

Organização:



SOCIEDADE  
PORTUGUESA DE  
DERMATOLOGIA E  
VENEREOLOGIA

## PROGRAMA FINAL

# 22º CONGRESSO NACIONAL DE DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA

24, 25 e 26 de novembro de 2023  
Edifício Egas Moniz - Faculdade de Medicina  
da Universidade de Lisboa

[https://www.spdv.pt/\\_xxii\\_congresso\\_nacional\\_de\\_dermatologia\\_e\\_venereologia\\_spdv](https://www.spdv.pt/_xxii_congresso_nacional_de_dermatologia_e_venereologia_spdv)

## Índice

Mensagem do presidente .....	2
Breve história da SPDV .....	3
Biografia dos convidados .....	4
Programa científico.....	6
6ª feira, dia 24 de novembro de 2023.....	6
Sábado, dia 25 de novembro de 2023.....	15
Domingo, dia 26 de novembro de 2023.....	18
Posterres - distribuição temática.....	22
Simpósios satélite .....	25
Planta da exposição técnica.....	29
Informações gerais.....	31
Resumos dos trabalhos submetidos.....	33
Agradecimentos.....	76

### **Comissão Organizadora:**

*Alberto Mota  
António Fernandes  
Massa  
Catarina Soares Queirós  
Goreti Catorze  
José Carlos Cardoso  
Paulo Filipe  
Sónia Coelho*

### **Comissão Científica:**

*Alberto Mota  
Goreti Catorze  
Paulo Filipe*

### **Direção SPDV:**

*PRESIDENTE – Paulo Filipe  
VICE-PRESIDENTE – Alberto Mota  
SECRETÁRIA-GERAL – Goreti Catorze  
TESOUREIRO – José Carlos Cardoso  
SECRETÁRIA-GERAL ADJUNTA –  
Catarina Soares Queirós  
VOGAL – António Fernandes Massa  
VOGAL – Sónia Coelho*

### **Editor**

SPDV

<https://www.spdv.pt>

### **Para mais informações**

[https://www.spdv.pt/xxii\\_congresso\\_nacional\\_de\\_dermatologia\\_e\\_venerologia\\_spdv](https://www.spdv.pt/xxii_congresso_nacional_de_dermatologia_e_venerologia_spdv)



## Mensagem do presidente



Caros colegas,

O 22º Congresso Nacional de Dermatologia e Venereologia 2023 irá decorrer de 24 a 26 de novembro no Edifício Egas Moniz (Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa). Após vários anos de realização de congressos e reuniões em instalações hoteleiras optámos por um espaço público, numa Universidade de prestígio com instalações modernas e de qualidade nomeadamente salas de conferências bem equipadas, amplas e confortáveis. Cumprimos assim o propósito de ultrapassar custos elevados inerentes à pressão turística numa capital como Lisboa. Mas também o desejo de regressar a um ambiente académico que consideramos enriquecedor, talvez um pouco esquecido ou arredado das nossas vidas profissionais.

O cartaz escolhido tem como fundo uma aguarela da Praça do Rossio na época dos jacarandás em flor. É uma praça emblemática de Lisboa, cidade global há muitos séculos, representada através da pintura. Essa abertura ao mundo e à sociedade não é alheia às sociedades científicas das quais somos parte integrante. Procurámos estendê-la ao programa científico através dum tema pertinente da atualidade: as alterações climáticas. Para falar sobre ele convidámos o Professor Viriato Soromenho Marques, autoridade inquestionável na matéria. Outra palestra versa sobre a *leges artis* no uso da inteligência artificial, um tema que suscita preocupação e interesse generalizado dos intervenientes numa era em que a medicina e o ato médico estão no centro das atenções mediáticas. Além disso, como não podia deixar de ser, focamo-nos na atualização em dermatologia, para o que contamos com convidados internacionais (a Professora Elisa Cinotti falará sobre novas técnicas de imagem não invasivas em dermatologia) e colegas portugueses. Mas também com a participação, por intermédio de simpósios satélites, das firmas que são a retaguarda das novidades terapêuticas que chegam continuamente ao mercado farmacêutico e à prática médica. Não tratamos as doenças em 2023 com os fármacos que usávamos em 2010 ou 2020. Tudo muda cada vez mais depressa e numa forma que mal podíamos imaginar há pouco tempo.

Por fim, teremos momentos de partilha de experiência clínica com numerosos casos clínicos e comunicações científicas não só de Portugal, mas também de Espanha na sessão conjunta SPDV/AEDV que decidimos promover.

Esperamos que esta procura de diversificar os assuntos e de imbuir o congresso numa mundividência que extrapola a abordagem meramente clínica das situações seja do vosso agrado.

O programa social contará com um jantar e concerto de boas-vindas na Casa do Alentejo, na baixa lisboeta e terminará com o jantar de encerramento no Palácio Conde d' Óbidos, na Rua das Janelas Verdes que tem uma varanda sobranceira ao Tejo. Estão todos convidados para o que desejamos seja uma oportunidade para aprender, conviver, estreitar laços e claro, (re)apreciar a belíssima cidade de Lisboa. Contamos convosco neste propósito.

Um abraço e até lá,

Paulo Filipe  
Presidente da SPDV

## Breve história da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia (SPDV)

No final do século XIX verificaram-se avanços importantes na Medicina – Microbiologia, Biologia e Bioquímica – que tornaram efetiva a progressiva especialização do saber médico. Em Portugal, o ensino médico, ministrado pela Faculdade de Medicina de Coimbra e pelas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto, passou, com a Reforma de 1911 e a consequente instalação das faculdades de Medicina de Lisboa e Porto, a incorporar nos seus *curricula* oficiais cadeiras de áreas específicas da Medicina. Dessa forma, o que antes, na forma de cursos livres de *sifilologia* e *doenças de pelle*, era ministrado de forma voluntária e a título pessoal por docentes da área médica ou cirúrgica, passou a constituir o curriculum oficial do ensino médico. A influência de figuras tutelares da Medicina da designada “Geração Médica de 1911” foi decisiva para o desenvolvimento de uma Medicina de base científica e para a individualização das especialidades médicas. Na área da Dermatovenereologia foram relevantes Thomaz de Mello Breyner, Zeferino Falcão, Sá Penella e Luiz de Freitas Viegas. Deve-se a Alberto Sá Penella a iniciativa, por sugestão de A. Fournier, de formar uma associação de médicos interessados em Dermatologia e Doenças Venéreas. A Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Sifilografia foi concretizada em 14 de novembro de 1942, data da 1ª reunião oficial realizada na antiga sala do Capítulo do Convento de Santo António dos Capuchos (hoje Museu da Dermatologia Portuguesa Dr. Sá Penella). Teve como Corpos Gerentes o próprio Alberto Sá Penella, Presidente de uma Direção que incluía também Manuel Caeiro Carrasco, Juvenal Esteves, Maciel Chaves e Craveiro Lopes e adotou para o seu logotipo a figura tutelar de Bernardino António Gomes (1768-1823), brilhante cientista, naturalista, químico, farmacologista, higienista e académico, autor do “livro-fundador” da Dermatovenereologia Portuguesa *“Ensaio Dermosographico ou Succinta e Systematica Descrição das Doenças Cutâneas Conforme os Princípios e Observações dos Doutores Willan e Bateman, com Indicações dos Respective Remédios Aconselhados por estes Célebres Autores e Alguns Outros”*. Ao longo dos anos, sucederam-se direções que pugnando pelos objetivos norteadores fixados nos Estatutos, defenderam a identidade e legitimaram a relevância da Dermatovenereologia em Portugal. Juntamente com batalhas pela qualidade da prática e do ensino pós-graduado, pela atualização e diferenciação, pela promoção deontológica, pela sociabilidade científica e pela partilha do conhecimento interpares e com a sociedade em geral, a SPDV vem desempenhando papel estruturante e definidora de uma verdadeira identidade e legitimação profissionais. Foram muitos Colegas envolvidos nas realizações coletivas da nossa SPDV; uns de forma discreta e espontânea e, outros, de forma mais conspícua, assumindo a responsabilidade formal, perante todos, de pertencer aos Corpos Sociais. Para fins historiográficos destacam-se os nomes dos Presidentes de Direção: Alberto Sá Penella (1942-51); Mário Trincão (51-57); Menéres Sampaio (57-63); Juvenal Esteves (1963-69); Poiães Baptista (1969-75 e 82-91); Norton Brandão (1975-82); António Picoto (1991-93); Guerra Rodrigo (1994-98); Cirne de Castro (1998-2002); Menezes Brandão (2002-06); Marques Gomes (2006-2010); Américo Figueiredo (2010-14); António Massa (2015-18 e 2021-22), Miguel Correia (2019-20), Paulo Filipe (2023 ...). A SPDV constitui-se, nestes tempos de incerteza e de dúvida, como um repositório de saber e conhecimento, uma referência e baluarte último de uma vontade coletiva que defendendo a Dermatovenereologia e os seus membros, pugna sobretudo pela defesa intransigente do doente dermatovenereológico.

Assim saibamos honrar a memória dos gigantes que nos precederam e nos motivaram.

*“Se cheguei até aqui foi porque me apoiei no ombro de gigantes”*

*(Bernardo de Chartres, séc. XII)*

Rui Tavares Bello, Paulo Lamarão ([Grupo de Estudos da História da Dermatovenereologia](#))



## BIOGRAFIA DOS PALESTRANTES CONVIDADOS

### **Elisa Cinotti, SIDeMaST, Universidade de Siena**

Elisa Cinotti nasceu em 1982 e tem nacionalidade italiana e francesa. Desde abril de 2020, é Professora Associada no Hospital Universitário de Siena (Itália), onde trabalha na área da Dermatologia e, em particular, em novas imagens não invasivas da pele para o diagnóstico de tumores cutâneos. Em 2007, licenciou-se em Medicina e Cirurgia na Universidade de Génova (Itália) e, em 2012, completou o internato de Dermatologia e Venereologia em Génova. Em 2013 obteve o grau de Mestre em Investigação em "Ciências Biológicas e Tecnologias para a Saúde" na Universidade Jean Monnet de Saint-Etienne (França) e em 2016 obteve o Doutoramento na "Ecole Doctorale Sciences Ingénierie Santé" da Universidade de Lyon (França). De maio de 2012 a outubro de 2016, trabalhou como Dermatologista com actividades clínicas e de investigação no Hospital Universitário de Saint-Etienne (França). Foi bolseira de investigação na Universidade de Modena e Reggio Emilia (Itália) de janeiro a maio de 2015 no domínio da microscopia confocal de reflectância e, de novembro de 2016 a março de 2020, trabalhou como investigadora e dermatologista no Hospital Universitário de Siena. É atualmente considerada uma especialista em cancro da pele e na imagiologia não invasiva para o seu diagnóstico por dermatoscopia, microscopia confocal de reflexão e tomografia de coerência ótica. A Professora Cinotti recebeu muitas bolsas de estudo e prémios. Em 2017, recebeu o prémio "Conferencista do ano", atribuído pela Academia Europeia de Dermatologia e Venereologia (EADV) na reunião anual da EADV para recompensar o melhor investigador com menos de 35 anos. É vice-presidente do GICNI (Grupo francês de imagiologia cutânea não invasiva - Groupe Français d'Imagerie Cutanée Non Invasive, ramo da Société Française de Dermatologie) desde dezembro de 2015, membro da Task Force EADV Tatum desde novembro de 2020, membro executivo da SIDeMaST para a comunicação desde dezembro de 2017, presidente do grupo de Doenças das Mucosas da SIDeMaST a partir de dezembro de 2021, membro do conselho de administração da AIDNID (Associazione Italiana di Diagnostica Non Invasiva in Dermatologia) a partir de junho de 2021, e do Conselho Executivo da Sociedade Internacional de Dermatoscopia (Presidente do Grupo de Trabalho de Super Alta Ampliação) a partir de junho de 2023. Foi copresidente do Grupo de Trabalho de Teledermatologia da EADV de junho de 2016 a fevereiro de 2021. Publicou mais de 290 artigos revistos por pares, a maioria dos quais sobre imagiologia não invasiva da pele, e apresentou mais de 100 posters em congressos nacionais e internacionais. Escreveu um livro de dermatologia para estudantes de medicina franceses e mais de 100 capítulos de livros de dermatologia e dermatopatologia. É editora de dois livros intitulados "Technology in Practical Dermatology" e "Eyelid and Conjunctival Tumors". Contribuiu para a identificação clínica e genética de um novo síndrome, atualmente designado por Síndrome de Warburg-Cinotti. <https://docenti.unisi.it/it/cinotti>



## BIOGRAFIA DOS PALESTRANTES CONVIDADOS

### **Vera Lúcia Raposo, Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa**

Vera Lúcia Raposo licenciou-se em direito pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, onde obteve igualmente a sua pós-graduação em direito médico, e os graus de mestrado e doutoramento em direito em ciências jurídico-políticas. É atualmente Professora Auxiliar de Direito e Tecnologia e Vice-diretora da Nova School of Law /Faculdade de Direito da Universidade NOVA de Lisboa. É ainda supervisora de estudos pós-graduados no Centro de Ética e Direito Médico/Centre for Medical Ethics and Law da Universidade de Hong Kong (China) e professora convidada da Escola de Direito da Universidade Nacional Yang Ming Chiao Tung, em Taiwan (Taiwan). No passado, lecionou na Universidade de Macau (China), na Universidade de Coimbra (Portugal) e na Universidade Agostinho Neto (Angola). Foi também advogada da sociedade de advogados Vieira de Almeida e Associados, em Lisboa, nos departamentos de direito da saúde e direito da privacidade. Nas suas funções de investigadora, faz parte da Comissão Executiva do centro de investigação WhatNext.Law e lidera o FutureHealth, a linha de pesquisa WhatNext.Law focada no uso de novas tecnologias em saúde, medicina e corpo humano. É membro activo da European Association of Health Law e da World Association for Medical Law, onde preside ao Comitê de Auditoria. É palestrante frequente em eventos académicos em todo o mundo e membro do Conselho Editorial do European Journal of Health Law. É ainda autora de vários estudos, particularmente em direito digital (IA, proteção de dados, metaverso) e direito biomédico (responsabilidade médica, segurança do paciente, edição genética, saúde digital), muitos dos quais publicados em revistas indexadas. <https://novalaw.unl.pt/vera-lucia-raposo/>

### **Viriato Soromenho Marques, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa**

O CONFERENCISTA: Viriato Soromenho-Marques (65) é professor catedrático de Filosofia na Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, Conselheiro especial da Fundação oceano Azul e membro efetivo da Academia das Ciências de Lisboa e da Academia da Marinha. Ativista ambiental desde 1978. Foi membro do Conselho de Imprensa (1985-1987); integrou o Conselho Económico e Social (1992-1996). Exerceu as funções de Vice-Presidente da Rede Europeia de Conselhos do Ambiente e do Desenvolvimento Sustentável (EEAC), entre 2001 e 2006. Foi membro do Conselho Nacional do Ambiente e Desenvolvimento Sustentável (CNADS) entre 1998 e 2019; foi coordenador científico do Programa Gulbenkian Ambiente (2007-2011); foi membro do *High Level Group on Energy and Climate Change* do Presidente da Comissão Europeia (2007-2010). É Grande Oficial da Ordem de Mérito Civil (1997), e Grande Oficial da Ordem do Infante D. Henrique (2006). Autor de mais de cinco centenas obras (entre as quais vinte livros) sobre temas filosóficos, ambientais e de política e relações internacionais. Proferiu e/ou coordenou mais de mil conferências, seminários, e cursos em vinte e três países. Mais dados biográficos podem ser encontrados em: [www.viriatosoromenho-marques.com](http://www.viriatosoromenho-marques.com).



## SEXTA-FEIRA, 24 DE NOVEMBRO

08:00-08:25 **Abertura do Congresso:** Presidente, Prof. Paulo Filipe

08:30-11:00 **Sessão de Casos Clínicos I**

Moderadores – João Carlos Teles de Sousa, João Borges da Costa

### ALERGIA CUTÂNEA

**CC01 - Polissensibilização num jovem trabalhador industrial**

**Bernardo Pimentel**, A. Palmeiro, G. Catorze, C. Amaro, R. Bajanca, J. Sousa

Serviço de Dermatologia do Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa

### DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA

8:36 **CC02 - Síndrome nefrocutâneo neonatal associado a mutação EGFR**

**André Aparício Martins**<sup>1</sup>, K. Sousa<sup>1</sup>, E. Grilo<sup>2</sup>, L. Ramos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra<sup>2</sup>, Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

8:42 **CC03 - “Blueberry muffin baby” – qual o diagnóstico?**

**André Aparício Martins**<sup>1</sup>, K. Sousa<sup>1</sup>, J. C. Cardoso<sup>1</sup>, L. Ramos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

8:48 **CC04 - Síndrome de Reed: dois casos distintos, a mesma mutação**

**Lanyu Sun**<sup>1</sup>, C. Brazão<sup>1</sup>, D. Mancha<sup>1</sup>, D. Sousa<sup>1</sup>, P. Vasconcelos<sup>1</sup>, L. Lopes<sup>1</sup>, L. Soares-de-Almeida<sup>1,2,3</sup>, P. Filipe<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, Lisboa<sup>2</sup>, Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa<sup>3</sup>, Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa

8:54 **CC05 - Síndrome de Muir-Torre: quando suspeitar**

**Cristina Gonçalves Castro**<sup>1</sup>; A. G. Palmeiro<sup>1</sup>; R. Sampaio<sup>2</sup>; G. Catorze<sup>1</sup>; R. Bajanca<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; Lisboa, Portugal, <sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; Lisboa, Portugal

### INFEÇÃO E MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS

9:00 **CC06 - Infecção Disseminada por *Mycobacterium chelonae* - Um microorganismo a reconhecer**

**João Teixeira**<sup>1</sup>, A. Aparício-Martins<sup>1</sup>, J. Soares<sup>1</sup>, L. Pinto<sup>2</sup>, J. Calvão<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, <sup>2</sup>Serviço de Oncologia Médica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

9:06 **CC07 - Lesões hiperqueratóticas palmo-plantares: uma apresentação pouco frequente de sífilis secundária**

**Pedro Rolo de Matos**<sup>1</sup>, B. Granja<sup>1</sup>, G. Rosa<sup>1</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>, C. Lisboa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de São João, Porto, Portugal, <sup>2</sup>Departamento de Patologia Microbiologia, CINTESIS e RISE, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal

## SEXTA-FEIRA, 24 DE NOVEMBRO

### 08:30-11:00 Sessão de Casos Clínicos I

Moderadores – João Carlos Teles de Sousa, João Borges da Costa

#### 9:12 **CC08 - Lesões Moluscóides Disseminadas num Doente Imunocomprometido – Um Desafio Diagnóstico**

**Madalena Pupo Correia**<sup>1,2</sup>, I. Pereira Amaral<sup>1</sup>, I. Soares<sup>1</sup>, H. Félix<sup>3</sup>, M. Cunha<sup>3</sup>, T. Marques<sup>2,3</sup>, L. Soares de Almeida<sup>1,2</sup>, P. Filipe<sup>1,2,4</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia-Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, <sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, <sup>3</sup>Serviço de Doenças Infecciosas - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, <sup>4</sup>Paulo FilipeLab – Instituto de Medicina Molecular

#### 9:18 **CC09 - Criptococose Cutânea Primária como forma de apresentação de SIDA**

**Patrícia Amoedo**<sup>1</sup>, B Granja<sup>1</sup>, C Costa<sup>2</sup>, M Tavares<sup>3</sup>, MJ Cruz<sup>1,4</sup>, A Mota<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal, <sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal, <sup>3</sup>Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal, <sup>4</sup>Departamento de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e RISE@CINTESIS, Porto, Portugal

#### 9:24 **CC10 - Uma doença do novo mundo: duplo desafio diagnóstico após viagem a um país tropical**

**Cláudia Brazão**<sup>1</sup>, S. Antunes-Duarte<sup>1</sup>, D. Mancha<sup>1</sup>, L. Sun<sup>1</sup>, T. Marques<sup>2</sup>, M.J. Gargaté<sup>3</sup>, A. Vilares<sup>3</sup>, T. Reis<sup>3</sup>, P. de Vasconcelos<sup>1</sup>, L. Soares-de-Almeida<sup>1,4,5</sup>, J. Borges-Costa<sup>1,5,6</sup>, P. Filipe<sup>1,4,5</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE, <sup>2</sup> Serviço de Doenças Infecciosas, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE, <sup>3</sup>Laboratório Nacional de Referência de Infeções Parasitárias e Fúngicas, Departamento de Doenças Infecciosas, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, <sup>4</sup>Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, <sup>5</sup>Unidade de Investigação de Dermatologia, IMM João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, <sup>6</sup>Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa

### **NFLAMATÓRIA**

#### 9:30 **CC11 - Tratamento com dupilumab em doentes com dermatite atópica com transplante de córnea**

**Egídio Freitas**<sup>1</sup>, M. Nogueira<sup>1</sup>, I. Raposo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário do Santo António, Porto, Portugal

#### 9:36 **CC12 - Pitiríase Rubra Pilar refratária com resposta a Guselcumab - relato de caso**

**João Teixeira**<sup>1</sup>, A. Matos<sup>1</sup>, A. Aparício-Martins<sup>1</sup>, J. Calvão<sup>1</sup>, H. Oliveira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra



## SEXTA-FEIRA, 24 DE NOVEMBRO

### 08:30-11:00 Sessão de Casos Clínicos I

Moderadores – João Carlos Teles de Sousa, João Borges da Costa

#### 9:42 **CC13 - Risankizumab em doentes com psoríase e VIH**

**Egídio Freitas<sup>1</sup>**, M. Caetano<sup>1,2</sup>, T. Torres<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário do Santo António, <sup>2</sup>Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

