que abandonaram o tratamento. Foram avaliadas as seguintes variáveis: sexo, raça, idade, história familiar e tempo de evolução da doença. **Resultados** • Foram avaliados 13 pacientes – oito do gênero feminino, nove brancos, com idade entre 3 e 17 anos (média de idade: 12 anos). Três pacientes apresentaram história familiar positiva para urticária crônica e angioedema. O tempo médio de evolução da doença até a entrada no serviço foi de 25 meses (3-108 meses) e o tempo médio de evolução da doença até o diagnóstico foi de 23,5 meses (2-108 meses). Apenas uma paciente apresentou remissão no período. Quanto à classificação, três pacientes apresentaram UCE, cinco pacientes apresentaram UCE + UCIND e cinco apresentaram UCIND, sendo o dermatografismo observado em 11 pacientes. O angioedema estava associado em cinco pacientes e três pacientes relataram piora dos sintomas com uso de anti-inflamatórios não esteroidais. Os testes de provocação para UCIND foram realizados em cinco pacientes, sendo que dois apresentaram teste do soro e do plasma autólogos positivos. O medicamento indicado em 12 pacientes foi cetirizina; apenas um fez uso da loratadina. Em três pacientes foi necessária dose quadruplicada para o controle da doença. **Conclusões** • A urticária crônica, diferentemente da aguda, é uma manifestação clínica incomum na infância e adolescência e as características nesta população devem ser estudadas. Na amostra deste trabalho observou-se baixa taxa de remissão da doença, maior ocorrência no sexo feminino, maior prevalência de UCIND e boa resposta a anti-histamínicos não sedantes.

## P-086

## Lesões bolhosas em vasculite por IgA: uma apresentação não usual

Marcele Sappi,<sup>1</sup> Najla Ximenes,<sup>1</sup> Maria Fernanda Melo Motta<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Rios D'Or

**Introdução** • A vasculite por IgA (VlgA), antes chamada de púrpura de Henoch- Schönlein, é a vasculite mais comum na prática pediátrica, caracterizada por vasculite de pequenos vasos com deposição de imunocomplexos com IgA. Segundo a Eular, seu diagnóstico é clínico, caracterizado pela presença mandatória de púrpura ou petéquias com predomínio em membros inferiores, associada a um dos quatro critérios a seguir: dor abdominal, artrite ou artralgia, envolvimento renal ou depósito de IgA em exame histopatológico. No entanto, o surgimento de erupções bolhosas é raro e pode significar um dilema ao diagnóstico. **Descrição do caso** • Escolar, 5 anos, recebida com púrpura em membros inferiores e superiores, com algumas bolhas com conteúdo hemático, sobretudo em cotovelo esquerdo. Havia ingerido duas doses de amoxicilina por amigdalite bacteriana, comprovada por *strep test*, no dia anterior. Apresentava ainda artralgia em joelhos e cotovelos, além de edema local. Em exames laboratoriais apresentava provas inflamatórias elevadas, séries branca, vermelha e plaquetas em níveis adequados e proteinúria. Com a possibilidade de lesão renal, iniciou-se corticoterapia. Pela presença das bolhas, levantaram-se as hipóteses diagnósticas de VlgA e vasculite medicamentosa. Prosseguindo a investigação, foram encontradas dosagens adequadas de complemento e autoantígenos, fundoscopia e ecocardiograma normais, e em biópsia de pele foi percebido à microscopia e imunofluorescência vasculite leucocitoclástica por IgA, levando ao diagnóstico de VlgA. Permaneceu internada por dez dias e recebeu alta para acompanhamento ambulatorial com melhora significativa das lesões e sem proteinúria. **Discussão** • As lesões cutâneas da VlgA são caracteristicamente púrpuras palpáveis, predominantes em membros inferiores e raramente (menos de 2% dos casos) apresentam-se como bolhas. Esta apresentação não habitual, além da presença de bolhas, com diversas lesões em membros superiores, leva à dúvida diagnóstica de outras patologias que se apresentam assim: impetigo bolhoso, pênfigo e outras vasculites, sendo algumas vezes necessária biópsia cutânea para estabelecer o diagnóstico definitivo. **Conclusão** • O aparecimento de lesões bolhosas na VlgA é infrequente. Apesar de sua clínica preocupante, não implica em pior prognóstico e pode ser manejada da mesma forma que VlgA habitual.