#### **MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA SISTÉMICA**

#### 9:48 **CC14 - Edema facial unilateral: a chave para o diagnóstico de linfoma B difuso de grandes células**

**Sofia Antunes-Duarte<sup>1</sup>**, D. Mancha<sup>1</sup>, C. Brazão<sup>1</sup>, L. Sun<sup>1</sup>, R. Costa<sup>2</sup>, R. Marques<sup>2</sup>, J.C. Romeu<sup>2</sup>, T. Santos<sup>3</sup>, P. de Vasconcelos<sup>1</sup>, L. Soares-de-Almeida<sup>1,4</sup>, P. Filipe<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal, <sup>2</sup>Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal, <sup>3</sup>Serviço de Medicina Interna, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal, <sup>4</sup>Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

#### 9:54 **CC15 - Tiosulfato de sódio intralesional no tratamento da calcifilaxia**

**Bárbara Vieira Granja<sup>1,2</sup>**, P. Matos<sup>1</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>, T. Baudrier<sup>1</sup>, A. Mota<sup>1,3,4</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, <sup>2</sup>Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, <sup>3</sup>Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, <sup>4</sup>RISE@CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

#### 10:00 **CC16 - Paniculite como achado cutâneo predominante em doente com dermatomiosite**

**Joana Alves Barbosa<sup>1</sup>**, M. Coelho<sup>1</sup>, A. João<sup>1</sup>, C. Fernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

#### 10:06 **CC17 - Linfoma extranodal de células T/NK (do tipo nasal) apresentando-se como úlceras cutâneas multifocais**

**Joana Resende Xará<sup>1</sup>**, A.L. Matos<sup>1</sup>, F. Martins<sup>1</sup>, D. Flor<sup>1</sup>, C. Afonso<sup>2</sup>, J.C. Cardoso<sup>1</sup>, J. Calvão<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra <sup>2</sup>Serviço de Hematologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

#### 10:12 **CC18 - Foliculite eosinofílica após transplante autólogo de medula óssea em doente com mieloma múltiplo**

**Mélissa M. de Carvalho<sup>1</sup>**, I. Viana<sup>1</sup>, M. M. Valejo Coelho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Egas Moniz – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

## SEXTA-FEIRA, 24 DE NOVEMBRO

### 08:30-11:00 Sessão de Casos Clínicos I

Moderadores – João Carlos Teles de Sousa, João Borges da Costa

- 10:18 **CC19 - *The devil is in the details* - um caso de leucemia *cutis* em doente internado por celulite**  
**Inês Pereira Amaral<sup>1</sup>**, I. Soares<sup>1</sup>, M. Pupo Correia<sup>1</sup>, P. de Vasconcelos<sup>1</sup>, L. Soares de Almeida<sup>1,2</sup>, P. Filipe<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal; <sup>2</sup>Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal
- 10:24 **CC20 - Calcifilaxia refratária e os desafios terapêuticos**  
**Inês Pereira Amaral<sup>1</sup>**, C. Correia<sup>1</sup>, I. Soares<sup>1</sup>, M. Pupo Correia<sup>1</sup>, P. de Vasconcelos<sup>1</sup>, L. Soares de Almeida<sup>1,2</sup>, P. Filipe<sup>1,2</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal; <sup>2</sup>Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal
- 10:30 **CC21 - Doença de Erdheim-Chester – a pele como fator-chave para o diagnóstico**  
**Ana Maria Lé<sup>1</sup>**, D Bernardo<sup>1</sup>, M Nogueira<sup>1</sup>, A Coelho<sup>2</sup>, R Coutinho<sup>3</sup>, A Azevedo<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal, <sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal, <sup>3</sup>Serviço de Hematologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal
- 10:36 **CC22 - Uma entidade hematológica rara com apresentação cutânea comum: a propósito de um caso clínico**  
**Joana Vieitez Frade<sup>1</sup>**, A. Mata<sup>2</sup>, D. Mancha<sup>1</sup>, J. Vasconcelos<sup>1</sup>, L. Soares-de-Almeida<sup>1,3,4</sup>, P. Filipe<sup>1,3,4</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa; <sup>2</sup>Serviço de Hematologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa; <sup>3</sup>Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa; <sup>4</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, IMM João Lobo Antunes, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- 10:42 **CC23 - Nódulos subcutâneos violáceos como apresentação de uma doença linfoproliferativa rara**  
**Francisco Martins<sup>1</sup>**, A. L. Matos<sup>1</sup>, J. Xará<sup>1</sup>, J. Magalhães<sup>2</sup>, G. Fontinha<sup>3</sup>, M. M. Brites<sup>1</sup>, J. C. Cardoso<sup>1</sup>, J. Calvão<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, <sup>2</sup>Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, <sup>3</sup> Serviço de Medicina Legal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.
- 10:48 **CC24 - Pênfigo paraneoplásico e carcinoma hepatocelular – uma associação rara”**  
**José Alberto Ramos<sup>1</sup>**, A. M. Silva<sup>1</sup>, A. Roda<sup>1</sup>, J. Alves<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia, Hospital Garcia de Orta, E.P.E.



## SEXTA-FEIRA, 24 DE NOVEMBRO

### 08:30-11:00 Sessão de Casos Clínicos I

Moderadores – João Carlos Teles de Sousa, João Borges da Costa

#### 10:54 CC25 - Eritema *gyratum repens* como manifestação inaugural de adenocarcinoma do cólon

Diana Bernardo<sup>1</sup>, J. Alvarenga<sup>1</sup>, M. Luz<sup>1</sup>, A.M. Lé<sup>1</sup>, G.C. Velho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

### 11:00-11:30 *Coffee-break* e visita à exposição técnica

### 11:30-12:15 Simpósio satélite Kyowa Kirin

Os Linfomas Cutâneos de Células T - *diagnóstico e gestão*

### 12:15-13:15 Almoço

### 13:15-14:00 Simpósio satélite Boehringer

Um novo paradigma no tratamento da Psoríase Pustulosa Generalizada

### 14:00-15:15 Sessão de Casos Clínicos II

Moderadores – Henrique Oliveira, Juan Ocaña

#### **AUTOIMUNE**

CC26 - Desafios da prática clínica: um caso de Pênfigo Foliáceo disfarçado de

#### 14:00 Psoríase

Ivânia Soares<sup>1,2</sup>, I. Amaral<sup>1,2</sup>, M. Correia<sup>1,2</sup>, P. Filipe<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospital Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal, <sup>2</sup>Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

#### **CIRURGIA DERMATOLÓGICA**

#### 14:06 CC27 - Retalho bilobulado de Gavello com inclusão de enxerto condral na reconstrução do lóbulo auricular

Joana Resende Xará<sup>1</sup>, D. Flor<sup>1</sup>, M. Batista<sup>1</sup>, A. Pinho<sup>1</sup>, A. Brinca<sup>1</sup>, R. Vieira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

#### 14:12 CC28 - Retalho em hélice para reconstrução de defeito cirúrgico do nariz

Duarte Flor,<sup>1</sup> J. Xará<sup>1</sup>, A. Figueiredo<sup>1</sup>, A. Pinho<sup>1</sup>, R. Vieira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

## SEXTA-FEIRA, 24 DE NOVEMBRO

### 14:00-15:15 Sessão de Casos Clínicos II

Moderadores – Henrique Oliveira, Juan Ocaña

#### ONCOLOGIA

#### 14:18 CC29 - Perfusão isolada de membro como opção neoadjuvante em carcinoma espinocelular localmente avançado

**Maria Cristina Fialho**<sup>1</sup>, A. Ferreirinha<sup>1</sup>, J. Bártolo<sup>2</sup>, V. Farricha<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal; <sup>2</sup> Serviço de Cirurgia Geral, Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Lisboa, Portugal

#### 14:24 CC30 - Um caso de Linfoma de Células Grandes B *Leg-type* numa doente sob Adalimumab

**Carlos M. Nogueira**<sup>1</sup>, C. Cerqueira<sup>1</sup>, A. G. Lopes<sup>1</sup>, M. J. Guimarães<sup>1</sup>, J. S. Silva<sup>2</sup>, T. Pereira<sup>1</sup>, J. Gomes<sup>1</sup>, C. Brito<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Braga, <sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de Braga

#### 14:30 CC31 - Melanoma metastático com tumor primário oculto e resposta à imunoterapia: relato de 3 casos

**Carolina Figueiredo**<sup>1</sup>, L. Matos<sup>1</sup>, I. Coutinho<sup>1</sup>, J. Calvão<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

#### REAÇÃO CUTÂNEA ADVERSA A FÁRMACO

#### 14:36 CC32 - *Embolia cutis medicamentosa*: uma complicação rara e potencialmente grave

**Dora Mancha**<sup>1</sup>, C. Brazão<sup>1</sup>, L. Sun<sup>1</sup>, R. Travassos<sup>1</sup>, I. Correia<sup>1</sup>, P. Filipe<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, <sup>2</sup>Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, <sup>3</sup> Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

#### 14:42 CC33 - Eritema tóxico da quimioterapia secundário a doxorrubicina

**Diogo de Sousa**<sup>1</sup>, J. Pedro-Vasconcelos<sup>1</sup>; L. Soares-Almeida<sup>1,2</sup>; P. Filipe<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, <sup>2</sup> Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, <sup>3</sup> Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa



## SEXTA-FEIRA, 24 DE NOVEMBRO

14:00-15:15 **Sessão de Comunicações I**  
Moderadores – Henrique Oliveira, Juan Ocaña

### REAÇÃO CUTÂNEA ADVERSA A FÁRMACO

14:48 **C01 - Prevalence of an inflammatory muscle and joint pain syndrome in atopic dermatitis patients treated with dupilumab.**

**Pedro Simões Farinha**<sup>1</sup>, C. Valente<sup>1</sup>, A. Ferreirinha<sup>1</sup>, C. Fialho<sup>1</sup>, B. Duarte<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.  
Cri Dermatovenereologia

### TERAPÊUTICA FOTODINÂMICA

14:56 **C02 - Terapia fotodinâmica – revisão de 5 anos num hospital terciário**

**José Alberto Ramos**<sup>1</sup>, A Magarreiro Silva<sup>1</sup>, J. Alves<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia, Hospital Garcia de Orta E. P.E, Almada

### TUMOR BENIGNO

15:04 **C03 - Cilindromas and Spiradenomas: A 20-Year Review (1993-2023)**

**João Patrocínio**<sup>1</sup>, JP Vasconcelos<sup>1,2</sup>, L Soares-de-Almeida<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Dermatology Department, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE (CHULN), Lisbon, Portugal, <sup>2</sup> Dermatology University Clinic, Faculty of Medicine, University of Lisbon, Lisbon, Portugal

15:15-16:20 **Sessão conjunta de comunicações AEDV/SPDV**  
Moderadores –Yolanda Gilaberte (presidente da AEDV), Paulo Filipe (presidente da SPDV)

15:15 **SC01 - Micosis fungoide: cuando todo falla**

**Ana María Carballido-Vázquez**<sup>1</sup>, TL Vega-López<sup>1</sup>, I. González-Jiménez<sup>1</sup>, MJ. García-Gamero<sup>1</sup>, AM. Antón Márquez<sup>1</sup>, A. Marcos- Monera<sup>1</sup>, C. Sáez Fuster<sup>1</sup>, G. Martínez-García<sup>2</sup>, MJ. Peñarubia<sup>3</sup>, P. Manchado-López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España;

<sup>2</sup>Servicio de Anatomía patológica, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

15:23 **SC02 - Corticoterapia tópica de alta potência versus corticoterapia sistémica no tratamento do Penfigóide Bolhoso – experiência de uma década**

**Diana Bernardo**<sup>1</sup>, G. C. Velho<sup>1</sup>, M. Caetano<sup>1</sup>, I. Raposo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

15:31 **SC03 - Vasculopatia livedoide tras infección por sars-cov2**

**Irene González-Jiménez**<sup>1</sup>, AM Carballido-Vázquez<sup>1</sup>, TL Vega-López<sup>1</sup>, P Manchado-López<sup>1</sup>, G Martínez-García<sup>2</sup>, A Mateos-Mayo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio dermatología y venereología del hospital clínico universitario de Valladolid; <sup>2</sup> Servicio de anatomía patológica del hospital clínico universitario de Valladolid

## SEXTA-FEIRA, 24 DE NOVEMBRO

### 15:15-16:20 **Sessão conjunta de comunicações AEDV/SPDV**

Moderadores –Yolanda Gilaberte (presidente da AEDV), Paulo Filipe (presidente da SPDV)

#### 15:39 **SC04 - Infecções mucocutâneas por Vírus Herpes Simplex: estudo retrospectivo de 6 anos num hospital terciário**

**Cláudia Brazão<sup>1</sup>**, D. Mancha<sup>1</sup>, L. Sun<sup>1</sup>, M.R. Barreto<sup>2</sup>, L. Marques-Lito<sup>2</sup>, J. Borges-Costa<sup>1,3,4</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE; <sup>2</sup> Serviço de Patologia Clínica, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE; <sup>3</sup> Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; <sup>4</sup>Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa

#### 15:47 **SC05 – Porocarcinoma sobre necrobiosis lipóidica: descripción de un caso y revisión de la literatura**

**Laura Mascarell Escrivá**, F. Mayo Martínez, C. Requena Caballero, A. Diez Santandreu, B. Lombart Cussac

Del Servicio de Dermatología del Instituto Valenciano de Oncología

#### 15:55 **SC06 - Dupilumab no Tratamento de Prurigo Crónico - uma série de 7 casos**

**João Teixeira<sup>1</sup>**, J. Soares<sup>1</sup>, J. Xará<sup>1</sup>, D. Flor<sup>1</sup>, M. Gonçalo<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), <sup>2</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

#### 16:03 **SC07 – Enfermedad granulomatosa por el virus de la rubeola en una mujer inmunocompetente**

**Teresa Lucía Vega López<sup>1</sup>**, AM Carballido Vázquez<sup>1</sup>, I González Jiménez<sup>1</sup>, MJ García Gamero<sup>1</sup>, A Marcos Monera<sup>1</sup>, C Sáez Fuster<sup>1</sup>, AM Antón Márquez<sup>1</sup>, C Delgado Mucientes<sup>1</sup>, A González López<sup>1</sup>, G Martínez García<sup>2</sup>, P Manchado López<sup>1</sup>, A Mateos Mayo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid; <sup>2</sup> Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid



## SEXTA-FEIRA, 24 DE NOVEMBRO

### 16:11-16:20 **Sessão conjunta de comunicações AEDV/SPDV**

Moderadores –Yolanda Gilaberte (presidente da AEDV), Paulo Filipe (presidente da SPDV)

#### 16:11 **SC08 - CheckAP: Psoriatic Arthritis prevalence and evaluation of the EARP questionnaire performance in Portuguese patients with Psoriasis followed in a dermatology setting**

**João Teles Sousa**<sup>3</sup>, Ana Rita Henriques<sup>1</sup>, F.Pimentel-Santos<sup>2,4</sup>, L. Silva<sup>3</sup>, L.Gago<sup>2</sup>, M. Emília Santos<sup>2</sup>, A. Teodósio Chícaro<sup>2,5</sup>, R. Pinheiro Torres<sup>2</sup>, B.Pimentel<sup>3</sup>, M. Helena Lourenço<sup>2</sup>, S. Barão Neves<sup>3</sup>, A. Gusmão Palmeiro<sup>3</sup>, A.Barcelos<sup>1,6</sup> M.Loureiro<sup>7</sup>, S.Silva<sup>6</sup>, E.Vieira-Sousa<sup>8,10,11</sup>, C.Matos<sup>8</sup>, J. Ferro Antunes<sup>8</sup>, M.Alpalhão<sup>9</sup>, A.Bernardo<sup>12</sup>, S.Magina<sup>13</sup>, M. Seabra Rato<sup>12</sup>, P.Ponte<sup>14</sup>, T.Meirinhos<sup>15</sup>, A.M.Rodrigues<sup>1,21</sup>

<sup>1</sup>. CHRC, NOVA Medical School, NMS, Universidade NOVA de Lisboa; Lisboa, Portugal, <sup>2</sup>Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz, Serviço de Reumatologia, CHLO-E.P.E, Lisboa, Portugal, <sup>3</sup>Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz, Serviço de Dermatologia, CHLO- E.P.E, Lisboa, Portugal; <sup>4</sup>Rheumatology Lab, iNOVA4Health, NOVA Medical School, NMS, Universidade NOVA de Lisboa; Lisboa, Portugal, <sup>5</sup>Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Serviço de Reumatologia, <sup>6</sup>Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Serviço de Reumatologia, Aveiro, Portugal, Serviço de Reumatologia, <sup>6</sup>Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Serviço de Reumatologia, Aveiro, Portugal, <sup>7</sup>Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Serviço de Dermatologia, Aveiro, Portugal, <sup>8</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, Serviço de Reumatologia, Lisboa, Portugal, <sup>9</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, Serviço de Dermatologia, Lisboa, Portugal, <sup>10</sup>Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina de Lisboa, <sup>11</sup>Centro Académico de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal, <sup>12</sup>Centro Hospitalar Universitário de São João, Serviço de Reumatologia, Porto, Portugal, <sup>13</sup>Centro Hospitalar Universitário de São João, Serviço de Dermatologia, Porto, Portugal, <sup>14</sup>Hospital dos Lusíadas, Serviço de Dermatologia, Lisboa, Portugal, <sup>15</sup>Instituto Médico de Estudos Imunológicos, Serviço de Reumatologia, Porto, Portugal, <sup>16</sup>Instituto Médico de Estudos Imunológicos, Serviço de Dermatologia, Porto, Portugal, <sup>17</sup>Centro Hospitalar de Leiria, Hospital de Santo André, Serviço de Reumatologia, E.P.E., Leiria, Portugal, <sup>18</sup>Centro Hospitalar de Leiria, Hospital de Santo André, Serviço de Dermatologia, E.P.E., Leiria, Portugal, <sup>19</sup>Hospital CUF Descobertas, Serviço de Reumatologia, Lisboa, Portugal, <sup>20</sup>Hospital CUF Descobertas, Serviço de Dermatologia, Lisboa, Portugal, <sup>21</sup>Hospital dos Lusíadas, Serviço de Reumatologia, Lisboa, Portugal.

### 16:20-16:50 **Coffee-break e visita à exposição técnica**

### 16:50-17:50 **Assembleia Geral da SPDV**

17:50 **Saída para o jantar (cerimónia de abertura e jantar de boas-vindas na Casa do Alentejo)**



## SÁBADO, 25 DE NOVEMBRO

### Sessão de Comunicações II

09:00-10:15 Moderadores – Celeste Brito, André Lencastre

#### ALERGIA CUTÂNEA

9:00 **C04 - Reatividade Cruzada entre Antibióticos Beta-Lactâmicos em Reações Cutâneas Não Imediatas: Análises de Testes Epicutâneos ao longo de 8 anos**  
**João Soares<sup>1,2</sup>, M. Gonçalo<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), <sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC)

9:08 **C05 - Dermatite de contato alérgica & Dermatite atópica - Resultados de um estudo retrospectivo de três anos**

**Dora Mancha<sup>1</sup>, J. Frade<sup>1</sup>, C. Brazão<sup>1</sup>, L. Sun<sup>1</sup>, T. Correia<sup>1</sup>, P. Filipe<sup>1,2,3</sup>**

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, <sup>2</sup>Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, <sup>3</sup>Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

#### CIRURGIA DERMATOLÓGICA

9:16 **C06 - Cirurgia de Mohs – experiência de 2 anos após implementação da técnica num hospital terciário**

**António Magarreiro Silva<sup>1</sup>, J. Ramos<sup>1</sup>, F. Bonito<sup>1</sup>, D. Cerejeira<sup>2</sup>, J. Alves<sup>1</sup>, J. Nogueira<sup>3</sup>, A. F. Monteiro<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia, Hospital Garcia de Orta, Almada, <sup>2</sup> Serviço de Dermatologia, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos<sup>3</sup> Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Garcia de Orta, Almada

9:24 **C07 - Análise das complicações pós-operatórias numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório de Dermatologia**

**Mafalda Pestana<sup>1</sup>, J. Cabete<sup>1</sup>, V. Fonseca<sup>1</sup>, S. Soares<sup>1</sup>, R. Carvalho<sup>1</sup>, C. Fernandes<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

#### DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA

9:32 **C08 - Dupilumab no eczema atópico em idade pediátrica – 4 anos de experiência**

**Ana Maria Lé<sup>1</sup>, A Rodrigues<sup>1</sup>, A Azevedo<sup>1</sup>, S Machado<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal

#### DERMATOSCOPIA

9:40 **C09 - Dermatoscopia *ex-vivo* no diagnóstico de melanoma maligno: a experiência de um centro (2013-2023)**

**Inês Aparício Martins<sup>1</sup>, A. João<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Serviço de Dermatovenereologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

## SÁBADO, 25 DE NOVEMBRO

### Sessão de Comunicações II

09:00-10:15 Moderadores – Celeste Brito, André Lencastre

#### GENODERMATOSES

9:48 **C10 - Manifestações dermatológicas numa coorte de doentes com neurofibromatose tipo 2**

**Maria Cristina Fialho<sup>1</sup>**, M. Coelho<sup>1</sup>, A. Ferreirinha<sup>1</sup>, M. Soares<sup>2</sup>, B. Martins<sup>3</sup>, P. Garrido<sup>4</sup>, J. Passos<sup>5</sup>, C. Moura<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal, <sup>2</sup> Serviço de Genética Médica, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal, <sup>3</sup> Serviço de Anatomia Patológica, Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Lisboa, Portugal, <sup>4</sup> Serviço de Dermatologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Lisboa, Portugal, <sup>5</sup> Serviço de Neurologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Lisboa, Portugal

#### INFEÇÃO E MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS

9:56 **C11 - *Chlamydia trachomatis* em mulheres: valerá a pena a pesquisa extragenital por rotina?**

**Clara Valente<sup>1</sup>**, R Corte-Real<sup>2</sup>, AL João<sup>1</sup>, J Neves<sup>1</sup>, C Fernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; <sup>2</sup> Serviço de Patologia Clínica, Laboratório de Biologia Molecular, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC)

10:04 **C12 - Infecção mpox após vacinação: a propósito de uma série de casos**

**Inês Aparício Martins<sup>1</sup>**, A. L. João<sup>1</sup>, J. M. Neves<sup>1</sup>, C. Fernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatovenereologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

10:15-10:45 **Conferência - Novas técnicas de imagem não invasivas em dermatologia**

Moderadores - João Maia Silva, Paulo Varela

**Elisa Cinotti, SIDeMaST, Universidade de Siena**

10:45-11:15 **Coffee-break e visita à exposição técnica**

11:15-12:00 **Simpósio satélite Sanofi**

**Dupixent, 5 anos de experiência em Portugal: na pele e mais além**

12:00-12:30 **Conferência - *Leges artis* no uso da inteligência artificial**

Moderadores - Rui Tavares Bello, Luiz Leite

**Vera Lúcia Raposo, Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa, FutureHealth / WhatNext.Law**

12:30-14:00 **Almoço**

## SÁBADO, 25 DE NOVEMBRO

14:00-14:45 **Simpósio satélite Novartis**  
**Novos horizontes na Hidradenite Supurativa**

14:45-15:15 **Conferência - Como habitar no novo e perigoso planeta terra?**  
Moderadores - Paulo Filipe, Goreti Catorze

**Viriato Soromenho Marques, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa**

15:15-16:00 **Simpósio satélite Lilly**  
**Missão PSoHO - Ajustes de Vida Real**

16:00-16:30 *Coffee-break* e visita à exposição técnica

16:30-17:15 **Simpósio satélite AbbVie**  
**SKYRIZI IZQUIZ – Simples como Acertar à Primeira**

17:15-18:00 **Simpósio satélite MSD**  
**Melanoma IIB e IIC, novo paradigma de tratamento**

18:30 **Saída para o jantar de encerramento (Palácio Conde d'Óbidos)**



## DOMINGO, 26 DE NOVEMBRO

### 09:00-10:15 Sessão de Comunicações III

Moderadores – Paulo Lamarão, Victoria Guiote

#### INFLAMATÓRIA

9:00 **C13 - Fototerapia como adjuvante na DA sob terapêutica com dupilumab: experiência de um centro terciário**

**Beatriz F. Vilela<sup>1</sup>**, G. Marques Pinto<sup>1</sup>, F. Ferreira<sup>1</sup>, T. P. Costa<sup>1</sup>, B. Duarte<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa

9:08 **C14 - APOLO: AtoPic dermatitis - a crOss sectional study on disease characteristics and impact On patients in Portugal**

**Bruno Duarte<sup>1</sup>**, P. Mendes-Bastos<sup>2</sup>; J. Antunes<sup>3</sup>; F. Azevedo<sup>4</sup>; M. Gonçalo<sup>5</sup>; M. Henrique<sup>6</sup>; V. Marques<sup>7</sup>; C. Maganete<sup>7</sup>; I. Freitas<sup>7</sup>; T. Torres<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Department of dermatology, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, <sup>2</sup>Dermatology Center, Hospital CUF Descobertas. Lisboa, <sup>3</sup>Department of Dermatology, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE, <sup>4</sup>Department of dermatology and venereology, Centro Hospitalar Universitário de S. João, <sup>5</sup>Department of dermatology, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra and Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra <sup>6</sup>Department of Dermatology, Centro Hospitalar de Leiria, <sup>7</sup>Laboratórios Pfizer, Portugal, <sup>8</sup>Department of Dermatology Centro Hospitalar Universitário de Santo António.