## P-102

## Perfil de pacientes com dermatite atópica em centro de referência em asma

Cristiane B. Gonçalves Stoduto de Carvalho,<sup>1</sup> Priscilla Filippo,<sup>1</sup> Davisson Tavares,<sup>1</sup> Carlos Muylaert,<sup>1</sup> Adriana Mesquita<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Municipal Jesus

**Objetivo** • Descrever o perfil clínico-epidemiológico e laboratorial de pacientes com dermatite atópica (DA) em ambulatório especializado no Rio de Janeiro. **Método** • Foram avaliados 23 pacientes com DA, entre 1 e 18 anos. Em todos os pacientes foram realizados a determinação dos níveis séricos de IgE total, hemograma completo, IgE específica (ImmunoCAP) para: *Dermatophagoides farinae* (Df), *Dermatophagoides pteronyssinus* (Dp), *Blomia tropicalis* (Bt), leite de vaca, clara, trigo, soja e gema. A gravidade da foi classificada através do SCORAD, via aplicativo. **Resultados** • Desses pacientes 56,5% (13) eram pré-escolares/escolares, 65,2% (15) do gênero feminino, 43,5% (10) pardos e 78,3% (18) com história familiar de atopia positiva. A maioria dos pacientes (73,9) apresentavam dermatite atópica leve, 17,4% (4) moderada e 8,7% (2) grave. A IgE total estava aumentada em 78,3 (18) dos pacientes e 69,6% (16) apresentavam eosinofilia. A sensibilização aos ácaros domésticos foi positiva em 69,6% (16) dos pacientes, todos com sensibilização aos três ácaros (Df, Dp, Bt). Em relação aos alimentos (leite de vaca, clara, trigo, soja e gema), 60,9% (14) tinham sensibilização a pelo menos um alimento, 47,8% (11) a mais de um alimento e 21,7% (5) dos pacientes a todos os alimentos testados. Leite de vaca, clara e trigo apresentaram a maior prevalência, cada um com positividade em 10 (43,5%) pacientes, seguidos da soja com 34,8% (8) e gema 26,1% (6). **Conclusão** • A maioria dos pacientes estudados apresentava IgE total elevada e eosinofilia, o que é compatível com o quadro de dermatite atópica. A sensibilização aos ácaros domésticos é alta na DA, o que está de acordo com a relevância clínica. Já a alta sensibilização aos alimentos na dermatite atópica, muitas vezes ocorre em discordância com a história clínica.

## P-113

## Escleredema em pré-escolar: relato de caso

Maysa Montes Duarte,<sup>1</sup> Jéssica de Souza Nascimento,<sup>1</sup> Marcela Ribeiro Fardim,<sup>1</sup> Thays Nogueira Moraes,<sup>1</sup> Lorena Gomes Pinto Franco,<sup>1</sup> Elisa Siqueira Batista Ruiz,<sup>1</sup> Diana Balestrim,<sup>2</sup> Esther de Souza Beiral,<sup>2</sup> Érica Zerbone Santana,<sup>2</sup> Regina Célia de Souza Campos Fernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Pediatria do Hospital Plantadores de Cana

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina de Campos

**Introdução** • O escleredema é uma rara entidade que deve ser considerada no diagnóstico diferencial de um edema em paciente pediátrico, na ausência de uma patologia subjacente de origem renal, hepática, cardíaca, endócrina, metabólica, pulmonar, nutricional ou de anafilaxia. **Descrição do caso** • Paciente de 2 anos, sexo masculino, negro, apresentou inicialmente lesões maculopapulares difusas e pruriginosas, sendo medicado com anti-histamínico. Evoluiu com febre (38,5 °C), tosse produtiva, coriza hialina e surgimento de edema inicialmente facial que depois progrediu para membros, tronco, não depressível, com consistência endurecida, perda da elasticidade cutânea, poupando os dedos e com remissão em sete dias. Peso: 15 kg. Hidratado, acianótico e anictérico. Hiperemia de orofaringe. Ausculta cardiopulmonar normal, frequência cardíaca 12 bpm, frequência respiratória 32 irpm. Abdome globoso, depressível, indolor a palpação, com fígado palpável a 2,5 cm do rebordo costal. Exames laboratoriais: hemoglobina – 13,1 g/dl; hematócrito: 39,7; plaquetas: 418.000; 12.700 leucócitos com 55,7 de neutrófilos, 37,8 de linfócitos, 2,3 de monócitos e 4,1 de eosinófilos; sedimento urinário: pH 6, densidade: 1.020, 8 piócitos/campo; proteína C reativa: 9,9 g/dl; raio x de tórax normal; ureia 8 mg/dl e 0,2 mg/dl de creatinina; transaminases normais, ecocardiograma normal e ultrassom de abdome normal. **Discussão** • O escleredema é uma desordem cutânea incomum caracterizada por espessamento cutâneo, edematoso, não supurativo e poupando os dedos. O presente caso corresponderia ao tipo I de Graff, comum em pacientes pediátricos e que segue uma doença febril estreptocócica ou viral e histologicamente se caracteriza por epiderme normal, derme espessada com fibras colágenas edemaciadas e com depósito de mucina. **Conclusão** • O escleredema na infância é uma rara condição dermatológica, autolimitada, devendo ser excluídos a escleroderma e o diabetes não controlado.

## P-118

## Hipomelanose de Ito: relato de caso

Vanessa Soares Batista,<sup>1</sup> Naitani Pinheiro Mialichi,<sup>1</sup> Cassio Luiz de Carvalho Serão,<sup>1</sup> Silvia Anderson Cruz,<sup>1</sup> Alvaro Veiga,<sup>1</sup> Eneida Quadrio Veiga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Alcides Carneiro

**Introdução** • A hipomelanose de Ito é uma doença genética caracterizada por mosaicismos cromossômico em pelo menos 30% dos casos. Sendo o terceiro transtorno neurocutâneo de causa genética mais comum, superado apenas pela neurofibromatose tipo 1 e esclerose tuberosa. **Descrição do caso** • Paciente masculino, brasileiro, afrodescendente, apresentou ao nascimento lesões cutâneas com áreas hipocrômicas, irregulares, em formato de estrias e desenhos geográficos, no dorso e abdome, acompanhando as linhas de Blaschko. Quinto quirodáctilo com clinodactilia bilateral, presença de hérnia inguinal direita e estrabismo. Evoluiu com crises convulsivas tônico-clônicas e atraso no desenvolvimento motor após o primeiro mês de vida. Apresentou ecocardiograma com comunicação interatrial tipo forame oval patente, pequeno, sem repercussão clínica. Na ultrassonografia transfontanela foi visualizado cisto cístico no plexo coroide esquerdo. A tomografia de crânio e o eletroencefalograma apresentaram-se normais. Hoje com 1 ano de idade, tem seu estudo citogenético em andamento, faz uso regular de fenobarbital, apresentando controle da epilepsia e observado avanço no desenvolvimento global após estímulo fisioterápico e fonoaudiológico.

**Discussão** • Provavelmente estamos diante de uma doença genética de herança esporádica, representativa da expressão clínica de mosaicismos cromossômicos. É descrita por uma hipopigmentação da pele, seguindo as linhas de Blaschko, associada a múltiplas manifestações extracutâneas. Frequentemente pode apresentar cardiopatias congênitas, alterações musculoesqueléticas e alta prevalência de doenças do sistema nervoso central, principalmente crise convulsiva e deficiência intelectual. Outras alterações, como hérnia inguinal, oftalmológica e dentária, podem estar presentes. O cariótipo pode ser identificado pela pele ou sangue, além de novas técnicas sorológicas de hibridização genômica em *microarray* CGH. O diagnóstico diferencial inclui hipermelanose nevoide linear e espiralada. Nenhum tratamento para as lesões de pele é necessário. A terapêutica é direcionada, em especial, no controle dos sintomas neurológicos. **Conclusão** • O caso em questão destaca a relevância do diagnóstico precoce e a introdução do cuidado multidisciplinar na evolução do desenvolvimento neuropsicomotor. Chama a atenção também para a importância da correlação entre lesões cutâneas diferenciadas e afecções neuropediátricas. **Agradecimentos** • Ao Serviço de Pediatria e Neonatologia.