9:16 **C15 - Hidradenite supurativa e doença inflamatória intestinal: uma associação importante. Experiência de um centro terciário.**

**Pedro Rolo de Matos<sup>1</sup>**, B. Granja<sup>1</sup>, A. Cerejeira<sup>1</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>, C. Lisboa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de São João, Porto, Portugal, <sup>2</sup>Departamento de Patologia, Microbiologia, CINTESIS e RISE, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal

**DOMINGO, 26 DE NOVEMBRO**

**9:00-10:15 Sessão de Comunicações III**

Moderadores – Paulo Lamarão, Victoria Guiote

**INFLAMATÓRIA**

**9:24 C16 - IL-17/IL-23 inhibitors in psoriatic patients with latent tuberculosis – a multinational study**

**Ana Maria Lé<sup>1</sup>**, T Torres<sup>1,2</sup>, A Chiricozzi<sup>3,4</sup>, L Puig<sup>5</sup>, AV Marzano<sup>6,7</sup>, P Dapavo<sup>8</sup>, E Dauden<sup>9</sup>, JM Carrascosa<sup>10</sup>, E Lazaridou<sup>11</sup>, G Duarte<sup>12</sup>, AVE Carvalho<sup>13</sup>, R Romiti<sup>14</sup>, N Rompoti<sup>15</sup>, L Teixeira<sup>2,16</sup>, E Ippoliti<sup>3,4</sup>, CA Maronese<sup>6,7</sup>, M Llamas-Velasco<sup>9</sup>, E Vilarrasa<sup>5</sup>, E del Alcázar<sup>10</sup>, AJ Daponte<sup>11</sup>, M Papoutsaki<sup>15</sup>, A Carugno<sup>17</sup>, F Bellinato<sup>18</sup>, P Gisondi<sup>18</sup>

<sup>1</sup>Department of Dermatology, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal, <sup>2</sup>Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar, University of Porto, Porto, Portugal, <sup>3</sup>Dermatologia, Dipartimento Scienze Mediche e Chirurgiche, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Rome, Italy, <sup>4</sup>Dermatologia, Dipartimento Universitario di Medicina e Chirurgia Traslazionale, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy, <sup>5</sup>Department of Dermatology, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Spain, <sup>6</sup>Dermatology Unit, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milan, Italy, <sup>7</sup>Department of Physiopathology and Transplantation, Università degli Studi di Milano, Milan, Italy, <sup>8</sup>Department of Medical Sciences, Dermatology Clinic, University of Turin, Turin, Italy, <sup>9</sup>Department of Dermatology. Hospital Universitario de La Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria de La Princesa (IIS-IP). Madrid, Spain, <sup>10</sup>Department of Dermatology, Germans Trias i Pujol University Hospital (HUGTP), Autonomous University of Barcelona (UAB), Badalona, Spain, <sup>11</sup>2nd Department of Dermatology-Venereology, Aristotle University School of Medicine, Thessaloniki, Greece, <sup>12</sup>Instituto Bahiano de Imunoterapias – IBIS, Salvador, Brazil, <sup>13</sup>Ambulatório de psoríase, Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, Brazil, <sup>14</sup>Faculty of Medicine, Hospital das Clínicas, University of São Paulo, São Paulo, Brazil, <sup>15</sup>Department of Dermatology-Venereology, Faculty of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, 'A. Sygros' Hospital for Skin and Venereal Diseases, Athens, Greece, <sup>16</sup>Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS), Porto, Portugal, <sup>17</sup>Dermatology Unit, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo, Italy, <sup>18</sup>Section of Dermatology and Venereology, Department of Medicine, University Hospital of Verona

**9:32 C17 - Impacto da cirurgia bariátrica na atividade clínica da psoríase: estudo exploratório de coorte retrospectivo**

**Bárbara Vieira Granja<sup>1,2</sup>**, N. Gomes<sup>1</sup>, R. Silva<sup>3,4,5</sup>, B. Sousa Pinto<sup>3,4</sup>, J. Vide<sup>1</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>, E. Lima Costa<sup>6</sup>, P. Freitas<sup>6,7</sup>, S. Magina<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE, Porto, <sup>2</sup>Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, <sup>3</sup>Unidade de Farmacovigilância do Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, <sup>4</sup>Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, <sup>5</sup>RISE@ CINTESIS, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde e Rede de Investigação em Saúde, <sup>6</sup>Centro de Responsabilidade Integrado de Obesidade (CRIO), Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE, <sup>7</sup>Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto



## DOMINGO, 26 DE NOVEMBRO

### 09:00-10:15 Sessão de Comunicações III

Moderadores – Paulo Lamarão, Victoria Guiote

#### ONCOLOGIA

#### 9:40 C18 - Estudo multicêntrico sobre diagnóstico de Melanoma Maligno entre 2019 e 2022 - caracterização geral

Beatriz F. Vilela<sup>1</sup>, M. Pestana<sup>1</sup>, A. João<sup>1</sup>, R. Carvalho<sup>1</sup>, A. M. Silva<sup>2</sup>, J. Alves<sup>2</sup>, J. Nogueira<sup>3</sup>, C. G. Castro<sup>4</sup>, M. V. Coelho<sup>4</sup>, M. G. Catorze<sup>4</sup>, J.M. Neves<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, <sup>2</sup>Serviço de Dermatovenereologia, Hospital Garcia de Orta, Almada, <sup>3</sup> Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Garcia de Orta, Almada, <sup>4</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital Egas Moniz, Lisboa

#### 9:48 C19 - Fibroxantoma Atípico e Sarcoma Dérmico Pleomórfico – estudo retrospectivo a 10 anos

Joana Vieitez Frade<sup>1</sup>, Dora Mancha<sup>1</sup>, João Pedro Vasconcelos<sup>1</sup>, Luís Soares-de-Almeida<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, <sup>2</sup>Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, <sup>3</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, IMM João Lobo Antunes, Universidade de Lisboa, Lisboa

#### 9:56 C20 - Patologia ungueal numa consulta de faneras - Estudo retrospectivo de 10 anos no CHVNG

Aureliu Rosca, M. Costa, C. Magalhães, J. Matos, D. Teixeira, R. Guedes  
Serviço de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

### 10:04-10:15 Apresentação oral de pósteres selecionados

Moderadores – António Massa, Sónia Coelho, Margarida Rafael

### 10:15-11:00 Simpósio satélite Almirall

Tildracizumab: efetividade e wellbeing na psoríase. O que há de novo?

### 11:00-11:30 *Coffee-break* e visita à exposição técnica

### 11:30-12:15 Simpósio satélite Pfizer

The Right TraJAKtery - Combat Itch and Beyond With Abrocitinib



## DOMINGO, 26 DE NOVEMBRO

12:15-13:00 **Conferência: Estado da arte**

Moderadores – Margarida Gonçalo, Alberto Mota

**Fototerapia na era dos biológico**

12:15-12:30 Gabriela Marques Pinto

**Novas terapêuticas orais na psoríase**

12:30-12:45 Tiago Torres

**Inovações em laser dermatológico**

12:45-13:00 Isabel Fonseca

13:00-13:15 **Anúncio de prémios e bolsas**

Júri: José Carlos Cardoso, Sónia Coelho, António F. Massa

**13:15 Encerramento**

Direção da SPDV

## Pósteres - distribuição temática

### Autoimune

P01 -Um caso de pênfigo eritematoso

P02 -Apresentação Atípica de Penfigoide Gestacional

P03 -Erosões figuradas: uma apresentação intrigante de uma doença comum

P04 -Lúpus eritematoso discoide – sinal “carpet tack” (pregos de carpete)

P05 -Síndrome de Parry-Romberg de início tardio em doente com diagnóstico inaugural de infeção por VIH-2

### Cicatrização

P06 -Os sistemas de compressão no tratamento da úlcera de perna

### Cirurgia dermatológica

P07 -Primary Closure of Full-Thickness Lower Eyelid Defects

P08 -The bilateral staircase flap as an option for lower lip defects reconstruction

P09 -Retalho de transposição bilobado para o encerramento simultâneo de dois defeitos cirúrgicos do nariz

P10 -Retalho keystone: uma alternativa para o encerramento dos defeitos do membro inferior

### Dermatologia pediátrica

P11 -Dermatose palmar após episódio de escabiose - Um diagnóstico a considerar em idade pediátrica

P12 -Lúpus eritematoso neonatal - um diagnóstico com importância materno-infantil

P13 -Urticaria Pigmentosa Nodular – relato de um caso

P14 -Diagnóstico inaugural de infeção por VIH em idade pediátrica - Quando a pista reside nos pés

P15 -Nevo anémico como marcador precoce de neurofibromatose tipo 1?

### Fotoeducação

P16 - Comportamento solar das crianças durante as férias de praia: relação de duas vias entre os adultos e as crianças.

### Genodermatose

P17 -Síndrome de Rothmund Thomson: o papel do dermatologista

P18 -Carcinoma sebáceo extra-ocular: uma entidade rara como pista diagnóstica para Síndrome Muir-Torre

### História da Dermatologia Portuguesa

P19 -Lições sobre Sífilis – Um curso de férias no Hospital dos Capuchos, em Janeiro de 1945

### Infeção e manifestações associadas

P20 -Dermatofitose exuberante por *Trichophyton rubrum* num jovem imunocompetente

P21 -Caso Clínico: Eumicetoma

P22 -Diagnóstico inaugural tardio de lepra borderline tuberculoide

P23 -Um nódulo eritematoso solitário num doente imunocomprometido

P24 -Sífilis maligna em doente jovem imunocompetente

P25 -Mucormicose cutânea mimetizando celulite em doente imunodeprimido

## Pósteres - distribuição temática

- P26 -Pápulas faciais e genitais em doente com síndrome da imunodeficiência adquirida
- P27 -Eritema Induratum de Bazin: Um Alerta para Diagnóstico Diferencial em Lesões Cutâneas
- P28 -Tuberculose ganglionar: uma doença antiga a não esquecer
- P29 -Úlcera de Lipschütz: uma entidade a não esquecer
- P30 -Condiloma acuminado gigante extragenital tratado com cirurgia
- P31 -Condiloma Lata vulvar e oral em imunocompetente como manifestação de sífilis secundária
- P32 -Alternariose cutânea – feohifomicose emergente em imunodeprimidos
- P33 -Infeção cutânea por Alternaria infectoria em doente transplantado renal
- P34 -Micose profunda a Alternaria alternata numa doente transplantada renal
- P35 -Nódulos granulomatosos na face de um doente idoso
- P36 -Pustulose generalizada por reativação de herpes simplex: relato de um caso

## Inflamatória

- P37 -Líquen nítido num doente VIH-positivo: a importância da dermatoscopia
- P38 -Consulta bidisciplinar de Artrite Psoriática: dez anos de experiência num centro terciário
- P39 -Erythema dyschromicum perstans: A Mysterious Skin Disorder
- P40 -Custo-utilidade de abrocitinib no tratamento de adultos com dermatite atópica moderada a grave em Portugal
- P41 -Pioderma gangrenoso pós-cirúrgico: um desafio diagnóstico e terapêutico
- P42 -Pioderma gangrenoso do pénis pós-circuncisão – um desafio diagnóstico
- P43 -Síndrome de Sweet: um desafio diagnóstico
- P44 -Fenómeno de Koebner em doentes sem dermatose pré-existente

## Manifestação de doença sistémica

- P45 -Dermatite granulomatosa neutrofílica em paliçada associada a artrite reumatoide
- P46 -Calcinose cutânea como achado inicial de doença sistémica
- P47 -Carcinoma da Mama: diagnóstico a partir da pele

## Oncologia

- P48 -Erupção mamária erisipeloide numa doente transplantada renal
- P49 -Carcinoma Sebáceo Extraocular Esporádico: uma entidade incomum
- P50 -Angiossarcoma cutâneo da face e carcinoma de células renais: uma associação incomum
- P51 -Hematoma na face em doente anticoagulado - há mais do que se vê à primeira vista?
- P52 -Impacto da exposição ocupacional a radiação U.V. no desenvolvimento de Carcinomas Espinocelulares
- P53 -Fibroxioma atípico: um caso de metastização
- P54 -Carcinoma basocelular em nevo epidérmico verrucoso
- P55 -Nem tudo é o que parece: tumor de colisão



## Pósteres - distribuição temática

### Queratinização

P56 -Pitíriase rotunda: manifestação cutânea de doença sistémica?

### Reação cutânea adversa a fármaco

P57 -Eritema Pigmentado Fixo Bolhoso Generalizado como imitador de Síndrome de Stevens-Johnson

P58 -Hidradenite Écrina Neutrófila Associado à Citarabina: Um Caso de Apresentação Atípica

P59 -Capecitabina e eritrodisestesia palmoplantar em doente com mutação do gene DPYD

P60 -Erupção Acneiforme induzida por Amivantamab

P61 -Pustulose erosiva do couro cabeludo secundária a novos inibidores do EGFR

P62 -Siderose cutânea após infusão endovenosa de carboximaltose férrica: uma complicação rara

### Tecido conjuntivo

P63 -Elastólise da derme média: uma entidade rara com localização atípica

### Tumor benigno

P64 -Endometriose umbilical primária

P65 -Siringocistoadenoma Papilífero Anogenital – Uma Morfologia Enganadora

P66 -Siringomas axilares mimetizando Doença de Fox-Fordyce

**Júri dos pósteres** – António Massa, Sónia Coelho, Margarida Rafael

## SIMPÓSIOS SATÉLITES

### Sexta-Feira, 24 DE NOVEMBRO

<p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">KYOWA KIRIN</p> <p style="font-weight: bold; margin-top: 20px;">11h30 – 12h15</p>	<p><b>Os Linfomas Cutâneos de Células T - <i>diagnóstico e gestão</i></b>  <b>Moderação:</b> Dr.ª Iolanda Fernandes                      (Consulta Multidisciplinar de Linfomas Cutâneos de Células T e Mastocitoses – Centro Hospitalar Universitário de Santo António)</p>		
	<b>11h30</b>	<p><b>Breve Introdução: os linfomas cutâneos de células T</b></p>	<p>Dr.ª Iolanda Fernandes                      (Consulta Multidisciplinar de Linfomas Cutâneos de Células T e Mastocitoses – Centro Hospitalar Universitário de Santo António)</p>
	<b>11h35</b>	<p><b>Desafios de vida real</b></p>	<p>Dr.ª Mariana Cravo                      (Serviço de Dermatologia, Hospital dos Lusíadas)</p>
	<b>11h50</b>	<p><b>O doente na vida real</b></p>	<p>Dr.ª Maria Sanches e Dr.ª Sónia Leocádio                      (Consulta Multidisciplinar de Linfomas Cutâneos de Células T – Fundação Champalimaud)</p>
	<b>12h05</b>	<p><b>Discussão e notas finais</b></p>	<p>Todos</p>
<p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">BOEHRINGER</p> <p style="font-weight: bold; margin-top: 20px;">13h15 – 14h00</p>	<p><b>Um novo paradigma no tratamento da Psoríase Pustulosa Generalizada</b>  <b>Moderação:</b> Prof. Paulo Filipe                      (Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte, EPE / Hospital Santa Maria)</p>		
	<p><b>Psoríase pustulosa generalizada à luz do conhecimento atual</b></p>	<p>Dr. Emanuel Marques, Centro hospitalar de Lisboa Central, EPE/Hospital de Santo António dos Capuchos</p>	
	<p><b>A importância da via da IL36 no tratamento da PPG</b></p>	<p>Prof. Tiago Torres                      (Centro Hospitalar e Universitário do Porto, EPE / Hospital de Santo António)</p>	

## SIMPÓSIOS SATÉLITES

### Sábado, 25 DE NOVEMBRO

<b>SANOFI</b>  <b>11h15 – 12h00</b>	<b>Dupixent, 5 anos de experiência em Portugal: na pele e mais além</b>		
	<b>11h15</b>	<b>Introdução</b>	Dr.ª Maria João Cruz e Dr. Bruno Duarte
	<b>11h20</b>	<b>Dermatite Atópica grave nas crianças, para além da pele, a partir dos 6 meses de idade, dados de RWE em Portugal</b>	Dr.ª Maria João Cruz (Centro Hospitalar Universitário São João)
	<b>11h35</b>	<b>Dermatite Atópica no adulto, para além da pele, dados de RWE em Portugal</b>	Dr. Bruno Duarte (CHLC- Hospital dos Capuchos)
	<b>11h50</b>	<b>Discussão</b>	Todos
<b>NOVARTIS</b>  <b>14h00 – 14h45</b>	<b>Novos horizontes na Hidradenite Supurativa</b>		
	<b>14h00</b>	<b>Abertura e introdução</b>	Dr. Pedro Mendes Bastos
	<b>14h05</b>	<b>Estado da arte na HS - Desafios e <i>unmet needs</i></b>	Prof.ª Carmen Lisboa
	<b>14h20</b>	<b>Re-imaginar o tratamento da HS</b>	Dr.ª Joana Cabete
	<b>14h30</b>	<b>Discussão</b>	Todos
<b>14h40</b>	<b>Mensagens finais</b>	Dr. Pedro Mendes Bastos	

## SIMPÓSIOS SATÉLITES

### Sábado, 25 DE NOVEMBRO

<b>LILLY</b>  <b>15h15 – 16h00</b>	<b>Missão PSoHO - Ajustes de Vida Real</b>		
		Prof. Dr. Tiago Torres (CHP)	
		Dr. Pedro Mendes Bastos (Hospital CUF Descobertas)	
		Dra. Maria João Cruz (CHSJ)	
<b>ABBVIE</b>  <b>16h30 – 17h15</b>	<b>SKYRIZI – Simples como Acertar à Primeira</b>		
	<b>Moderação:</b> Prof. Tiago Torres (Centro Hospitalar Universitário Sto António)		
	<b>Palestrantes:</b> Dr. Fernando Mota (Hospital Senhora Oliveira Guimarães) / Dr. Álvaro Machado (Hospital Santa Luzia Viana do Castelo) / Dr. Leandro Silva (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental)		
	<b>16h30</b>	<b>Boas-Vindas &amp; Introdução</b>	Prof. Tiago Torres
	<b>16h35</b>	<b>Casos Clínicos</b>	Dr. Álvaro Machado / Dr. Leandro Silva / Dr. Fernando Mota
<b>17h05</b>	<b>Dados Vida Real</b>	Prof. Tiago Torres	
<b>17h10</b>	<b>Q&amp;A</b>		
<b>MSD</b>  <b>17h15 – 18h00</b>	<b>Melanoma IIB e IIC, novo paradigma de tratamento</b>		
	<b>Moderação:</b> Dra Goretí Catorze, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (Hospital de Egas Moniz)		
	<b>17h15</b>	<b>Apresentação e boas-vindas</b>	Dr.ª Goretí Catorze
	<b>17h20</b>	<b>Melanoma IIB e IIC, novo paradigma de tratamento</b>	Prof. Dr. Ricardo Vieira, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Secretário-Geral da APCC
<b>17h50</b>	<b>Q&amp;A e conclusão</b>	Dr.ª Goretí Catorze	