## P-123

## Lesões purpúricas em membros inferiores associadas a edema articular

Juliana Vieira Cunha da Silva,<sup>1</sup> Maria Francisca Rivera Campos,<sup>1</sup> Rozana Gasparello de Almeida<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Federal Cardoso Fontes

**Introdução** • A vasculite por IgA (anteriormente chamada Púrpura de Henoch-Schönlein) é uma vasculite primária frequente em crianças, de maior incidência nas primeiras e segundas décadas de vida, acometendo mais meninos (1,5:1) de qualquer raça. Sua clínica varia conforme o acometimento vascular: pele (100%), articulações (61%), digestivo (58%) e rins (15%). O diagnóstico é feito pelos critérios da Liga Europeia contra o Reumatismo, sendo obrigatória púrpura ou petéquias palpáveis, podendo ter artralgia ou artrite, dor abdominal, nefrite, depósito de IgA. Possui etiologia desconhecida, com associação a vacinas e infecções das vias aéreas superiores. **Descrição do caso** • Escolar feminina, 8 anos, residente em São Pedro D'Aldeia procurou atendimento por pápulas róseas, coalescentes em extremidades, há seis dias, prurido, dor incapacitante e edema em tornozelos. Diagnosticada com impetigo disseminado associado a vasculite. Internaram, fazendo oxacilina e metilprednisolona. Veio transferida no sexto dia de internação, apresentando púrpuras em extremidades, variáveis, bordos irregulares, elevadas, com descamação central, crostas, prurido e melhora da artralgia mas com sintomas de artrite em tornozelos. Apresentava hemograma, funções renal e hepática e EAS sem alterações. Foi diagnosticada com vasculite por IgA, e suspensos oxacilina e metilprednisolona, já sem indicação clínica, e iniciado anti-histamínico por prurido. Ficou internada dez dias por abscesso dentário. Evoluiu com melhora das lesões cutâneas sem lesões em órgãos-alvo. **Discussão** • A vasculite por IgA em geral é autolimitada. Os corticoides aliviam os sintomas articulares e gastrointestinais, mas não alteram o curso da doença, sendo indicados nas lesões de órgãos-alvo. Possui como diagnóstico diferencial: lúpus eritematoso sistêmico, poliarterite nodosa, granulomatose de Wegener, vasculite por hipersensibilidade, entre outras. **Conclusão** • Em casos de púrpura não trombocitopênica, a vasculite por IgA deve fazer parte do diagnóstico diferencial. Nos casos sem lesões em órgãos-alvo, o tratamento é clínico e de suporte, com anti-inflamatórios para controlar a dor, não usando corticoides. **Agradecimentos** • Agradecemos à equipe de pediatria do Hospital Federal Cardoso Fontes e aos pacientes.

## P-132

## Relato de caso – Fasciíte necrosante pós-vacina meningocócica C

Sarah Ibrahim,<sup>1</sup> Natalia Ganem,<sup>1</sup> Maria Wolaniuk<sup>1</sup><sup>1</sup>Hospital Federal da Lagoa