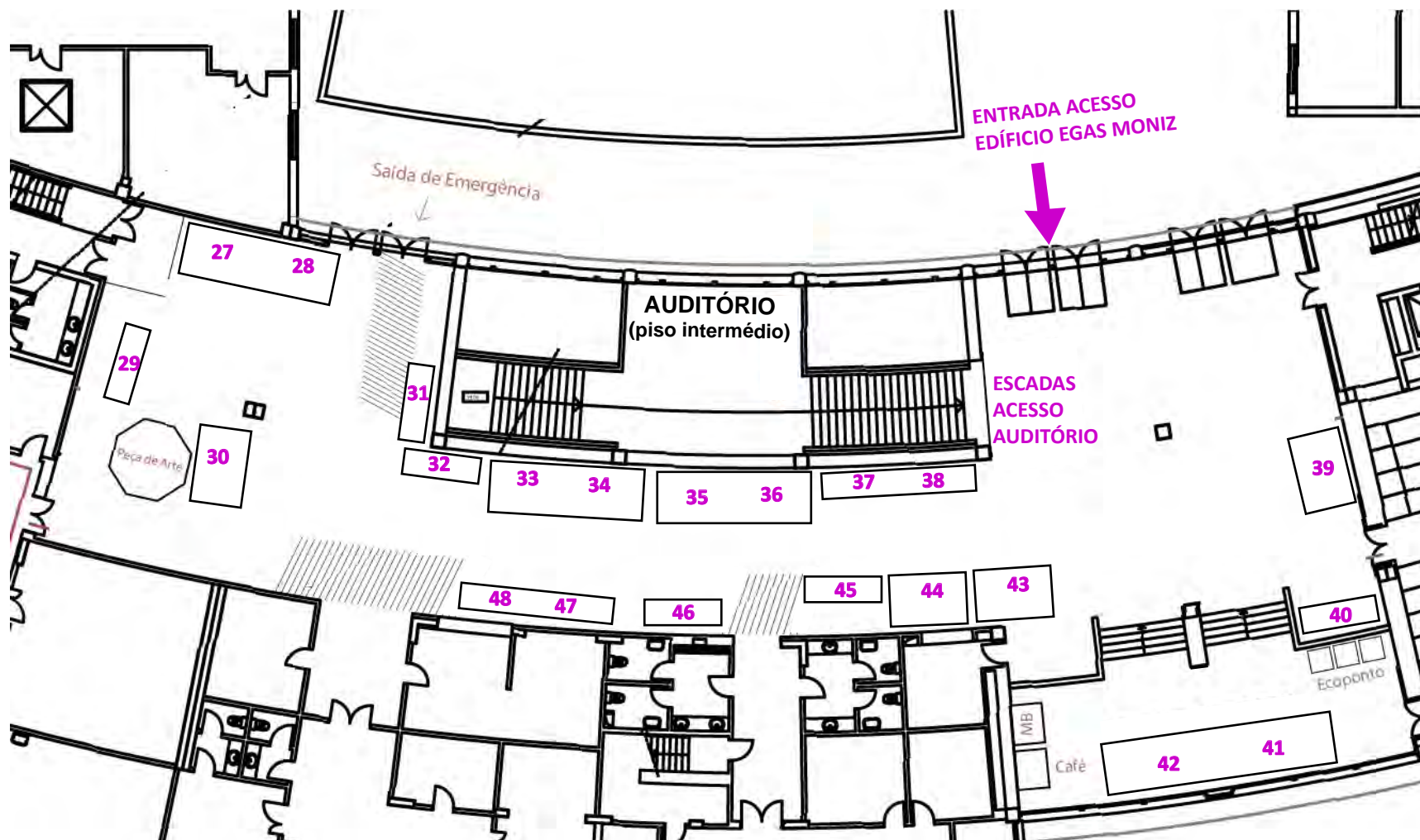


## SIMPÓSIOS SATÉLITES

### Domingo, 26 DE NOVEMBRO

<b>ALMIRALL</b>  <b>10h15 – 11h00</b>	<b>Tildracizumab: efetividade e <i>wellbeing</i> na psoríase. O que há de novo?</b>		
	<b>10h15</b>	<b>Abertura</b>	Dr. Paulo Ferreira (CUF Descobertas)
		<b>Dados de vida real em centros portugueses</b>	Prof. Tiago Torres (Centro Hospitalar Universitário de Santo António)
	<b>10h20</b>	<b>Discussão</b>	Todos
	<b>10h35</b>	<b>Estudo POSITIVE: o impacto de tildracizumab no bem-estar físico, psicológico e social</b>	Dr. Pedro Mendes Bastos (CUF Descobertas)
	<b>10h55</b>	<b>Discussão</b>	Todos
<b>PFIZER</b>  <b>11h30– 12h15</b>	<b>The Right TraJAKtery - Combat Itch and Beyond With Abrocitinib</b> <b>Moderação:</b> Prof.ª Margarida Gonçalves, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra		
	<b>11h30</b>	<b>Welcome &amp; Introduction</b>	Profª Margarida Gonçalves
	<b>11h40</b>	<b>The continual burden of itch</b>	Dr. Bruno Duarte (CHLC- Hospital dos Capuchos)
	<b>11h55</b>	<b>Get Patients on the Right TraJAKtery, Itch-free: an aspirational or realistic goal?</b>	Dr. Yolanda Gilaberte, Head of Dermatology at Miguel Servet University Hospital, Zaragoza
		<b>12h10</b>	<b>Q &amp; A</b>

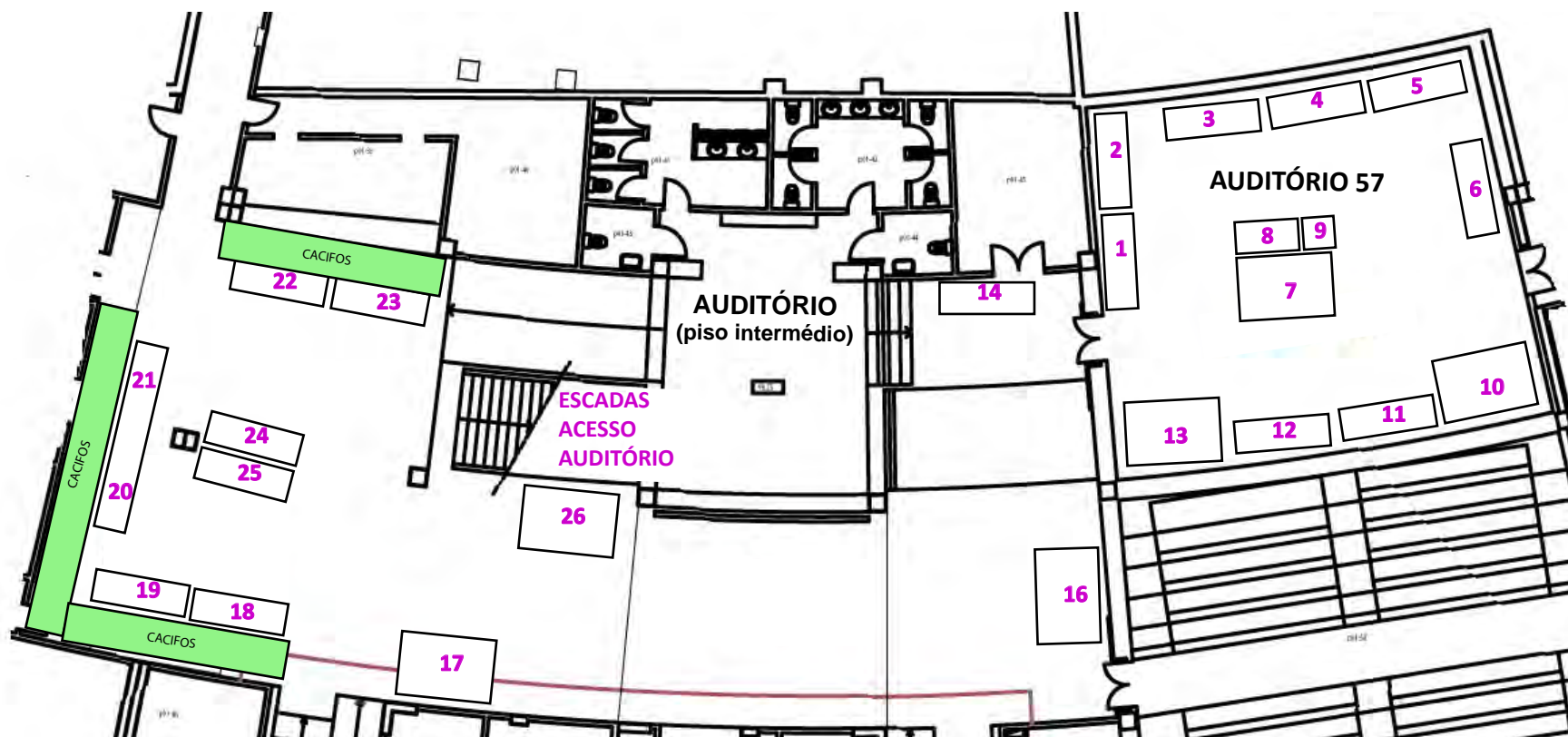
## PLANTA DO PISO 0



## LISTA DE EXPOSITORES

ABBVIE	47 e 48
ALMIRALL	35 e 36
BOEHRINGER	32
EDOL	41 e 42
KYOWA KIRIN	46
LEO	29 e 40
LILLY	37 e 38
L'ORÉAL	34 e 35
MARTIDERM	30
MSD	45
NOVARTIS	39
PFIZER	31
SANOFI	43 e 44

## PLANTA DO PISO 01



## LISTA DE EXPOSITORES

ASTRAZENECA	8
BEIERSDORF	1
BIOGEN	17
BIOLOTUS	23
CANTABRIA LABS	20 e 21
CAUDALIE	16
CS PORTUGAL	22
DIVERPHARMA	14
EUROIMMUN	13
FALCÃO TELES	11
FILSAT	2
ISDIN	12
JANSSEN	24
KENVUE	3
LASERCARE	9
LETI	10
MEDINFAR	18
NAOS/BIODERMA	4
PIERRE FABRE - DERMATOLOGIE	7
PIERRE FABRE - DERMO-COSMETIQUE	26
REFERENCE MEDICAL	19
SVR	25
URIAGE	6
VIATRIS	5



## INFORMAÇÕES GERAIS

### Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia (SPDV)

**Sede:** Rua dos Argonautas Nº 3 A – sala 2, 1990-014 Lisboa

Tel. +351.21 139 00 54 (Chamada para a rede fixa nacional)

Tel. +351.91 515 85 00/50 (Chamada para rede móvel nacional)

e-mail: [geral@spdv.com.pt](mailto:geral@spdv.com.pt)

<https://www.spdv.pt/>

### LOCAL DO CONGRESSO

**Edifício Egas Moniz, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa**

**Homepage:** [https://www.spdv.pt/xxii\\_congresso\\_nacional\\_de\\_dermatologia\\_e\\_venerologia\\_spdv](https://www.spdv.pt/xxii_congresso_nacional_de_dermatologia_e_venerologia_spdv)



Horário do secretariado		
Sexta-feira	Sábado	Domingo
8:00-17:00	8:00-17:00	8:00-13:00

### Programa social:

**Cerimónia de abertura e jantar de boas-vindas:** sexta-feira, 19 horas, [Casa do Alentejo](#)  
(acesso ao [Super Bock em stock](#))

**Jantar de encerramento:** sábado, 19 horas, [Palácio conde d'Óbidos](#)



## INFORMAÇÕES GERAIS

Para chegar à FMUL pode utilizar:

### Metro

Linha Amarela, estação Cidade Universitária.

### Carris

Autocarros 701, 735, 738, 755, 764, 768 (Hospital de Santa Maria), e 731 (Cidade Universitária)

### Carris Metropolitana

Carreira 3702

### Comboio

Fertagus e CP (estação Entrecampos)



Acesso pedonal ao Edifício Egas Moniz:



## Índice de Resumos dos Trabalhos

### Sessão Conjunta de Comunicações AEDV/SPDV..... 36

SC01 - Micosis fungoide: cuando todo falla.....	36
SC02 - Corticoterapia tópica de alta potência versus corticoterapia sistémica no tratamento do Penfigóide Bolhoso – experiência de uma década .....	36
SC03 - Vasculopatia livedoide tras infección por sars-cov2 .....	36
SC04 - Infecções mucocutâneas por Vírus Herpes Simplex: estudo retrospectivo de 6 anos num hospital terciário.....	37
SC05 - Porocarcinoma sobre necrobiosis lipoídica: descripción de un caso y revisión de la literatura. ....	37
SC06 - Dupilumab no Tratamento de Prurigo Crónico - uma série de 7 casos.....	37
SC07 - Enfermedad granulomatosa por el virus de la rubeola en una mujer inmunocompetente.....	38
SC08 - CheckAP: Psoriatic Arthritis prevalence and evaluation of the EARP questionnaire performance in Portuguese patients with Psoriasis followed in a dermatology setting .....	38

### Comunicações ..... 39

<b>REAÇÃO ADVERSA A FÁRMACO .....</b>	<b>39</b>
C01 - Prevalence of an inflammatory muscle and joint pain syndrome in atopic dermatitis patients treated with dupilumab.....	39
<b>TERAPÉUTICA FOTODINÂMICA .....</b>	<b>39</b>
C02 - Terapia fotodinâmica – revisão de 5 anos num hospital terciário .....	39
<b>TUMOR BENIGNO .....</b>	<b>39</b>
C03 - Cilindromas and Spiradenomas: A 20-Year Review (1993-2023).....	39
<b>ALERGIA CUTÂNEA .....</b>	<b>40</b>
C04 - Reatividade Cruzada entre Antibióticos Beta-Lactâmicos em Reações Cutâneas Não Imediatas: Análises de Testes Epicutâneos ao longo de 8 anos.....	40
C05 - Dermatite de contato alérgica & Dermatite atópica - Resultados de um estudo retrospectivo de três anos.....	40
<b>CIRURGIA DERMATOLÓGICA .....</b>	<b>40</b>
C06 - Cirurgia de Mohs – experiência de 2 anos após implementação da técnica num hospital terciário .....	40
C07 - Análise das complicações pós-operatórias numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório de Dermatologia.....	41
<b>DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA.....</b>	<b>41</b>
C08 - Dupilumab no eczema atópico em idade pediátrica – 4 anos de experiência .....	41
<b>DERMATOSCOPIA .....</b>	<b>41</b>
C09 - Dermatoscopia <i>ex-vivo</i> no diagnóstico de melanoma maligno: a experiência de um centro (2013-2023) .....	41
<b>GENODERMATOSE .....</b>	<b>41</b>
C10 - Manifestações dermatológicas numa coorte de doentes com neurofibromatose tipo 2.....	41
<b>INFEÇÃO E MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS .....</b>	<b>42</b>
C11 - <i>Chlamydia trachomatis</i> em mulheres: valerá a pena a pesquisa extragenital por rotina? .....	42
C12 - Infecção mpox após vacinação: a propósito de uma série de casos.....	42
<b>INFLAMATÓRIA .....</b>	<b>42</b>
C13 - Fototerapia como adjuvante na DA sob terapêutica com dupilumab: experiência de um centro terciário .....	42
C14 - APOLO: AtoPic dermatitis - a crOss sectional study on disease characteristics and impact On patients in Portugal.....	43
C15 - Hidradenite supurativa e doença inflamatória intestinal: uma associação importante. Experiência de um centro terciário. ....	43
C16 - IL-17/IL-23 inhibitors in psoriatic patients with latent tuberculosis – a multinational study.....	43
C17 - Impacto da cirurgia bariátrica na atividade clínica da psoríase: estudo exploratório de coorte retrospectivo.....	44
<b>ONCOLOGIA .....</b>	<b>44</b>
C18 - Estudo multicêntrico sobre diagnóstico de Melanoma Maligno entre 2019 e 2022 - caracterização geral .....	44
C19 - Fibroxantoma Atípico e Sarcoma Dérmico Pleomórfico – estudo retrospectivo a 10 anos.....	45
C20 - Patologia ungueal numa consulta de Faneras - Estudo retrospectivo de 10 anos no CHVNG .....	45

### Casos Clínicos ..... 45

<b>ALERGIA CUTÂNEA .....</b>	<b>45</b>
CC01 - Polissensibilização num jovem trabalhador industrial.....	45
<b>DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA.....</b>	<b>46</b>
CC02 - Síndrome nefrocútâneo neonatal associado a mutação EGFR .....	46
CC03 - “Blueberry muffin baby” – qual o diagnóstico? .....	46
<b>GENODERMATOSE .....</b>	<b>46</b>
CC04 - Síndrome de Reed: dois casos distintos, a mesma mutação .....	46
CC05 - Síndrome de Muir-Torre: quando suspeitar .....	46
<b>INFEÇÃO E MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS .....</b>	<b>47</b>
CC06 - Infecção Disseminada por <i>Mycobacterium chelonae</i> - Um microorganismo a reconhecer.....	47
CC07 - Lesões hiperqueratóticas palmo-plantares: uma apresentação pouco frequente de sífilis secundária .....	47
CC08 - Lesões Moluscóides Disseminadas num Doente Imunocomprometido – Um Desafio Diagnóstico .....	47
CC09 - Criptococose Cutânea Primária como forma de apresentação de SIDA .....	48



CC10 - Uma doença do novo mundo: duplo desafio diagnóstico após viagem a um país tropical .....	48
<b>INFLAMATÓRIA .....</b>	<b>49</b>
CC11 - Tratamento com dupilumab em doentes com dermatite atópica com transplante de córnea .....	49
CC12 - Pitiríase Rubra Pilar refratária com resposta a Guselcumab - relato de caso .....	49
CC13 - Risankizumab em doentes com psoríase e VIH .....	49
<b>MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA SISTÉMICA .....</b>	<b>49</b>
CC14 - Edema facial unilateral: a chave para o diagnóstico de linfoma B difuso de grandes células .....	49
CC15 - Tioissulfato de sódio intralésional no tratamento da calcifilaxia .....	50
CC16 - Paniculite como achado cutâneo predominante em doente com dermatomiosite .....	50
CC17 - Linfoma extranodal de células T/NK (do tipo nasal) apresentando-se como úlceras cutâneas multifocais .....	50
CC18 - Folliculite eosinofílica após transplante autólogo de medula óssea em doente com mieloma múltiplo .....	51
CC19 - <i>The devil is in the details</i> - um caso de leucemia <i>cutis</i> em doente internado por celulite .....	51
CC20 - Calcifilaxia refratária e os desafios terapêuticos .....	51
CC21 - Doença de Erdheim-Chester – a pele como fator-chave para o diagnóstico .....	52
CC22 - Uma entidade hematológica rara com apresentação cutânea comum: a propósito de um caso clínico .....	52
CC23 - Nódulos subcutâneos violáceos como apresentação de uma doença linfoproliferativa rara .....	52
CC24 - Pênfigo paraneoplásico e carcinoma hepatocelular – uma associação rara” .....	53
CC25 - Eritema gyratum repens como manifestação inaugural de adenocarcinoma do cólon .....	53
<b>AUTOIMUNE .....</b>	<b>53</b>
CC26 - Desafios da prática clínica: um caso de Pênfigo Foliáceo disfarçado de Psoríase .....	53
<b>CIRURGIA DERMATOLÓGICA .....</b>	<b>53</b>
CC27 - Retalho bilobulado de Gavello com inclusão de enxerto condral na reconstrução do lóbulo auricular .....	53
CC28 - Retalho em hélice para reconstrução de defeito cirúrgico do nariz .....	54
<b>ONCOLOGIA .....</b>	<b>54</b>
CC29 - Perfusão isolada de membro como opção neoadjuvante em carcinoma espinocelular localmente avançado .....	54
CC30 - Um caso de Linfoma de Células Grandes B <i>Leg-type</i> numa doente sob Adalimumab .....	54
CC31 - Melanoma metastático com tumor primário oculto e resposta à imunoterapia: relato de 3 casos .....	54
<b>REAÇÃO CUTÂNEA ADVERSA A FÁRMACO .....</b>	<b>55</b>
CC32 - <i>Embolia cutis medicamentosa</i> : uma complicação rara e potencialmente grave .....	55
CC33 - Eritema tóxico da quimioterapia secundário a doxorrubicina .....	55

## Posteres ..... 55

<b>AUTOIMUNE .....</b>	<b>55</b>
P01 - Um caso de pênfigo eritematoso .....	55
P02 - Apresentação Atípica de Penfigoide Gestacional .....	56
P03 - Erosões figuradas: uma apresentação intrigante de uma doença comum .....	56
P04 - Lúpus eritematoso discoide – sinal “carpet tack” (pregos de carpete) .....	56
P05 - Síndrome de Parry-Romberg de início tardio em doente com diagnóstico inaugural de infeção por VIH-2 .....	57
<b>CICATRIZAÇÃO .....</b>	<b>57</b>
P06 - Os sistemas de compressão no tratamento da úlcera de perna .....	57
<b>CIRURGIA DERMATOLÓGICA .....</b>	<b>57</b>
P07 - Primary Closure of Full-Thickness Lower Eyelid Defects .....	57
P08 - The bilateral staircase flap as an option for lower lip defects reconstruction .....	57
P09 - Retalho de transposição bilobado para o encerramento simultâneo de dois defeitos cirúrgicos do nariz .....	58
P10 - Retalho <i>keystone</i> : uma alternativa para o encerramento dos defeitos do membro inferior .....	58
<b>DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA .....</b>	<b>58</b>
P11 - Dermatose palmar após episódio de escabiose - Um diagnóstico a considerar em idade pediátrica .....	58
P12 - Lúpus eritematoso neonatal - um diagnóstico com importância materno-infantil .....	58
P13 - Urticaria Pigmentosa Nodular – relato de um caso .....	59
P14 - Diagnóstico inaugural de infeção por VIH em idade pediátrica - Quando a pista reside nos pés .....	59
P15 - Nevo anémico como marcador precoce de neurofibromatose tipo 1? .....	59
<b>FOTOEDUCAÇÃO .....</b>	<b>60</b>
P16 - Comportamento solar das crianças durante as férias de praia: relação de duas vias entre os adultos e as crianças .....	60
<b>GENODERMATOSE .....</b>	<b>60</b>
P17 - Síndrome de Rothmund Thomson: o papel do dermatologista .....	60
P18 - Carcinoma sebáceo extra-ocular: uma entidade rara como pista diagnóstica para Síndrome <i>Muir-Torre</i> .....	60
<b>HISTÓRIA DA DERMATOLOGIA PORTUGUESA .....</b>	<b>61</b>
P19 - Lições sobre Sífilis – Um curso de férias no Hospital dos Capuchos, em Janeiro de 1945 .....	61
<b>INFEÇÃO E MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS .....</b>	<b>61</b>
P20 - Dermatofitose exuberante por <i>Trichophyton rubrum</i> num jovem imunocompetente .....	61
P21 - Caso Clínico: Eumicetoma .....	61
P22 - Diagnóstico inaugural tardio de lepra <i>borderline</i> tuberculóide .....	62
P23 - Um nódulo eritematoso solitário num doente imunocomprometido .....	62

P24 - Sífilis maligna em doente jovem imunocompetente.....	62
P25 - Mucormicose cutânea mimetizando celulite em doente imunodeprimido.....	63
P26 - Pápulas faciais e genitais em doente com síndrome da imunodeficiência adquirida.....	63
P27 - <i>Eritema Induratum</i> de Bazin: Um Alerta para Diagnóstico Diferencial em Lesões Cutâneas.....	63
P28 - Tuberculose ganglionar: uma doença antiga a não esquecer.....	63
P29 - Úlcera de Lipschütz: uma entidade a não esquecer.....	64
P30 - Condiloma acuminado gigante extragenital tratado com cirurgia.....	64
P31 - Condiloma Lata vulvar e oral em imunocompetente como manifestação de sífilis secundária.....	64
P32 - Alternariose cutânea – feohifomicose emergente em imunodeprimidos.....	65
P33 - Infecção cutânea por <i>Alternaria infectoria</i> em doente transplantado renal”.....	65
P34 - Micose profunda a <i>Alternaria alternata</i> numa doente transplantada renal.....	65
P35 - Nódulos granulomatosos na face de um doente idoso.....	65
P36 - Pustulose generalizada por reativação de <i>herpes simplex</i> : relato de um caso.....	66
<b>INFLAMATÓRIA.....</b>	<b>66</b>
P37 - Líquen nítido num doente VIH-positivo: a importância da dermatoscopia.....	66
P38 - Consulta bidisciplinar de Artrite Psoriática: dez anos de experiência num centro terciário.....	66
P39 - Erythema dyschromicum perstans: A Mysterious Skin Disorder.....	67
P40 - Custo-utilidade de abrocitinib no tratamento de adultos com dermatite atópica moderada a grave em Portugal.....	67
P41 - Pioderma gangrenoso pós-cirúrgico: um desafio diagnóstico e terapêutico.....	67
P42 - Pioderma gangrenoso do pénis pós-circuncisão – um desafio diagnóstico.....	68
P43 - Síndrome de Sweet: um desafio diagnóstico.....	68
P44 - Fenómeno de Koebner em doentes sem dermatose pré-existente.....	68
<b>MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA SISTÉMICA.....</b>	<b>68</b>
P45 - Dermatite granulomatosa neutrofílica em paliçada associada a artrite reumatoide.....	68
P46 - Calcinose cutânea como achado inicial de doença sistémica.....	69
P47 - Carcinoma da Mama: diagnóstico a partir da pele.....	69
<b>ONCOLOGIA.....</b>	<b>69</b>
P48 - Erupção mamária erisipelóide numa doente transplantada renal.....	69
P49 - Carcinoma Sebáceo Extraocular Esporádico: uma entidade incomum.....	69
P50 - Angiossarcoma cutâneo da face e carcinoma de células renais: uma associação incomum.....	70
P51 - Hematoma na face em doente anticoagulado - há mais do que se vê à primeira vista?.....	70
P52 - Impacto da exposição ocupacional a radiação U.V. no desenvolvimento de Carcinomas Espinocelulares.....	70
P53 - Fibroxantoma atípico: um caso de metastização.....	71
P54 - Carcinoma basocelular em nevo epidérmico verrucoso.....	71
P55 - Nem tudo é o que parece: tumor de colisão.....	71
<b>QUERATINIZAÇÃO.....</b>	<b>72</b>
P56 - Pitiríase rotunda: manifestação cutânea de doença sistémica?.....	72
<b>REAÇÃO CUTÂNEA ADVERSA A FÁRMACO.....</b>	<b>72</b>
P57 - Eritema Pigmentado Fixo Bolhoso Generalizado como imitador de Síndrome de Stevens-Johnson.....	72
P58 - Hidradenite Écrina Neutrofílica Associado à Citarabina: Um Caso de Apresentação Atípica.....	72
P59 - Capecitabina e eritrodisestesia palmoplantar em doente com mutação do gene DPYD.....	73
P60 - Erupção Acneiforme induzida por Amivantamab.....	73
P61 - Pustulose erosiva do couro cabeludo secundária a novos inibidores do EGFR.....	73
P62 - Siderose cutânea após infusão endovenosa de carboximaltose férrica: uma complicação rara.....	73
<b>TECIDO CONJUNTIVO.....</b>	<b>74</b>
P63 - Elastólise da derme média: uma entidade rara com localização atípica.....	74
<b>TUMOR BENIGNO.....</b>	<b>74</b>
P64 - Endometriose umbilical primária.....	74
P65 - Siringocistoadenoma Papilífero Anogenital – Uma Morfologia Enganadora.....	74
P66 - Siringomas axilares mimetizando Doença de Fox-Fordyce.....	75
<b>Poster institucional.....</b>	<b>75</b>
Avaliação da eficácia e tolerância de uma bruma antivermelhidão em pessoas com rosácea.....	75



## Sessão Conjunta de Comunicações AEDV/SPDV

### SC01 - Micosis fungoide: cuando todo falla

Ana María Carballido-Vázquez<sup>1</sup>, TL. Vega-López<sup>1</sup>, I. González-Jiménez<sup>1</sup>, MJ. García-Gamero<sup>1</sup>, AM. Antón Márquez<sup>1</sup>, A. Marcos-Monera<sup>1</sup>, C. Sáez Fuster<sup>1</sup>, G. Martínez-García<sup>2</sup>, MJ. Peñarubia<sup>3</sup>, P. Manchado-López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

<sup>2</sup>Servicio de Anatomía patológica, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

#### Introducción

La micosis fungoide (MF) es el linfoma cutáneo primario más frecuente. Es un linfoma epidermotropo de linfocitos T CD4+ generalmente de curso clínico indolente. En su forma clásica, puede evolucionar, a lo largo de años, desde una fase inicial de manchas en zonas no expuestas, a una fase de placas infiltradas más extensas y, eventualmente, a una fase final de tumores. La extensión y tipo de lesiones cutáneas es el factor pronóstico fundamental y el que guiará el manejo y tratamiento de la enfermedad.

#### Caso clínico

Mujer de 73 años, independiente para las actividades de la vida diaria, con MF clásica de 13 años de evolución, en estadio clínico IB (T2bN0M0B0) correspondiente a una fase de placas generalizadas. Hasta ese momento, la paciente había recibido tratamiento con corticoides tópicos, PUVA y acitretina oral con respuestas parciales y posteriores recaídas. Histológicamente, exhibía también progresión de la enfermedad, con presencia de un 20-25% de transformación en células grandes CD30+. Se pautó tratamiento con bexaroteno oral y fototerapia UVA, iniciando a mitad de dosis (150 mg/m<sup>2</sup>/día), asociado a pretratamiento con fenofibrato y tiroxina para control de posibles efectos adversos. A pesar de ello, la paciente desarrolló hipertrigliceridemia grave, que obligó a suspender el tratamiento a los 2 meses de iniciarlo. Pese a la retirada prematura de la medicación, la paciente presentó una evidente mejoría clínica de las placas, que se presentaban mucho menos infiltradas o en forma de mancha. Sin embargo, al poco tiempo presentó una recaída precoz, con aparición nuevamente de grandes placas muy infiltradas. Se inició tratamiento con metotrexato a dosis bajas y fototerapia, observándose mínima respuesta a los 2 meses de tratamiento. Se solicitó un TC-body de control, en donde se observaron adenopatías sospechosas en las cadenas ilíacas externas e inguinales bilaterales. Una BAG excluyó la presencia de monoclonalidad, siendo diagnosticadas de linfadenopatías dermatopáticas. Ante la refractariedad de la MF a múltiples tratamientos, la progresión a estadio clínico IIA (T2bN1M0B0) y el porcentaje de células grandes CD30+ en la biopsia cutánea, se optó por tratamiento con brentuximab vedotina. Tras la segunda infusión, la paciente desarrolló un exantema maculopapuloso generalizado y pruriginoso, que se acompañaba de adenopatías, leucocitosis, eosinofilia, aumento de enzimas hepáticas y de reactantes de fase aguda, compatible con un diagnóstico de DRESS. Esta complicación se trató con corticoides tópicos y orales con resolución progresiva del cuadro. Aunque la paciente solo recibió 2 infusiones de brentuximab, consiguió un aclaramiento completo de las lesiones. Actualmente, la paciente se encuentra sin tratamiento, en seguimiento y estable desde el punto de vista clínico.

#### Discusión

Más del 80% de los pacientes con MF se diagnostican en fases precoces de la enfermedad y se pueden controlar con tratamientos dirigidos a la piel. Sin embargo, en torno a un 25% de los pacientes progresará a estadios avanzados, lo que empeora drásticamente su pronóstico. A excepción del trasplante alogénico de precursores hematopoyéticos, no existe ningún tratamiento curativo para la MF. Ante casos como el que presentamos, con refractariedad a las primeras líneas de tratamiento y efectos adversos graves producidos por las sucesivas, el dermatólogo debe ser capaz de manejar una amplia variedad de tratamientos, en estrecha colaboración con el hematológico, para mejorar el pronóstico de este subgrupo de pacientes con MF en los que, contra todo pronóstico, "todo falla".

### SC02 - Corticoterapia tópica de alta potencia versus corticoterapia sistémica no tratamiento do Penfigóide Bolhoso – experiência de uma década

Diana Bernardo<sup>1</sup>, G. C. Velho<sup>1</sup>, M. Caetano<sup>1</sup>, I. Raposo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

O penfigóide bolhoso (PB) é uma doença bolhosa autoimune que afeta maioritariamente idosos, em que a utilização de corticoterapia sistémica (CS) prolongada tem sido associada a um pior prognóstico. A corticoterapia tópica de alta potência tem-se mostrado altamente eficaz no tratamento do PB, sendo atualmente considerada uma das terapêuticas de 1ª linha. O nosso serviço adotou em 2018 o esquema de clobetasol creme 30g/dia como tratamento de 1ª linha no PB independentemente da gravidade. A associação de doxiciclina 200mg/dia é equacionada se a gravidade ou ausência de consolidação o justifique, reservando-se a CS essencialmente para casos refratários. Apresentamos um estudo retrospectivo da nossa experiência na abordagem do PB entre 2012 e 2022. Foram incluídos 73 doentes (40 homens, 33 mulheres) com PB, 97% com critérios de doença moderada a grave. Previamente a finais de 2017, os doentes (n=27) com PB eram tratados com prednisolona 0.5mg/kg/dia ao diagnóstico, habitualmente em contexto de internamento (n=26). Após essa data, 70% dos doentes atingiram a consolidação da doença com esquema de clobetasol em monoterapia (18/46) ou associado a doxiciclina (18/46), tendo os restantes (10/46) necessitado de CS, a maioria dos quais por incumprimento terapêutico. Não parece existir diferença relativamente ao tempo até à consolidação da doença entre os três esquemas terapêuticos. Do total de doentes que receberam prednisolona (n=37), foi documentada a ocorrência de diabetes descompensada ou inaugural em 59% (n=22) dos doentes. A taxa de novos internamentos por PB foi substancialmente reduzida após a criação da consulta de Doenças Bolhosas Autoimunes (2019), sendo que a falta de retaguarda e/ou incumprimento dos esquemas de 1ª linha foram o principal motivo de internamento em cerca de metade dos casos. A corticoterapia tópica de alta potência, associada ou não a doxiciclina, é eficaz no tratamento do PB moderado a grave, com menor risco de complicações relativamente à CS.

### SC03 - Vasculopatia livedoide tras infección por sars-cov2

Irene González-Jiménez<sup>1</sup>, AM Carballido-Vázquez<sup>1</sup>, TL Vega-López<sup>1</sup>, P Manchado-López<sup>1</sup>, G Martínez-García<sup>2</sup>, A Mateos-Mayo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio dermatología y venereología del hospital clínico universitario de Valladolid.

<sup>2</sup>Servicio de anatomía patológica del hospital clínico universitario de Valladolid

Un varón sano de 30 años acude a consulta de dermatología por presentar lesiones en los tobillos que comenzaron una semana después de ser diagnosticado de COVID-19. A la exploración presentaba úlceras geométricas rodeadas de eritema violáceo, áreas de hiperpigmentación parduzca con telangiectasias periféricas y atrofia blanca reticulada central. El estudio de autoinmunidad y coagulación resultó normal. La biopsia cutánea fue consistente con el diagnóstico de vasculopatía livedoide. Se inició tratamiento con pentoxifilina.

La vasculopatía livedoide (VL) es una patología cutánea vaso-oclusiva no inflamatoria infrecuente. Se manifiesta como úlceras geométricas superficiales que curan en forma de cicatrices atróficas en forma de estrella en la parte distal de extremidades inferiores. Implica un desequilibrio entre actividades protrombóticas y fibrinolíticas que desencadenan una trombosis focal, existiendo una forma idiopática y una presentación secundaria asociada a estados hipercoagulables o enfermedades autoinmunes. En alrededor del 50% se observa una anomalía protrombótica asociada.

La infección por SARS-COV2 provoca un daño del endotelio vascular que lleva a la oclusión trombótica de vasos sanguíneos, la fisiopatología de este proceso comparte muchas similitudes con la VL. Casi el 20% de los pacientes

con COVID-19 apresentam lesões cutâneas, sendo importante o padrão lívidoide.

Em uma revisão da literatura, unicamente está descrito um caso de VL secundária depois de COVID-19 e dois casos de exacerbação da mesma após a infecção.

Nosso paciente desenvolveu uma VL sem apresentar antecedentes de estados protrombóticos ou patologia autoimune, sendo a infecção por SARS-CoV-2 o único fator desencadeante de trombose identificada.

Se já foram documentados casos de outros vírus desencadeantes deste processo como parvovírus ou infecções, Bartonella henselae ou VIH, em que se já estudou uma possível associação. Por isso que se considera que os casos tradicionalmente considerados como idiopáticos possam estar em relação a infecção.

## SC04 - Infecções mucocutâneas por Vírus Herpes Simplex: estudo retrospectivo de 6 anos num hospital terciário

Cláudia Brazão<sup>1</sup>, D. Mancha<sup>1</sup>, L. Sun<sup>1</sup>, M.R. Barreto<sup>2</sup>, L. Marques-Lito<sup>2</sup>, J. Borges-Costa<sup>1,3,4</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE

<sup>2</sup> Serviço de Patologia Clínica, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE

<sup>3</sup> Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

<sup>4</sup> Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa

Os Vírus Herpes Simplex (VHS) causam infecções mucocutâneas persistentes, sendo praticamente ubíquos nos humanos. O diagnóstico destas infecções é predominantemente clínico. Contudo, a sua confirmação laboratorial com identificação do tipo de vírus é crescentemente encorajada. A técnica de PCR é um método diagnóstico muito sensível e específico, estando disponível no nosso hospital desde 2017. Este estudo teve como objetivo caracterizar o espectro clínico das infecções mucocutâneas por VHS num hospital terciário. Realizou-se um estudo retrospectivo das infecções mucocutâneas por VHS confirmadas por PCR no Centro Hospitalar Lisboa Norte entre 2017 e 2022. Foram avaliadas as características demográficas e comorbilidades dos doentes e as características clínico-laboratoriais da infeção. Este estudo foi autorizado pela Comissão de Ética (n. 335/22).

Neste período, foram realizados 947 testes PCR em amostras mucocutâneas. Destes, 448 foram positivos, dos quais 266 para VHS. Relativamente às infecções por VHS, verificou-se domínio de doentes do género feminino (56,0%), com média de idades de 43,3 ± 22,6 anos. Verificaram-se 164 (61,7%) casos de herpes genital, 64 (24,1%) de herpes orolabial, 14 (5,3%) de eczema herpeticum, 5 (1,9%) de gengivostomatite herpética e 19 (7,1%) outras infecções, com 46,2% infecções primárias e 53,8% recorrências. Foram identificadas comorbilidades relevantes em 49,2% dos doentes, nomeadamente imunossupressão iatrogénica, doenças oncológicas e infeção por VIH. O VHS-1 foi o principal causador de herpes orolabial e o VHS-2 de herpes genital. No subgrupo de herpes genital, a maioria dos doentes era do género feminino e heterossexual. Comparativamente ao VHS-1, os doentes com VHS-2 tinham uma média de idades superior, maior prevalência de outras infeções sexualmente transmissíveis e maior proporção de recorrência.

Este estudo ilustra a elevada prevalência e o espectro clínico variável das infeções herpéticas por VHS, demonstrando a importância crescente da sua confirmação laboratorial, que pode definir o prognóstico e determinar a melhor abordagem terapêutica nestes doentes.

## SC05 - Porocarcinoma sobre necrobiosis lipóidica: descrição de um caso y revisión de la literatura.

Laura Mascarell Escrivá, F. Mayo Martínez, C. Requena Caballero, A. Díez Santandreu, B. Llombart Cussac  
Del Servicio de Dermatología del Instituto Valenciano de Oncología

**Introducción:** El porocarcinoma es una neoplasia maligna cutánea muy poco frecuente que se origina en la porción intraepitelial de las glándulas sudoríparas ecquinas.

**Caso clínico:** varón de 51 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 1 y una úlcera en región pretibial derecha de larga evolución sobre una de las placas de necrobiosis lipoidea. En la biopsia se observaba una población tumoral de aspecto basaloide con perlas córneas y múltiples luces ductales en el espesor tumoral con positividad para EMA y CEA, por lo que se llegó al diagnóstico de porocarcinoma con diferenciación escamosa. Se realizó cirugía micrográfica de Mohs (CMM) y biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC), con resultado de bordes libres y micrometástasis subcapsular ganglionar, por lo que se le realizó vaciamiento ganglionar. Presentó varias recaídas locales, que se abordaron con cirugía y una recaída ganglionar tratada con cirugía y radioterapia (RT); y finalmente, una recaída ganglionar, pulmonar y ósea, que inicialmente se trató con Carboplatino, Taxol y Cetuximab sin respuesta, por lo que se decidió tratamiento con nivolumab con respuesta parcial.

**Conclusión:** Presentamos un caso único de porocarcinoma sobre necrobiosis lipóidica. No existe un tratamiento estandarizado. La CMM tiene una menor tasa de recidivas que la cirugía convencional. La RT no ha demostrado tener un claro beneficio en este tumor. La BSGC podría tener su indicación en casos de localizaciones y/o hallazgos histológicos de alto riesgo. La inmunoterapia parece ser un tratamiento prometedor en enfermedad metastásica.

## SC06 - Dupilumab no Tratamento de Prurigo Crónico - uma série de 7 casos

João Teixeira<sup>1</sup>, J. Soares<sup>1</sup>, J. Xará<sup>1</sup>, D. Flor<sup>1</sup>, M. Gonçalves<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

O prurigo crónico (PC) é uma dermatose intensamente pruriginosa classicamente caracterizada por pápulonódulos escoriados e frequentemente desafiadora do ponto de vista terapêutico. O Dupilumab está atualmente aprovado no tratamento do Prurigo Nodular (PN) moderado a grave em adultos candidatos a terapêutica sistémica. Embora sejam conhecidos os dados dos ensaios clínicos que conduziram à aprovação do fármaco nesta indicação, são ainda escassos os dados de vida real.

Apresentamos um estudo de coorte retrospectivo e prospetivo que incluiu 7 doentes da consulta de Dermatovenereologia do CHUC com diagnóstico de Prurigo Crónico e medicados com Dupilumab na dose aprovada para PN. Foi realizada uma análise descritiva à semana 0, 2, 12, 24 e 52, utilizando as ferramentas de avaliação Investigator Global Assessment (IGA), Prurigo Activity Score (PAS), Worst Itch Numeric Rating Scale (WI-NRS) e Dermatology Life Quality Index (DLQI).

Foram incluídos 5 doentes do sexo masculino e 2 do sexo feminino, de origem caucasiana, com idade média de 46 anos. O diagnóstico primário foi prurigo crónico em 4 dos 7 doentes, ocorrendo em associação com Dermite Atópica grave nos restantes, sendo a variante nodular o subtipo mais frequente (5/7). À data, 5 doentes completaram  $\geq$ 52 semanas de terapêutica e 2 doentes  $\geq$ 12 semanas. Os resultados apresentados correspondem à média:

Semana 0: IGA 3,4; PAS >100; WI-NRS 8,4; DLQI 11,2.

Semana 12: IGA 0,6; PAS <20; WI-NRS 2,7; DLQI 1,0.

Semana 52: IGA 0; PAS 0; WI-NRS 1,0; DLQI 0,5.

Apenas 1 doente reportou efeitos adversos que não obrigaram a modificação ou suspensão da terapêutica, nomeadamente, agravamento transitório de rinite alérgica e eritema conjuntival.