**Introdução** • A fasciíte necrosante é uma infecção bacteriana nas fáscias e tecido subcutâneo, com rápida progressão e alta taxa de morbimortalidade caso não seja diagnosticado precocemente e adequadamente tratada. **Descrição do caso** • P. H., 1 ano e 1 mês, 24 horas após vacinação meningocócica C em coxa esquerda, iniciou picos febris e sinais flogísticos no local da aplicação. Refere ter procurado diversos atendimentos devido à piora progressiva do quadro, sendo medicado com anti-inflamatórios. Após uma semana, foi internado por celulite em membro inferior esquerdo que evoluiu com abscesso e fasciíte necrosante. Foi realizado tratamento com ceftriaxona e oxacilina por sete dias, sendo transferido para o hospital terciário para debridamento cirúrgico. Na admissão no centro de terapia intensiva pediátrico, paciente estava em bom estado geral, afebril, hipocorado 1+/4+, com lesão necrótica de 10 x 8 cm em coxa esquerda com saída de secreção purulenta. Foi realizado antibioticoterapia de largo espectro com cefepima e clindamicina devido à colonização por methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) padrão comunitário. Realizou debridamento da lesão, curativo a VAC por 18 dias e realização de enxerto com recuperação de 60 da área de pele perdida. Evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta para acompanhamento ambulatorial. **Discussão** • O quadro clínico típico da fasciíte necrosante de acordo com a literatura apresenta-se como dor intensa, edema grave, rápida progressão e resposta pobre à antibioticoterapia. O tratamento deve ser precoce, feito com antibióticos de amplo espectro, debridamento cirúrgico agressivo e medidas de suporte clínico e nutricional. Como foi descrito, o paciente apresentava a lesão desde o período pós-vacinal, que evoluiu rapidamente, porém como o diagnóstico não foi realizado precocemente, o paciente além do tratamento convencional, necessitou de internação no centro de terapia intensiva e enxerto para recuperação da área de pele perdida. **Conclusão** • Neste caso, o paciente apresentou uma reação adversa grave à vacinação, porém, apesar do diagnóstico não ter sido imediato, ele evoluiu de forma semelhante aos casos descritos na literatura, sendo necessário o debridamento cirúrgico e o enxerto para a recuperação da lesão. É necessário um alto índice de suspeição do diagnóstico clínico precoce para evitar prováveis complicações para o paciente, já que a doença possui uma rápida progressão. **Agradecimentos** • Agradecemos à nossa orientadora, Dra. Ana Paula Bordallo.

## P-144

## Dermatomiosite juvenil na primeira infância: uma doença rara

Tatiane Vidal Dias Gomes,<sup>1</sup> Lenita de Melo Lima,<sup>1</sup> Ramona Alessandra Souza da Silva,<sup>1</sup> Marcos Andre Giffoni da Silva,<sup>1</sup> Cideia Fátima de Figueiredo,<sup>2</sup> Beatriz Araújo da Costa Soffe,<sup>1</sup> Carlos Alberto Vairo dos Santos Filho,<sup>1</sup> Fernanda Meireles Miranda Martinez,<sup>1</sup> Marianna Ecard Melo,<sup>1</sup> Cynthia Torres França da Silva<sup>1</sup><sup>1</sup>Hospital Municipal da Piedade<sup>2</sup>Universidade Estácio de Sá

**Introdução** • A dermatomiosite juvenil é a miopatia inflamatória mais comum em crianças, associada à predisposição genética, exposição a vírus, drogas e autoimunidade. **Objetivo** • Alertar ao pediatra sobre possível diagnóstico. **Descrição do caso** • B. B. C., sexo feminino, 4 anos, início do quadro há quatro meses, aparecimento de lesões papulares em articulações das mãos, pés, joelhos, cotovelos e calcinose nos lóbulos das orelhas, febre e mialgia. Pré-escolar emagrecida, hipocorada, apresentando lesões violáceas em pálpebras superiores sugestivas de heliotropo, máculas eritematosas em pavilhão auricular, lesões em face extensora de interfalangeanas proximais, cotovelos e joelhos sugestivos de Gottron, vasculite cutânea, edema de joelhos, fraqueza muscular generalizada com parada de deambulação. Exames demonstraram: anemia, elevação de VHS, PCR e das enzimas musculares LDH, CPK, TGO, TGP e aldolase. Tomografia computadorizada de tórax: consolidação com aerobroncograma e padrão em vidro fosco nos lobos inferior e superior esquerdo, opacidades centrolobulares no lobo inferior esquerdo. A hipótese diagnóstica foi dermatomiosite juvenil complicada com pneumonia, sendo iniciado pulsoterapia com metilprednisolona após antibioticoterapia. Alta com melhora clínica e laboratorial, em uso de prednisolona e metotrexato. **Discussão** • As miopatias inflamatórias têm como causa uma vasculopatia que envolve músculos esqueléticos, pele e tecidos subcutâneos, podendo evoluir com acometimento sistêmico variável, gastrointestinal, pulmonar e cardíaco. Os principais sinais e sintomas incluem lesões cutâneas e fraqueza muscular proximal de início insidioso que pode afetar toda a musculatura. Relatos de febre, dor muscular, disfonia e/ou disfagia e fadiga são comuns. Os diagnósticos diferenciais incluem polimiosite, miosite relacionada à infecção, distrofias musculares, dentre outros. A paciente apresentava lesões cutâneas típicas, fraqueza muscular e enzimas musculares aumentadas, conforme os critérios de Bohan e Peter, sendo classificada como dermatomiosite provável, já que não foi possível a realização da eletroneuromiografia e biópsia muscular. O tratamento da dermatomiosite deve levar em consideração a duração dos sintomas anteriores ao diagnóstico, bem como o estado geral do paciente, tendo como base a corticoterapia e imunossupressores. **Conclusão** • A dermatomiosite juvenil é uma doença rara na infância, cujo diagnóstico precoce e instituição terapêutica adequada são fundamentais para o melhor prognóstico da doença.