Os dados de vida real apresentados, embora limitados por amostra pequena, reforçam a eficácia e segurança do Dupilumab no tratamento do Prurigo Crónico. Adicionalmente, destacamos o rápido de resposta (12 semanas) e impacto francamente positivo na qualidade de vida.

## SC07 - Enfermedad granulomatosa por el virus de la rubeola en una mujer inmunocompetente

Teresa Lucía Vega López<sup>1</sup>, AM Carballido Vázquez<sup>1</sup>, I González Jiménez<sup>1</sup>, MJ García Gamero<sup>1</sup>, A Marcos Monera<sup>1</sup>, C Sáez Fuster<sup>1</sup>, AM Antón Márquez<sup>1</sup>, C Delgado Mucientes<sup>1</sup>, A González López<sup>1</sup>, G Martínez García<sup>2</sup>, P Manchado López<sup>1</sup>, A Mateos Mayo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

<sup>2</sup> Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

### Introducción

Las enfermedades granulomatosas son aquellas en las que encontramos un patrón histológico caracterizado por agregados de macrófagos compactos formando los denominados granulomas. Según su origen, se pueden dividir en infecciosas y no infecciosas. Algunos de los agentes infecciosos que pueden desencadenar la enfermedad son el VIH, micobacterias, sífilis y virus de Epstein Bar.

Recientemente se ha descrito el término granuloma del virus de la rubeola (RuV) para describir lesiones en las que el RuV se ha identificado a través de la reacción en cadena de la polimerasa por transcripción inversa (RT-PCR) o tinción inmunohistoquímica (IHC) dentro de los granulomas. Presentemos un nuevo caso de granuloma por RuV en una paciente inmunocompetente.

### Presentación del caso

Una mujer de 72 años estaba en seguimiento en consultas de dermatología por lesiones cutáneas en el codo derecho desde hacía 26 años. Las lesiones habían aparecido 10 años después de la infiltración de glucocorticoides en ese mismo codo por epicondilitis. La exploración física mostraba en el brazo derecho placas eritemato-violáceas, algunas confluentes con una zona erosiva en el codo, que en alguna ocasión se ulceró. Durante los años de seguimiento, se habían realizado múltiples biopsias que revelaban un patrón inflamatorio granulomatoso necrotizante. Las tinciones de Gram, ácido peryódico de Schiff y bacterias ácido alcohol-resistentes fueron negativas, así como los cultivos de bacterias, hongos y micobacterias y la RT-PCR de *Mycobacterium tuberculosis*. Otras pruebas complementarias realizadas incluían radiografía de tórax y análisis sanguíneos de rutina con inmunoglobulinas, complemento y subpoblaciones linfocitarias que resultaron normales.

Las serologías de hepatitis, lúes, VIH y QuantiFERON®-TB fueron negativas. La paciente había recibido tratamiento con antibióticos orales (incluyendo antituberculosos) y tópicos, corticoides orales y tópicos, todos ellos sin resultado. También se realizaron varias intervenciones quirúrgicas con realización de injertos para cubrir las zonas erosivas.

Ante la persistencia de lesiones granulomatosas a pesar de múltiples tratamientos y la semejanza clínica e histopatológica con el granuloma por RuV se envió una muestra histológica al centro de referencia nacional de microbiología donde RuV fue detectado

por RT-PCR (no genotipable). La paciente no recordaba antecedente de vacunación ni infección por RuV pero la serología mostraba elevación de IgG RuV con IgM RuV negativa. No se detectó RuV en el exudado nasofaríngeo, sangre ni orina.

Así, se llegó al diagnóstico de enfermedad granulomatosa RuV.

### Discusión

El RuV es un virus ARN envuelto que se transmite por vía respiratoria y puede provocar infecciones graves en el feto cuando existe transmisión materno-fetal. La vacunación generalizada con la vacuna viva atenuada contra la rubeola ha reducido drásticamente el número de casos de rubeola y síndrome de la rubeola congénita. Desde que se identificó el RuV en 2014 en lesiones granulomatosas de niños con inmunodeficiencias congénitas se han descrito más de 80 casos de granulomas cutáneos por RuV. Inicialmente se consideró una enfermedad asociada a pacientes con inmunodeficiencia. Sin embargo, en 2022 se describieron 4 casos de pacientes inmunocompetentes con granulomas por RuV. El caso que presentamos supone la quinta paciente inmunocompetente que desarrolla granulomas por RuV.

Existe la sospecha de que la enfermedad por RuV se debe a un defecto del sistema inmune sistémico o localizado. El RuV puede persistir en cultivos

celulares y en tejidos humanos como el líquido sinovial, cuerpo vítreo y cerebro. Los mecanismos de persistencia y la existencia de un posible reservorio de RuV se desconocen, lo que dificulta el tratamiento de la rubeola persistente. Se considera que RuV podría permanecer en los neutrófilos de la médula ósea. Tras un desencadenante, que cause una inflamación continua en los tejidos, el virus emergería dando lugar a una inflamación granulomatosa. Un defecto inmunitario local en relación con la infiltración de corticoides podría haber jugado un papel en el desarrollo de la enfermedad en nuestra paciente.

El tratamiento es uno de los retos más difíciles en esta entidad dado que los intentos terapéuticos realizados hasta el momento no han mostrado resultados.

Nuestro caso apoya la hipótesis sobre la persistencia de RuV en los tejidos de forma latente, pudiendo desencadenar en pacientes inmunocompetentes una respuesta inflamatoria granulomatosa. Los mecanismos de persistencia y desarrollo de la enfermedad son desconocidos. Esto muestra que, ante cualquier granuloma de origen desconocido, independientemente de la situación inmunitaria del paciente, es necesario descartar RuV como posible etiología.

## SC08 - CheckAP: Psoriatic Arthritis prevalence and evaluation of the EARP questionnaire performance in Portuguese patients with Psoriasis followed in a dermatology setting

Ana Rita Henriques<sup>1</sup>, F.Pimentel-Santos<sup>2,4</sup>, J.Teles Sousa<sup>3</sup>, L. Silva<sup>3</sup>, L.Gago<sup>2</sup>, M.Emília Santos<sup>2</sup>, A.Teodósio Chúcaro<sup>2,5</sup>, R.Pinheiro Torres<sup>2</sup>, B.Pimentel<sup>3</sup>, M.Helena Lourenço<sup>2</sup>, S.Barão Neves<sup>3</sup>, A. Gusmão Palmeiro<sup>3</sup>, A.Barcelos<sup>1,6</sup>, M.Loureiro<sup>7</sup>, S.Silva<sup>6</sup>, E.Vieira-Sousa<sup>8,10,11</sup>, C.Matos<sup>8</sup>, J.Ferro Antunes<sup>8</sup>, M.Alpalhão<sup>9</sup>, A.Bernardo<sup>12</sup>, S.Magina<sup>13</sup>, M.Seabra Rato<sup>12</sup>, P.Ponte<sup>14</sup>, T.Meirinhos<sup>15</sup>, T.Torres<sup>16</sup>, M.Rodrigues<sup>17</sup>, M.Henrique<sup>18</sup>, D.Jesus<sup>17</sup>, A.Daniel<sup>17</sup>, L.Brites<sup>17</sup>, P.Nero<sup>19</sup>, P.Mendes-Bastos<sup>20</sup>, M.Pedro Valada<sup>1</sup>, D.Lopes<sup>1</sup>, R.Dinis de Sousa<sup>1</sup>, H.Canhão<sup>1</sup>, A.M.Rodrigues<sup>1,21</sup>

<sup>1</sup> CHRC, NOVA Medical School, NMS, Universidade NOVA de Lisboa; Lisboa, Portugal

<sup>2</sup> Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz, Serviço de Reumatologia, CHLO- E.P.E, Lisboa, Portugal

<sup>3</sup> Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, Hospital Egas Moniz, Serviço de Dermatologia, CHLO- E.P.E, Lisboa, Portugal;

<sup>4</sup> Rheumatology Lab, iNOVA4Health, NOVA Medical School, NMS, Universidade NOVA de Lisboa; Lisboa, Portugal

<sup>5</sup> Centro Hospitalar e Universitário do Algarve, Serviço de Reumatologia

<sup>6</sup> Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Serviço de Reumatologia, Aveiro, Portugal

<sup>7</sup> Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Serviço de Dermatologia, Aveiro, Portugal

<sup>8</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, Serviço de Reumatologia, Lisboa, Portugal

<sup>9</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria, Serviço de Dermatologia, Lisboa, Portugal

<sup>10</sup> Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina de Lisboa

<sup>11</sup> Centro Académico de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal

<sup>12</sup> Centro Hospitalar Universitário de São João, Serviço de Reumatologia, Porto, Portugal

<sup>13</sup> Centro Hospitalar Universitário de São João, Serviço de Dermatologia, Porto, Portugal

<sup>14</sup> Hospital dos Lusíadas, Serviço de Dermatologia, Lisboa, Portugal

<sup>15</sup> Instituto Médico de Estudos Imunológicos, Serviço de Reumatologia, Porto, Portugal

<sup>16</sup> Instituto Médico de Estudos Imunológicos, Serviço de Dermatologia, Porto, Portugal

<sup>17</sup> Centro Hospitalar de Leiria, Hospital de Santo André, Serviço de Reumatologia, E.P.E., Leiria, Portugal



<sup>18</sup> Centro Hospitalar de Leiria, Hospital de Santo André, Serviço de Dermatologia, E.P.E., Leiria, Portugal

<sup>19</sup> Hospital CUF Descobertas, Serviço de Reumatologia, Lisboa, Portugal

<sup>20</sup> Hospital CUF Descobertas, Serviço de Dermatologia, Lisboa, Portugal

<sup>21</sup> Hospital dos Lusíadas, Serviço de Reumatologia, Lisboa, Portugal

**Objective:** To estimate the percentage of Psoriatic Arthritis (PsA) and the performance of the EARP Portuguese version (EARP-PT) questionnaire, in Portuguese psoriasis (Pso) patients in a dermatology setting.

**Methods:** A multicentre national, cross-sectional, observational study with two independent assessments (dermatologist and rheumatologist), was performed. Patients were recruited at Portuguese study sites (private and public) according to the criteria: adults ( $\geq 18$  years old), diagnosis of Pso made by a dermatologist, and understanding of the Portuguese language. A PsA case was defined by a combination of expert opinion and CASPAR criteria. PsA estimated prevalence was computed. The EARP-PT questionnaire screening accuracy to identify PsA patients was evaluated.

**Results:** Pso patients (n=172) were included with a mean age (SD) of 53.8 (14.5) years, 53.5% male with a mean (SD) time of diagnosis of 17.4 (14.9) years. The prevalence of PsA in patients with Pso in our sample was 8.70% (95% CI: 4.8-14.2), more frequent in women (9.09% vs 8.33% in men) and in the group of 31-59 years old group. The EARP-PT questionnaire showed a good internal consistency (Cronbach's  $\alpha=0.81$ ). Considering the initial cut-off point of 3 previously validated, the sensitivity and specificity were 71.4% and 40.1%, respectively and the AUC was 0.558 (95% CI: 0.429-0.687). Based on the Youden index, the optimal cut-off, for our population seems to be 5, with a sensitivity and specificity of 57.1% and 64.6%, respectively and the AUC was 0.636 (95% CI: 0.481-0.791).

**Conclusion:** PsA is frequent in psoriasis patients. The EARP-PT questionnaire offers a moderate utility in the screening of PsA for dermatologists.

Keywords: Psoriasis; Psoriatic arthritis; EARP Questionnaire

**Funding:** This study is funded by an unrestricted research grant from Novartis Portugal, SA.

Keywords: Psoriasis; Psoriatic arthritis; EARP Questionnaire

## Comunicações

### REAÇÃO ADVERSA A FÁRMACO

#### C01 - Prevalence of an inflammatory muscle and joint pain syndrome in atopic dermatitis patients treated with dupilumab.

Pedro Simões Farinha<sup>1</sup>, C. Valente<sup>1</sup>, A. Ferreirinha<sup>1</sup>, C. Fialho<sup>1</sup>, B. Duarte<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. Cri Dermatovenereologia

**Introduction:** Dupilumab, an interleukin-4 and interleukin-13 receptor alpha antagonist, is a biologic drug known for its favorable safety profile in treating atopic dermatitis (AD). However, post-marketing surveillance has identified the emergence of a joint and muscle pain syndrome (MSK) as an uncommon adverse effect (AE), likely caused by a skewed Th1/Th17 immune system induced by dupilumab's Th2-silencing effects. While the relevance of this AE has been identified in up to 5% of dupilumab-treated AD patients in rheumatology literature, it has been sparsely evaluated in Dermatology Clinics. This study's primary aim is to screen for MSK symptoms in a cohort of dupilumab-treated AD patients, which we believe has been overlooked.

**Methods:** In this retrospective cohort study, all patients who initiated Dupilumab for moderate or severe AD between August 2019 and May 2023 and maintained follow-up for at least 3 months were included. Patients with concurrent use of systemic immunomodulators or a personal history of MSK disorders were excluded. All patients underwent a screening questionnaire to identify the presence of joint and muscle symptoms.

**Results:** Of the 128 patients included, 114 responded to the questionnaire. Out of the 114 patients receiving Dupilumab for AD, the mean follow-up duration was approximately 550 days. Roughly 7% (8 out of 114) reported symptoms consistent with inflammatory arthritis, while approximately 8.8%

(10 out of 114) reported mechanical arthritis. Notably, in our cohort, women were more affected by inflammatory MSK symptoms. The most affected joints included knees (5 out of 8), wrists, and tibiotarsal (ankle) joints (3 out of 8 each). The onset of arthralgia symptoms was, on average, four months after the dupilumab loading dose. Most patients described mild to moderate symptoms.

**Conclusion:** In our real-world cohort of patients receiving dupilumab for AD, we identified a 7% prevalence of underdiagnosed inflammatory joint symptoms. These findings support recent literature on the emergence of Th1/Th17-driven pathology in dupilumab-treated patients.

### TERAPÊUTICA FOTODINÂMICA

#### C02 - Terapia fotodinâmica – revisão de 5 anos num hospital terciário

José Alberto Ramos<sup>1</sup>, A Magarreiro Silva<sup>1</sup>, J. Alves<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatovenereologia, Hospital Garcia de Orta E.P.E, Almada.

A terapia fotodinâmica (TFD) está aprovada no tratamento de queratose actínica, carcinoma basocelular e doença de Bowen. É composta por duas etapas, em que primeiro é aplicado um fármaco fotossensibilizador (Metil Amino-levulinato) na área de interesse, seguido pela iluminação com luz visível (vermelha), que irá ativar o fármaco e destruir as células-alvo.

Foi realizada uma análise retrospectiva dos doentes tratados com TFD durante cinco anos (2018-2022). Foram incluídos 205 doentes com uma média de idades de 75.6 anos. Os diagnósticos por ordem decrescente de frequência foram doença de Bowen (34%), carcinoma basocelular superficial (33%), queratose actínica (26%), carcinoma basocelular nodular (3%), queilite actínica (2%), poroqueratose actínica (<1%), micose fungóide (<1%), morfeia (<1%) e eritroplasia de Queyrat (<1%). Para as patologias mais frequentes, foram analisadas diversas variáveis como a dimensão, espessura e localização das lesões, realização prévia de curetagem da lesão, número de sessões de TFD, outcome clínico (resposta completa, recidiva/persistência), tempo médio de follow-up, entre outros parâmetros. A resposta completa foi observada em 80% dos carcinomas basocelular superficiais, 70% na doença de Bowen e 62% nas queratoses actínicas. No caso da doença de Bowen e queratose actínica, a espessura da lesão <2mm foi associada a maior probabilidade de resposta completa ao tratamento. Dos 205 doentes, apenas dois apresentaram intolerância à dor causada pelo procedimento.

Este trabalho confirma a eficácia da TFD no tratamento de carcinoma basocelular, doença de Bowen e queratose actínica, constituindo uma alternativa a considerar no tratamento destas lesões. É uma técnica relativamente simples, não invasiva, e que de acordo com os nossos resultados, apresenta uma elevada taxa de tolerabilidade.

### TUMOR BENIGNO

#### C03 - Cilindromas and Spiradenomas: A 20-Year Review (1993-2023)

João Patrocínio<sup>1</sup>, JP Vasconcelos<sup>1,2</sup>, L Soares-de-Almeida<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Dermatology Department, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE (CHULN), Lisbon, Portugal.

<sup>2</sup> Dermatology University Clinic, Faculty of Medicine, University of Lisbon, Lisbon, Portugal.

This 20-year retrospective study, involving 52 patients from a cutaneous histopathology laboratory, aims to elucidate the characteristics and diagnostic challenges associated with cilindromas and spiradenomas. Though these neoplasms are rare, their significance is amplified when considering the implications for Brooke-Spiegler syndrome, an even rarer genetic disorder.

The patient group predominantly comprised females (63.4%), with an average age of 66.5 years. The scalp emerged as the most common biopsy site (44.2%). Notably, these neoplasms were frequently diagnosed clinically as basal cell carcinoma (36.5%). Upon histological review, spiradenomas (75%) were identified more frequently than cilindromas (25%). This



showcases a discrepancy of approximately 39% between clinical and histopathological diagnoses.

Of significant note, three patients displayed the CYLD mutation, consistent with Brooke-Spiegler syndrome, each presenting with multiple lesions. An accurate histological diagnosis is crucial, not only for appropriate therapeutic intervention but also for potential genetic counseling.

In conclusion, this study highlights the imperative for increased clinical awareness regarding cilindromas and spiradenomas. It also emphasizes the central role of histopathological assessments, especially in pinpointing inherited syndromes. The noticeable discrepancy between clinical and histological findings serves as a reminder that diagnoses like cilindroma and spiradenoma may occasionally be overlooked by clinicians.

**\*\*Keywords\*\*:** Cilindromas, Spiradenomas, Brooke-Spiegler syndrome, CYLD mutation, Basal cell carcinoma, Histopathology

## ALERGIA CUTÂNEA

### C04 - Reatividade Cruzada entre Antibióticos Beta-Lactâmicos em Reações Cutâneas Não Imediatas: Análises de Testes Epicutâneos ao longo de 8 anos

João Soares<sup>1,2</sup>, M. Gonçalo<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC),

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC)

**Introdução:** Doentes com hipersensibilidade a antibióticos beta-lactâmicos ( $\beta$ L) muitas vezes evitam todos os  $\beta$ L, limitando as opções terapêuticas no futuro. Este estudo procurou avaliar a reatividade cruzada entre  $\beta$ L em reações cutâneas não imediatas.

**Métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva (2015-2022) de testes epicutâneos com série de antibióticos em doentes com suspeita de reações cutâneas de hipersensibilidade não imediata. O nível de significância estatística foi  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Entre 304 doentes (196F/108M; média idades 54, DP 19), 76% com exantema maculo papular, 70 (23%) tinham testes epicutâneos (TE) positivos. Entre 217 doentes com suspeita de hipersensibilidade a  $\beta$ L, 41 doentes (19%) tinham 76 TE positivos a  $\beta$ L, incluindo 21 a amoxicilina, 13 a dicloxacilina, 4 a piperacilina-tazobactam, 19 a cefalosporinas (maioritariamente ceftriaxona, 5) e 7 a carbapenemos (maioritariamente meropenem, 6). Reatividade a amoxicilina foi associada a dicloxacilina (odds-ratio [OR] 34,215; intervalo de confiança 95% [IC] 9,812-119,198) e piperacilina-tazobactam (OR 47; IC 4,652-474,819). Não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre penicilinas e cefalosporinas ( $p=0,269$ ) ou carbapenemos ( $p=0,611$ ). Reatividade a amoxicilina foi associada a aminocefalosporinas (cefaclor, cefalexina e cefradina) e também cefuroxima. Meropenem foi associado a ceftriaxona (OR 47,167 IC: 6,373-379,328).

**Conclusões:** Verificou-se reatividade em TE entre aminopenicilinas (amoxicilina), penicilinas resistentes a penicilinases (dicloxacilina) e ureidopenicilinas (piperacilina-tazobactam), esta última pouco reportada na literatura. Confirmámos ausência de reatividade cruzada entre penicilinas e carbapenemos, mas encontramos uma associação inesperada entre meropenem e ceftriaxona. Limitações incluem um número baixo de reações e ausência de confirmação por prova de provocação oral. Mais estudos são necessários para confirmar esta informação e compreender epítomos envolvidos na reatividade cruzada.

### C05 - Dermatite de contato alérgica & Dermatite atópica - Resultados de um estudo retrospectivo de três anos

Dora Mancha<sup>1</sup>, J. Frade<sup>1</sup>, C. Brazão<sup>1</sup>, L. Sun<sup>1</sup>, T. Correia<sup>1</sup>, P. Filipe<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

<sup>2</sup>Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

<sup>3</sup>Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

A maior incidência de dermatites de contacto alérgicas em doentes com dermatite atópica (DA) tem sido objeto de debate. O aumento da exposição a medicamentos tópicos e emolientes, bem como o comprometimento da função da barreira cutânea, podem aumentar o risco de exposição e de sensibilização.

Este estudo retrospectivo teve por objetivo comparar a incidência de dermatite de contacto alérgica em doentes com e sem DA. Foi elaborado tendo por base as consultas de Alergologia Cutânea realizadas no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, durante o período de três anos (2020-2022). No período de estudo, foram efetuadas provas epicutâneas de contacto com a série básica do Grupo Português de Dermatites de Contacto a 719 doentes, dos quais 503 (70%) pertenciam ao sexo feminino. A amostra foi dividida em dois grupos, o grupo A com 546 (76 %) doentes sem DA e o grupo B com 173 (24 %) doentes com DA. A média de idade foi de 47 ( 17,2) anos em ambos os grupos. No grupo A verificou-se, pelo menos, uma positividade em 195 (35,7 %) doentes e no grupo B em 111 (64,1 %). No grupo A registaram-se 342 positivities, das quais 268 (78,4 %) com relevância atual, enquanto que no grupo B se registaram 217 positivities e, dessas, 192 (88,4 %) com relevância atual. Os principais alérgenos causadores, por ordem de frequência, foram os metais (níquel e cobalto), os conservantes (metilisotiazolinona e Kathon CG), a parafenilendiamina e os aromas.