P-202

## A importância do diagnóstico de escabiose nodular em lactentes com lesões pruriginosas de couro cabeludo

Letícia Martins Guedes,<sup>1</sup> Cecília Pereira Silva,<sup>1</sup> Luara Oliveira Pires,<sup>1</sup> Luiza de Aguiar Missel,<sup>1</sup> Andréia dos Santos Fogaça<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Universitário de Volta Redonda

<sup>2</sup>Universidade de Santo Amaro

**Introdução** • A escabiose nodular é uma variação clínica da escabiose clássica. Geralmente se apresenta com nódulos pruriginosos que persistem por semanas ou meses após tratamento para doença. Estima-se que acometa sete dos pacientes com escabiose. Na infância, pode manifestar-se de forma atípica e, assim, ser erroneamente diagnosticada. Em lactentes e pré-escolares pode acontecer a apresentação primária da doença. Clinicamente, manifesta-se com lesões monomórficas primárias, de localização especificamente no couro cabeludo e face. Irritabilidade e inapetência alimentar são queixas mais frequentemente referidas pelos responsáveis do que o prurido característico da doença. O diagnóstico é geralmente clínico e deve ser apoiado pela microscopia. O tratamento consiste no uso de escabícida e sintomáticos. O enxofre é utilizado amplamente nos países subdesenvolvidos, apresentando resultados satisfatórios e seguros, representando a principal ferramenta terapêutica nesse grupo etário, além de ser permitido em gestantes e lactantes.

**Descrição do caso** • Lactente, 8 meses, feminino, apresentando lesões papulares eritematosas há 15 dias, medindo cerca de 3-4 mm em couro cabeludo e região parietoccipital bilateralmente, acompanhadas de prurido, irritabilidade e alopecia traumática. Responsável relata ter feito uso tópico de aceponato de metilprednisolona creme há sete dias, sem melhora. Mãe apresenta lesões nodulares vermelho-acastanhadas pruriginosas em região interdigital, punhos, antebraços, abdome e axilas. Foi tratada com pasta d'água com enxofre a 5%, à noite, por dez dias; e mãe, com pasta d'água com enxofre, a 10%, pelo mesmo período.

**Discussão** • A escabiose é uma doença parasitária negligenciada. Em assistência à saúde, trata-se de problema de saúde pública em diversas regiões carentes. É causa de morbidade por infecções secundárias e complicações pós-infecciosas. O controle da doença requer tratamento do indivíduo afetado e de todos os contactantes. Os dados encontrados foram comparados com os da literatura, apresentando correspondência.

**Conclusão** • A escabiose é uma doença estigmatizada e de difícil controle, principalmente em países subdesenvolvidos. Além de prover educação à população, é necessário abordagem medicamentosa e melhoria nas condições socioeconômicas, obtidas por ação conjunta dos profissionais de saúde, entre eles e o pediatra, além de ação governamental.