O estudo demonstra uma maior incidência de positivities, nomeadamente com relevância atual para a dermatose, no grupo de doentes com dermatite atópica. A exposição repetida e a utilização prolongada de produtos tópicos na população com DA pode resultar em maiores taxas de sensibilização. Como tal, é fundamental considerar a realização de provas epicutâneas de contacto nos casos de DA refratária.

## CIRURGIA DERMATOLÓGICA

### C06 - Cirurgia de Mohs – experiência de 2 anos após implementação da técnica num hospital terciário

António Magarreiro Silva<sup>1</sup>, J. Ramos<sup>1</sup>, F. Bonito<sup>1</sup>, D. Cerejeira<sup>2</sup>, J. Alves<sup>1</sup>, J. Nogueira<sup>3</sup>, A. F. Monteiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatovenereologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

<sup>2</sup> Serviço de Dermatologia, Hospital Pedro Hispano, Matosinhos

<sup>3</sup> Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Garcia de Orta, Almada

A cirurgia de Mohs é uma técnica cirúrgica utilizada no tratamento do cancro cutâneo, que permite analisar a totalidade das margens cirúrgicas, garantindo uma maior fiabilidade na excisão completa das lesões. É usada em tumores com margens mal definidas, em áreas cosmeticamente sensíveis, ou em tumores persistentes/recidivantes.

A técnica foi implementada no Serviço de Dermatovenereologia do Hospital Garcia de Orta em Abril/2021. Este trabalho trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo e observacional dos doentes submetidos a cirurgia de Mohs desde a implementação da técnica até Setembro/2023 (2 anos e 5 meses).

Foram operados 42 doentes, 18 do sexo feminino e 24 do sexo masculino. A média de idades foi de 71 anos. A grande maioria (93%) dos tumores operados foram carcinoma basocelular, sendo os restantes 1 caso de dermatofibrosarcoma protuberans, 1 caso de doença de Bowen, e 1 caso de carcinoma espinocelular invasivo. Relativamente à localização, praticamente todos os tumores (98%) eram localizados na cabeça e pescoço, sendo a única exceção um tumor no tórax. A maioria dos casos foram tumores primários (67%), sendo que a persistência e a recidiva representaram 19% e 14%, respetivamente. A área média das lesões foi de 3,03 cm<sup>2</sup>, e a área média do defeito final foi de 8,75 cm<sup>2</sup>. Os defeitos cirúrgicos foram encerrados usando retalhos (60%), enxertos (19%), encerramento direto (21%), cicatrização por segunda intenção (5%), sendo que alguns (10%) usaram combinação de técnicas.

Além destes parâmetros, foram também avaliados outros fatores, tais como história pessoal de cancro cutâneo não melanoma, a realização ou não de

biópsia prévia, os diagnósticos histológicos, os tratamentos previamente realizados, o número de estádios e de fragmentos, recidivas, entre outros.

## C07 - Análise das complicações pós-operatórias numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório de Dermatologia

Mafalda Pestana<sup>1</sup>, J. Cabete<sup>1</sup>, V. Fonseca<sup>1</sup>, S. Soares<sup>1</sup>, R. Carvalho<sup>1</sup>, C. Fernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

A cirurgia cutânea realizada em contexto ambulatório é considerada globalmente segura, associando-se a taxas de complicações inferiores a 5%. Apesar de pouco frequentes, complicações pós-operatórias como infeção, hemorragia, necrose ou deiscência de ferida cirúrgica resultam num atraso da cicatrização, com consequente influência no resultado cosmético e bem-estar psicossocial do doente. Neste estudo retrospectivo, os autores analisaram as cirurgias dermatológicas realizadas num centro terciário em Lisboa, por um período de 3 anos, com o objetivo de determinar a taxa de complicações pós-operatórias e identificar potenciais fatores de risco (área anatómica, tipo de encerramento, comorbilidades, agentes antitrombóticos e antibioterapia profilática).

Entre 1 de julho de 2020 e 31 de junho de 2023, na Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Serviço de Dermatovenereologia do Hospital de Santo António dos Capuchos, foram realizadas 4063 excisões cirúrgicas com encerramento direto, retalho, enxerto ou segunda intenção. Identificaram-se complicações no decorrer do seguimento pós-operatório num total de 113 intervenções cirúrgicas (2,6%), correspondentes a 110 doentes (61,8% do sexo masculino; idade média de 74,6 anos). A deiscência de ferida cirúrgica correspondeu à complicação pós-operatória mais comum (n=58). Registaram-se ainda 35 infeções, 21 complicações hemorrágicas, 12 feridas com necrose e atraso na cicatrização de 4 feridas com encerramento por segunda intenção. Em 46% (n=16) das intervenções complicadas por infeção tinha sido prescrita antibioterapia profilática. Nove doentes (42,8%) cuja cirurgia complicou com hemorragia estavam medicados cronicamente com agente antitrombótico.

A cirurgia cutânea é, atualmente, um procedimento padrão na rotina diária dos dermatologistas. É fundamental a familiarização dos mesmos com as complicações pós-operatórias e potenciais fatores associados, com vista à contínua melhoria contínua dos cuidados de saúde prestados.

## DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA

### C08 - Dupilumab no eczema atópico em idade pediátrica – 4 anos de experiência

Ana Maria Lé<sup>1</sup>, A Rodrigues<sup>1</sup>, A Azevedo<sup>1</sup>, S Machado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal

O eczema atópico é uma dermatose inflamatória crónica pruriginosa cuja prevalência na idade pediátrica atinge os 20%, acarretando grande impacto na qualidade de vida das crianças quando se apresenta de forma extensa e severa. O Dupilumab, um inibidor das interleucinas 4 e 13, veio revolucionar o paradigma de tratamento nesta dermatose, tornando-se no primeiro biológico aprovado pela EMA para o eczema atópico moderado-a-grave na idade pediátrica desde 2019. Os dados de ensaios clínicos sugerem um excelente perfil de eficácia e segurança, mas os dados de vida real são essenciais para o sustentar. Realizámos uma análise retrospectiva dos doentes de idade pediátrica com eczema atópico moderado-a-grave, medicados com Dupilumab entre 2020 e 2023, no CHUdSA. Apresentamos um total de 18 doentes, 10 (56%) do sexo feminino e 8 (44%) do sexo masculino, com idade média de início do fármaco de 12.2 anos. A média de duração do tratamento foi de 16 meses, englobando doentes que tiveram apenas 1 mês de seguimento até um máximo de 45 meses. Na *baseline*, a média do EASI era de 28, e da escala NRS prurido era de 7.8. À semana 16, a média destes valores era de 3.4 (p=0.001) e 2.4, respetivamente, e com um EASI75 de 93%,

para n=14 (4/18 mantêm o fármaco há menos de 16 semanas, pelo que não dispõem desta avaliação). Um doente descontinuou o fármaco aos 31 meses de tratamento por falência secundária. Reportaram-se apenas 4 efeitos adversos: 2 eritemas da face/pescoço, 1 acne ligeiro e uma urticária colinérgica, controlados sem necessidade de descontinuação do fármaco. Três doentes encontram-se em tratamento há mais de 3 anos, mantendo boa resposta e sem intercorrências de segurança. A nossa análise de vida real em idade pediátrica corrobora os bons resultados de eficácia previamente apresentados, e sem eventos adversos graves a reportar.

## DERMATOSCOPIA

### C09 - Dermatoscopia *ex-vivo* no diagnóstico de melanoma maligno: a experiência de um centro (2013-2023)

Inês Aparício Martins<sup>1</sup>, A. João<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

A dermatoscopia aumenta a sensibilidade e especificidade do diagnóstico clínico de lesões pigmentadas, permitindo um diagnóstico precoce de melanoma maligno (MM). As estruturas observadas na dermatoscopia traduzem alterações histopatológicas específicas, pelo que a utilização da dermatoscopia *ex-vivo*, isto é, nas peças cirúrgicas após fixação, é um instrumento valioso na avaliação histopatológica de lesões pigmentadas.

Descrevemos a experiência de 10 anos de utilização da dermatoscopia *ex-vivo* na avaliação de lesões pigmentadas no serviço de Dermatovenereologia do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. Realizámos um estudo observacional retrospectivo com o objetivo de analisar a presença de padrões e critérios dermatoscópicos específicos de MM nas imagens dermatoscópicas *ex-vivo* das lesões diagnosticadas como MM entre setembro de 2013 e agosto de 2023. Foram excluídos os MM classificados como MM nodular.

Foram analisadas um total de 438 imagens dermatoscópicas de MM. Os subtipos histológicos mais frequentes foram MM *in situ* (54,1%) e MM de extensão superficial (42,9%). O padrão global homogéneo foi o mais identificado, correspondendo a 63,2% das imagens. Os padrões reticular e multicomponente, registaram-se em 25,6% e 7,1% dos casos, respetivamente. No que diz respeito aos critérios dermatoscópicos específicos de MM, a presença de *blotches* irregulares, rede atípica e estruturas de regressão foram os mais frequentemente identificados, estando presentes em 52,3%, 45,4% e 33,1% das imagens, respetivamente.

A utilização da dermatoscopia *ex-vivo* é uma importante ferramenta em Dermatopatologia, fornecendo orientações úteis na identificação de áreas suspeitas e na orientação de cortes histológicos. Tal com previamente descrito, neste trabalho os padrões e estruturas identificados na avaliação dermatoscópica *ex-vivo* correspondem aos habitualmente descritos na avaliação *in-vivo*. De facto, esta técnica permite uma real correlação clínico-patológica, permitindo uma melhor avaliação histopatológica de tumores melanocíticos, nomeadamente do MM.

## GENODERMATOSE

### C10 - Manifestações dermatológicas numa coorte de doentes com neurofibromatose tipo 2

Maria Cristina Fialho<sup>1</sup>, M. Coelho<sup>1</sup>, A. Ferreirinha<sup>1</sup>, M. Soares<sup>2</sup>, B. Martins<sup>3</sup>, P. Garrido<sup>4</sup>, J. Passos<sup>5</sup>, C. Moura<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

<sup>2</sup>Serviço de Genética Médica, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

<sup>3</sup> Serviço de Anatomia Patológica, Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Lisboa, Portugal

<sup>4</sup> Serviço de Dermatologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Lisboa, Portugal

<sup>5</sup> Serviço de Neurologia, Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Lisboa, Portugal

**Introdução:** A neurofibromatose tipo 2 (NF2) é uma síndrome autossômica dominante rara, causada por mutações no gene *NF2*. Caracteriza-se por uma predisposição para o desenvolvimento de tumores do sistema nervoso central, manifestações oftalmológicas e dermatológicas. As lesões cutâneas, presentes em até 70% dos doentes, não são critério de diagnóstico e são frequentemente desvalorizadas no seguimento destes doentes, porém podem preceder o desenvolvimento de outros tumores.

Os objetivos deste trabalho foram descrever as características clínicas e histopatológicas das lesões cutâneas de uma coorte de doentes com NF2. Realizou-se uma observação dermatológica completa por dois dermatologistas e recolheram-se dados relativamente às características, número, localização e tempo de evolução das lesões. Avaliou-se o seu impacto na qualidade de vida com recurso à escala DLQI.

**Resultados:** Foram incluídos 19 doentes (10 homens, 9 mulheres), com idade média de 36 anos e idade média ao diagnóstico de 22 anos. Aquando da avaliação, dois doentes tinham idade pediátrica. Dezanove doentes (84,2%) tinham lesões cutâneas, a maioria das quais precedeu o diagnóstico em mais de 10 anos. A frequência de tumores cutâneos (TC) superficiais, profundos e de manchas café-com-leite (MCL) foi semelhante (11/19; 58%) e um doente tinha manchas hipopigmentadas. As MCL apareceram em média mais precocemente que os TC (9,6 vs 17 anos). Três doentes excisaram lesões cutâneas, com diferentes padrões histopatológicos, como neurofibromas, neurilemomas e schwannomas. A maioria reportou um baixo impacto na qualidade de vida (DLQI 0 ou 1). Nos doentes com DLQI mais altos objetivou-se um elevado número de TC e associação a sintomas locais, como prurido. **Discussão:** As lesões cutâneas são frequentes na NF2 e podem preceder o diagnóstico em vários anos. Assim, o conhecimento destas lesões e sua identificação são importantes pois poderão conduzir a diagnósticos mais precoces e à redução da morbilidade e mortalidade associadas à doença.

## INFEÇÃO E MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS

### C11 - *Chlamydia trachomatis* em mulheres: valerá a pena a pesquisa extragenital por rotina?

Clara Valente<sup>1</sup>, R Corte-Real<sup>2</sup>, AL João<sup>1</sup>, J Neves<sup>1</sup>, C Fernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatovenereologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central;

<sup>2</sup> Serviço de Patologia Clínica, Laboratório de Biologia Molecular, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC)

A infeção por *Chlamydia trachomatis* (CT) nas mucosas anorretal e orofaríngea é frequentemente assintomática. De acordo com as *guidelines* internacionais, a pesquisa por rotina de CT em localizações extragenitais está recomendada nos homens que têm sexo com homens. Nas mulheres, esta pesquisa depende da avaliação individual do risco e está menos estudada. Pretendemos assim avaliar a frequência e características das infeções por CT extragenitais diagnosticadas em mulheres observadas na consulta de Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Conduzimos um estudo retrospectivo observacional entre janeiro/2017 a dezembro/2022 na consulta de IST do CHULC. Identificamos todas as mulheres que neste período fizeram colheita para deteção de CT genital (urina/exsudado vaginal), anorretal ou orofaríngea, por PCR. A pesquisa em localizações extragenitais dependeu da decisão clínica acerca do risco individual.

Foram realizadas 2830 colheitas em 1933 doentes. Foram colhidas 1863 amostras genitais, 192 anorretais e 775 orofaríngeas. Um total de 235 (12,2%) doentes testou positivo para CT. A taxa de positividade da pesquisa genital foi de 11,8% (n=220), anorretal 12,4% (n=24) e orofaríngea 2,3% (n=18). Das 24 mulheres com CT anorretal positiva, em 9 delas a pesquisa genital foi negativa; das 18 mulheres com CT positiva na orofaringe, em 6 a

pesquisa genital foi negativa. Se apenas tivesse sido realizada a pesquisa de CT genital, 6,4% (n=15) das infeções não teriam sido diagnosticadas.

Na nossa população, nos últimos 6 anos, a infeção por CT foi diagnosticada em 12,2% das mulheres. De um total de 192 mulheres que realizaram a pesquisa anorretal e 775 a pesquisa orofaríngea, 9 (4.7%) e 6 (0.8%), respetivamente, não seriam tratadas caso essa pesquisa extragenital não tivesse ocorrido. Apesar de este ser um estudo retrospectivo, e de o número de colheitas nas diferentes localizações extragenitais ter sido diferente, a pesquisa extragenital de CT nas mulheres parece ser mais custo-eficaz na localização anorretal.

### C12 - Infeção mpox após vacinação: a propósito de uma série de casos

Inês Aparício Martins<sup>1</sup>, A. L. João<sup>1</sup>, J. M. Neves<sup>1</sup>, C. Fernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatovenereologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Em 2022, foi identificado pela primeira vez um surto de infeção mpox em vários países do mundo, incluindo Portugal. Este surto foi causado pela transmissão do vírus mpox entre humanos e a maioria dos casos ocorreu em homens que têm sexo com homens. As autoridades de saúde pública recomendaram a vacinação dos grupos de risco e, em Portugal, a vacina *Vírus Vaccinia Ankara* modificado está indicada desde julho de 2022. Apesar dos dados serem escassos, trabalhos recentes sugerem uma eficácia vacinal de 66-88%, associada a uma diminuição da gravidade e duração da doença.

Realizámos um estudo observacional retrospectivo para comparar as características clínicas dos doentes vacinados e não vacinados, diagnosticados com mpox na consulta de Doenças Sexualmente Transmissíveis do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, entre junho e setembro de 2023.

Durante este período, registaram-se 24 casos de infeção mpox, 6 após esquema vacinal completo. Nos doentes vacinados, as lesões cutâneas foram identificadas em número inferior a 5 e apenas numa área anatómica. Um doente tinha apenas proctite. As adenopatias estavam presentes em 3 doentes e nenhum apresentou febre. Não se registaram complicações locais. No grupo de doentes não vacinados, 2 tinham apenas proctite e as lesões cutâneas encontravam-se maioritariamente em número superior a 5 (69%) e em 2 ou mais áreas anatómicas (69%). Identificaram-se adenopatias em 72% dos doentes e febre em 67% dos casos. 3 doentes necessitaram de antibioterapia por sobreinfeção bacteriana.

Entre as medidas de saúde pública implementadas para controlo do surto mpox, a vacinação tem-se revelado um elemento importante. Neste estudo, a vacinação parece associar-se a uma menor gravidade do quadro clínico. Contudo, apesar dos resultados promissores, são necessários mais estudos para uma melhor caracterização da eficácia da vacina.

## INFLAMATÓRIA

### C13 - Fototerapia como adjuvante na DA sob terapêutica com dupilumab: experiência de um centro terciário

Beatriz F. Vilela<sup>1</sup>, G. Marques Pinto<sup>1</sup>, F. Ferreira<sup>1</sup>, T. P. Costa<sup>1</sup>, B. Duarte<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa

O dupilumab é um biotecnológico utilizado no tratamento da Dermite Atópica (DA) moderada e grave. Apesar de ser uma opção terapêutica segura e com elevada eficácia, há doentes que apresentam apenas uma resposta parcial e/ou que têm falência secundária a este fármaco.

Conduziu-se um estudo retrospectivo e observacional na consulta de DA e Fototerapia do CHULC. Foram elegíveis para análise 11 doentes (idade média 34,6 anos; 54,5% mulheres) tratados com dupilumab 300mg a cada 2 semanas e referenciados para tratamentos de fototerapia com o objetivo de otimização de resposta à terapêutica biotecnológica ou como resgate após



perda de eficácia. No total, 81,8% (n=9) dos doentes referenciados eram respondedores parciais ao dupilumab, enquanto os restantes 18,2% (n=2) apresentavam falência secundária. Em média, a referência foi realizada 10,3 meses após o início da terapêutica com dupilumab, Oito doentes realizaram NB-UVB, 1 ciclo por doente. A média de tratamentos foi 18,8 e a dose cumulativa total média foi de 09:78 J/cm<sup>2</sup>. Uma doente realizou PUVA tópico, com um total de 9 tratamentos e uma dose cumulativa total de 11,00 J/cm<sup>2</sup>. Duas doentes apresentaram eritema foto-induzido, tendo interrompido esta terapêutica adjuvante.

O EASI médio inicial foi de 12,4 e o final de 8,2. O BSA inicial foi de 26,25% e o final de 11,75%. Do ponto de vista da qualidade de vida, o DLQI inicial foi de 7,5 e o final de 3. O Itch NRS inicial foi de 3,2 e o final de 3.

Conclui-se que a fototerapia NB-UVB parece ser eficaz no resgate da resposta à terapêutica biotecnológica com dupilumab e na melhoria da resposta, mesmo em caso de resposta parcial.

## C14 - APOLO: AtoPic dermatitis - a crOss sectional study on disease characteristics and impact On patients in Portugal

**Bruno Duarte<sup>1</sup>, P. Mendes-Bastos<sup>2</sup>; J. Antunes<sup>3</sup>; F. Azevedo<sup>4</sup>; M. Gonçalo<sup>5</sup>; M. Henrique<sup>6</sup>; V. Marques<sup>7</sup>; C. Maganete<sup>7</sup>; I. Freitas<sup>7</sup>; T. Torres<sup>8</sup>**

<sup>1</sup>Department of dermatology, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

<sup>2</sup>Dermatology Center, Hospital CUF Descobertas. Lisboa

<sup>3</sup>Department of Dermatology, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE

<sup>4</sup>Department of dermatology and venereology, Centro Hospitalar Universitário de S. João

<sup>5</sup>Department of dermatology, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra and Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra <sup>6</sup>Department of Dermatology, Centro Hospitalar de Leiria

<sup>7</sup>Laboratórios Pfizer, Portugal

<sup>8</sup>Department of Dermatology Centro Hospitalar Universitário de Santo António.

**Introduction:** Atopic dermatitis (AD) is a common, chronic, highly pruritic inflammatory disease that significantly impacts patients' quality of life (QoL). The APOLO study aimed to assess the burden of moderate-to-severe AD (M2S-AD) while also describing the sociodemographic and clinical characteristics, treatments patterns, and healthcare resource utilization among the Portuguese AD population.

**Methods:** Multicenter, cross-sectional, and non-interventional study conducted in referral AD centers in Portugal over 14 months. Patients aged ≥ 12 years with M2S AD were enrolled. Data on demographics, clinical characteristics, treatment patterns, healthcare resource utilization, and burden of disease via patient-reported outcomes were collected.

**Results:** The study included 99 patients (including 4 adolescents) with a mean age of 29.51 years, of whom 56.6% were female. Most participants (n=69, 69.7%) were classified as having "Severe" or "Very Severe" AD, with EASI scores ranging from 21.1 to 72.0. Average body surface area (BSA) involvement was 45.8±21.6%, with a mean of 6.5±5.3 flares in the previous year. Most common affected areas included the neck (69.7%), hands (59.6%), and folds (56.6%). The Dermatology Life Quality Index yielded a mean score of 15.2±6.1, indicating a substantial impact on QoL. The Peak Pruritus Numerical Rating Scale<sup>1</sup> score averaged 7.7±2.0, underscoring intense pruritus.

Initial diagnosis and referral of M2S AD patients were made mainly by dermatologists, 55.2% and 72.0% respectively. Post-visit treatments included emollients (94.9%), topical corticosteroids (54.5%), dupilumab (38.4%), topical calcineurin inhibitors (35.4%), cyclosporin (30.3%), systemic steroids (10.1%), and baricitinib (7.1%).

**Conclusions:** The APOLO study highlights the significant impact of M2S-AD on patients' QoL and underscores the central role of dermatologists in diagnosing and referring patients to specialized centers. Despite the significant disease burden, characterized by the high EASI scores and severe pruritus, patients were significantly undertreated prior to enrollment, with advanced therapies only initiated at the center of reference following their visit.

## C15 - Hidradenite supurativa e doença inflamatória intestinal: uma associação importante. Experiência de um centro terciário.

**Pedro Rolo de Matos<sup>1</sup>, B. Granja<sup>1</sup>, A. Cerejeira<sup>1</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>, C. Lisboa<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Departamento de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de São João, Porto, Portugal

<sup>2</sup>Departamento de Patologia, Microbiologia, CINTESIS e RISE, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal

A hidradenite supurativa (HS) e a doença inflamatória intestinal (DII) são doenças inflamatórias que partilham suscetibilidade genética e imunológica, com diversas características em comum como a presença de abscessos estéreis na região perineal e inguinal, trajetos fistulosos e cicatrizes. Além disso, o tabagismo e a obesidade são fatores de risco para doença de Crohn e HS. Ambas as patologias se associam a desregulação imunológica, com elevação de citocinas como a IL-1, IL-6, IL-17, IL-23 e TNF-alfa. O componente inflamatório de ambas as doenças é sobreponível, e ambas respondem a fármacos anti-TNF.

Para caracterizar esta associação, foram avaliados os doentes seguidos em consultas diferenciadas de Dermatologia-HS e de Gastrenterologia-DII nos últimos 18 meses num hospital terciário. Identificaram-se 13 doentes seguidos em ambas as consultas e com diagnóstico de HS e DII. 5 (41%) eram do sexo masculino e 8 (59%) do sexo feminino com média de idades de 38 anos.

Todos os doentes, exceto 2, tinham o diagnóstico de DII aquando da observação na consulta de Dermatologia, a maioria (69%, n=9) com o diagnóstico prévio de doença de Crohn, sendo que numa doente foi realizada biópsia para distinção entre HS e Crohn metastático, favorecendo HS. Uma doente tinha um quadro de síndrome autoinflamatória com diabetes tipo 1, HS grave, Crohn, psoríase palmo-plantar e poliserosite.

A maioria tinha HS moderada a grave sendo que 84% (11) estavam sob terapêutica biotecnológica, a maioria sob ustecinumab (8), estando 2 doentes a realizar adalimumab e 1 a realizar guselcumab. A introdução ou switch de biotecnológico foi por HS não controlada com terapêutica convencional ou reação adversa, sendo que em 3 casos houve necessidade de suspender anti-TNF por psoríase ou dermatite seborreica grave.

Tanto a HS como a DII têm um impacto considerável na qualidade de vida dos doentes. Assim, uma abordagem multidisciplinar torna-se fundamental.

## C16 - IL-17/IL-23 inhibitors in psoriatic patients with latent tuberculosis – a multinational study

**Ana Maria Lé<sup>1</sup>, T Torres<sup>1,2</sup>, A Chiricozzi<sup>3,4</sup>, L Puig<sup>5</sup>, AV Marzano<sup>6,7</sup>, P Dapavo<sup>8</sup>, E Dauden<sup>9</sup>, JM Carrascosa<sup>10</sup>, E Lazaridou<sup>11</sup>, G Duarte<sup>12</sup>, AVE Carvalho<sup>13</sup>, R Romiti<sup>14</sup>, N Rompoti<sup>15</sup>, L Teixeira<sup>2,16</sup>, E Ippoliti<sup>3,4</sup>, CA Maronese<sup>6,7</sup>, M Llamas-Velasco<sup>9</sup>, E Vilarrasa<sup>5</sup>, E del Alcázar<sup>10</sup>, AJ Daponte<sup>11</sup>, M Papoutsaki<sup>15</sup>, A Carugno<sup>17</sup>, F Bellinato<sup>18</sup>, P Gisondi<sup>18</sup>**

<sup>1</sup> Department of Dermatology, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal

<sup>2</sup> Institute of Biomedical Sciences Abel Salazar, University of Porto, Porto, Portugal

<sup>3</sup> Dermatologia, Dipartimento Scienze Mediche e Chirurgiche, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Rome, Italy

<sup>4</sup> Dermatologia, Dipartimento Universitario di Medicina e Chirurgia Traslazionale, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy

<sup>5</sup> Department of Dermatology, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, Spain

<sup>6</sup> Dermatology Unit, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milan, Italy

<sup>7</sup> Department of Physiopathology and Transplantation, Università degli Studi di Milano, Milan, Italy

<sup>8</sup> Department of Medical Sciences, Dermatology Clinic, University of Turin, Turin, Italy.



<sup>9</sup> Department of Dermatology, Hospital Universitario de La Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria de La Princesa (IIS-IP). Madrid, Spain.

<sup>10</sup> Department of Dermatology, Germans Trias i Pujol University Hospital (HUGTP), Autonomous University of Barcelona (UAB), Badalona, Spain

<sup>11</sup> 2nd Department of Dermatology-Venereology, Aristotle University School of Medicine, Thessaloniki, Greece

<sup>12</sup> Instituto Bahiano de Imunoterapias – IBIS, Salvador, Brazil

<sup>13</sup> Ambulatório de psoríase, Hospital Moinhos de Vento, Porto Alegre, Brazil

<sup>14</sup> Faculty of Medicine, Hospital das Clínicas, University of São Paulo, São Paulo, Brazil

<sup>15</sup> Department of Dermatology-Venereology, Faculty of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, 'A. Sygros' Hospital for Skin and Venereal Diseases, Athens, Greece.

<sup>16</sup> Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS), Porto, Portugal.

<sup>17</sup> Dermatology Unit, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo, Italy

<sup>18</sup> Section of Dermatology and Venereology, Department of Medicine, University Hospital of Verona.

**Background:** Tuberculosis has a major global impact. Immunocompetent hosts usually control this disease resulting in an asymptomatic latent infection (LTBI), with only 5-10% developing active infection. TNF inhibitors increase the risk of tuberculosis reactivation and were the first biologic agents approved for psoriasis. For this reason, current guidelines recommend tuberculosis screening before starting any biologic drug, and chemoprophylaxis if LTBI is diagnosed. Available evidence from clinical trials and real-world studies suggests that IL-17 and IL-23 inhibitors do not increase the risk of tuberculosis reactivation. **Objective:** To evaluate psoriatic patients with treated and untreated LTBI who received IL-17 and IL-23 inhibitors and the tolerability/safety of tuberculosis chemoprophylaxis. **Methods:** Retrospective, multinational, real-world study including psoriatic patients with LTBI treated with IL-17 or IL-23 inhibitors between January 2015 and March 2022. **Results:** 405 patients were included; complete/ incomplete/no chemoprophylaxis was administered in 60.2%, 12.1% and 27.7% patients, respectively. Main reason for not receiving or interrupting chemoprophylaxis was perceived heightened risk of liver toxicity and hepatotoxicity, respectively. The mean duration of biological treatment was 32.87±20.95 months and only one case of active tuberculosis infection (ATBI) was observed, after 14 months of treatment with ixekizumab. The proportion of ATBI associated with ixekizumab was 1.64% (95% CI: 0% to 5.43%) and 0% for all other agents and 0.46% (95% CI: 0% to 1.06%) and 0% for IL-17 and IL-23 respectively (not statistically significant). **Conclusions:** The risk of tuberculosis reactivation in patients with psoriasis and LTBI does not seem to increase with IL-17 or IL-23 inhibitors. IL-17 or IL-23 inhibitors should be preferred over TNF antagonists when concerns regarding tuberculosis reactivation exist and patients with LTBI considered at high risk for developing complications related to chemoprophylaxis, this preventive strategy may be waived before initiating treatment with IL-17 inhibitors and especially IL-23 inhibitors.

## C17 - Impacto da cirurgia bariátrica na atividade clínica da psoríase: estudo exploratório de coorte retrospectivo

**Bárbara Vieira Granja**<sup>1,2</sup>, N. Gomes<sup>1</sup>, R. Silva<sup>3,4,5</sup>, B. Sousa Pinto<sup>3,4</sup>, J. Vide<sup>1</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>, E. Lima Costa<sup>6</sup>, P. Freitas<sup>6,7</sup>, S. Magina<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE, Porto.

<sup>2</sup>Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

<sup>3</sup>Unidade de Farmacovigilância do Porto, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

<sup>4</sup>Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

<sup>5</sup>RISE@ CINTESIS, Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde e Rede de Investigação em Saúde.

<sup>6</sup>Centro de Responsabilidade Integrado de Obesidade (CRIO), Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE.

<sup>7</sup>Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** A psoríase é uma doença cutânea inflamatória crónica com envolvimento sistémico. A associação com a obesidade, um fator de risco independente para psoríase, condiciona o tratamento devido à menor resposta a terapias sistémicas e biotecnológicas e ao aumento do risco de efeitos adversos. A posologia e custos da terapêutica podem ser influenciados pela obesidade. Atualmente, o efeito da cirurgia bariátrica na psoríase ainda não está claramente definido.

**Objetivo do estudo:** Realizar uma análise exploratória do impacto da cirurgia bariátrica no curso clínico da psoríase e, consequentemente, na otimização terapêutica em doentes com obesidade.

**Métodos:** Estudo exploratório de coorte retrospectiva realizado no Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), em doentes com obesidade com psoríase submetidos a cirurgia bariátrica. Foram aplicados, cumulativamente, os seguintes critérios de elegibilidade: (i) doentes com obesidade submetidos a cirurgia bariátrica entre 1 de janeiro de 2012 e 1 de janeiro de 2022; (ii) psoríase documentada em consulta de Dermatologia. Não foram definidos critérios de exclusão. Os doentes elegíveis foram identificados a partir dos registos clínicos e os dados foram analisados até 24 meses após a cirurgia, perda de seguimento ou óbito. O *endpoint* principal foi a percentagem de doentes com melhoria no *Psoriasis Area Severity Index* (PASI) 12 e 24 meses após a cirurgia, em relação ao PASI 12 meses antes da cirurgia. As análises secundárias centraram-se nas alterações na classe terapêutica ou posologia no tratamento instituído para a psoríase.

**Resultados:** Foram incluídos 17 doentes que cumpriam os critérios de elegibilidade, com média de idade de 52,2 ± 10,9 (29-66) anos e com uma duração média da doença de 7,8 anos ± 4,8 (1-15). O PASI médio 12 meses previamente a cirurgia correspondia a 9,5 ± 8,6 (1-29) e nove doentes apresentavam diagnóstico de psoríase artropática. O índice massa corporal (IMC) médio pré-cirúrgico foi de 40,6 ± 4,6 (34-52) kg/m<sup>2</sup>. A maioria dos doentes (82,4%) foram submetidos a bypass gástrico em *Y-de-Roux* e aos 12 meses de pós-operatório o IMC médio era de 27,2 ± 3,3 (22-34) kg/m<sup>2</sup> com uma redução média de peso de 35,4 ± 16,9 (20-94) kg. A variação dos scores de PASI após a cirurgia bariátrica mostrou uma correlação positiva com a variação dos valores de IMC nos doentes, tanto 12 meses ( $p=0,425$ ,  $p=0,089$ ) quanto 24 meses após a cirurgia ( $p=0,411$ ,  $p=0,111$ ). 64,70% dos doentes apresentaram uma redução do PASI 12 meses após a cirurgia, em relação ao PASI que apresentavam 12 meses antes da intervenção cirúrgica. Treze doentes estavam medicados com terapêutica sistémica à data da cirurgia, dos quais 47,1% correspondia a terapêutica sistémica biotecnológica. Doze meses após a cirurgia verificou-se uma redução da posologia ou classe terapêutica da psoríase em 41,2% dos doentes.

**Conclusão:** A cirurgia bariátrica evidenciou um potencial benefício na evolução clínica da psoríase em doentes com obesidade, ainda que investigações adicionais sejam necessárias para compreender outras variáveis que modelam a resposta clínica.

## ONCOLOGIA

## C18 - Estudo multicêntrico sobre diagnóstico de Melanoma Maligno entre 2019 e 2022 - caracterização geral

**Beatriz F. Vilela**<sup>1</sup>, M. Pestana<sup>1</sup>, A. João<sup>1</sup>, R. Carvalho<sup>1</sup>, A. M. Silva<sup>2</sup>, J. Alves<sup>2</sup>, J. Nogueira<sup>3</sup>, C. G. Castro<sup>4</sup>, M. V. Coelho<sup>4</sup>, M. G. Catorze<sup>4</sup>, J.M. Neves<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa

<sup>2</sup> Serviço de Dermatovenereologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

<sup>3</sup> Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Garcia de Orta, Almada

<sup>4</sup> Serviço de Dermatologia, Hospital Egas Moniz, Lisboa

**Introdução:** A intervenção precoce é essencial para um prognóstico satisfatório no Melanoma Maligno (MM). A pandemia COVID-19 condicionou o acesso aos cuidados de saúde a nível global. Este trabalho visa avaliar as características dos MM diagnosticados no período no período 2019-2022, analisando o impacto causado pela pandemia.

**Métodos:** Um estudo observacional retrospectivo multicêntrico (3 centros da área metropolitana de Lisboa) foi realizado. Foram incluídas informações

clínicas, epidemiológicas e histológicas. O estadiamento foi realizado de acordo com os critérios da AJCC 8ª edição.

Resultados: Foi incluído um total de 644 diagnósticos de MM (2019: 153; 2020: 142; 2021: 154 e 2022: 195). Observou-se um predomínio do sexo masculino (51,7%) com idade média de 66,61 anos. A localização tronco foi a mais prevalente (46,6%). A percentagem média de MM in situ foi de 36,4% (min. 2019: 32,7%; máx. 2021: 38,3%). A espessura média foi de 2,44mm, sendo mais alta em 2020 (3,30mm), por oposição a 2022 (1,61mm), sendo esta diferença estatisticamente significativa. Verificaram-se maiores percentagens de doentes com classificação  $\geq T1b$ , N+, M+ e  $\geq IIC$  nos anos 2020 e 2021 embora sem atingir o limiar da significância. 47,5% dos doentes foram referenciados pelos Cuidados de Saúde Primários (n=305, in situ=29,2%, espessura média=1,43). A consulta de dermatologia foi associada a MM com espessura significativamente inferior (n=158, in situ=53,8%, espessura média=0,42), contrastando com a referenciação do Serviço de Urgência (n=20, in situ=20%, espessura média=8,08).

Conclusão: Os dados revelam MM mais espessos nos anos com maior dificuldade no acesso aos cuidados de saúde. A variação na espessura do MM conforme a via de referenciação reforça a importância de um diagnóstico precoce e de um acesso eficaz a cuidados de saúde diferenciados.

## C19 - Fibroxantoma Atípico e Sarcoma Dérmico Pleomórfico – estudo retrospectivo a 10 anos

Joana Vieitez Frade<sup>1</sup>, Dora Mancha<sup>1</sup>, João Pedro Vasconcelos<sup>1</sup>, Luís Soares-de-Almeida<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa.

<sup>2</sup>Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa.

<sup>3</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, iMM João Lobo Antunes, Universidade de Lisboa, Lisboa.

**INTRODUÇÃO** O fibroxantoma atípico (AFX) e o sarcoma dérmico pleomórfico (SDP) são neoplasias cuja definição tem suscitado debate nos últimos anos. Atualmente, defende-se que constituem parte do mesmo espectro de tumores malignos com origem fibrohistiocitária, sendo o SDP uma variante mais agressiva e de prognóstico menos favorável.

**MÉTODOS** Estudo retrospectivo de doentes com de AFX ou SDP diagnosticados no Serviço de Dermatovenereologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte no período entre 2013 e 2023, com descrição e análise de variáveis demográficas, clínicas, histológicas, terapêuticas e evolutivas.

**RESULTADOS** Foram identificados 22 doentes do sexo masculino e com mais de 65 anos. Em 9 dos doentes (39%), identificaram-se antecedentes pessoais de neoplasia cutâneas malignas. Clinicamente, identificaram-se tumores e placas hiperqueratósicas, com diagnósticos clínicos propostos de carcinoma espinocelular, carcinoma basocelular, melanoma maligno, fibroxantoma atípico, linfoma cutâneo primário e queratose actínica hipertrófica. As lesões localizaram-se no couro cabeludo (40%), face (31%), pavilhão auricular (18%), ombro (5%) e mão (5%). Globalmente verificaram-se neoplasias de células fusiformes com acentuado pleomorfismo nuclear, com positividade difusa para CD10, tendo vários marcadores sido utilizados para diagnóstico diferencial com outras neoplasias malignas. A invasão hipoderme, invasão vascular, neurotropismo, presença de necrose, mitose e/ou ulceração foram os critérios utilizados para diferenciar histologicamente AFX/SDP. Todos os doentes foram submetidos a terapêutica cirúrgica, com exérese incompleta inicial em 5 doentes (23%), tendo 3 realizado radioterapia adjuvante (17%). Verificou-se metastatização ganglionar num único doente e ausência de casos de metastatização à distância. Em nenhum dos casos a causa de morte foi associada diretamente à neoplasia.

**CONCLUSÃO** O AFX e SDP são neoplasias malignas raras que surgem frequentemente em áreas fotoexpostas de doentes idosos do sexo masculino. Estes tumores malignos não têm aspetos clínicos, histológicos ou imunohistoquímicos característicos, o que torna o seu diagnóstico e abordagem um desafio na prática clínica.

## C20 - Patologia ungueal numa consulta de Faneras - Estudo retrospectivo de 10 anos no CHVNG

Aureliu Rosca, M. Costa, C. Magalhães, J. Matos, D. Teixeira, R. Guedes

de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

O presente trabalho teve como objetivo realizar a análise estatística das patologias ungueais da Consulta de Faneras do Serviço de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Realizou-se um estudo retrospectivo dos registos clínicos efetuados entre 2012 e 2022. Ao todo foram realizadas 1239 primeiras consultas, 64% (n=788) das quais em doentes do sexo feminino. A média de idade foi de 45,8 anos. Em 73% dos casos (n= 905) foi possível estabelecer um diagnóstico ou uma relação de causalidade perante os achados físicos, enquanto os restantes 23% dos doentes (n= 334) apresentaram sinais físicos inespecíficos. Os diagnósticos foram categorizados por grupos nosológicos, com a seguinte distribuição por ordem de frequência: Doenças Infeciosas - 21,8% (n=299), Traumatismos - 13,5% (n=185), Doenças Congénitas - 10,7% (n=147), Doenças Dermatológicas - 9,2% (n=126), Tumores - 9,0% (n=123), Distúrbios Ocupacionais - 6,6% (n=90), Doenças sistémicas - 1,4% (n=19) e Reações Medicamentosas - 0,4% (n=6).

Atualmente não existem análises nosológicas relativas a patologia ungueal, quer a nível nacional quer a nível internacional. Assim, este estudo é pioneiro, no sentido em que permitirá comparações futuras com outros centros.

## Casos Clínicos

### ALERGIA CUTÂNEA

## CC01 - Polissensibilização num jovem trabalhador industrial

Bernardo Pimentel, A. Palmeiro, G. Catorze, C. Amaro, R. Bajanca, J. Sousa

Serviço de Dermatologia do Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa

Relata-se o caso de um doente, do sexo masculino, com 25 anos de idade, que trabalhava na aplicação de revestimentos de pavimento industrial, encaminhado à consulta da Dermatologia por manchas/ placas eritematosas e descamativas localizadas nas mãos (palmas e dorso), antebraços, face e região retroauricular, com 6 meses de duração. As lesões eram bilaterais, simétricas e bastante pruriginosas. Tinha melhoria transitória com a aplicação diária de creme de betametasona 0,1% + ácido fusídico 2%, com agravamento quando retomava a atividade laboral. Referia ser o seu primeiro emprego, com início de funções um ano antes do aparecimento dos primeiros sinais e sintomas. Estava exposto diariamente a resina epóxi e outras resinas, bem como a vários outros materiais de construção. Mencionava o uso adequado de equipamento de proteção (máscara anti poeira e luvas de algodão e borracha), embora ocasionalmente fosse descartado devido ao calor e efeito oclusivo. Com a suspeita de se tratar de dermatite de contacto alérgica em contexto profissional, foram realizadas provas epicutâneas (IQ Ultimate™ Chemotechnique) com a série básica, a série de colas e plásticos e ainda a série dos aditivos das borrachas. As 72 horas constatou-se positividade (+/++) para a mistura de tiurans (especificamente: disulfeto de tetrametiltiuram e para o monossulfeto de tetrametiltiuram), cobalto, resina epoxy, formaldeído e 4-tert-butilcatecol (componentes da resina utilizada). Pela extrema importância desta dermatose profissional, foi aconselhado a alteração de posto de trabalho, com evicção de ambientes em que estes agentes pudessem estar presentes. Os autores realçam a complexidade da polissensibilização neste jovem trabalhador industrial, um ano após início de funções, com impacto muito relevante em opções de emprego/funções futuras.

## DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA

**CC02 - Síndrome nefrocutâneo neonatal associado a mutação EGFR**André Aparício Martins<sup>1</sup>, K. Sousa<sup>1</sup>, E. Grilo<sup>2</sup>, L. Ramos<sup>1</sup><sup>1</sup> Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra<sup>2</sup> Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

EGFR é uma proteína transmembranar com atividade tirosina cinase, envolvida na diferenciação dos queratinócitos e na regulação da inflamação cutânea. A mutação germinativa em homozigotia do gene EGFR (Gly428Asp) está associada a um síndrome nefrocutâneo neonatal raro, descrito em 2014. Recém-nascida do sexo feminino, com parto pré-termo às 30 semanas de gestação, na sequência de rotura prematura de membranas e polihidrâmnios. Pais consanguíneos e tio paterno falecido nos primeiros meses de vida com patologia congénita desconhecida. Ao exame objetivo apresentava muito baixo peso, anquilobléfaro bilateral e aracnodactilia, associados a eritrodermia generalizada, atriúquia e supracílios escassos. Em duas semanas registou-se uma melhoria progressiva da eritrodermia, com descamação fina generalizada ictiosiforme e sinais de fragilidade cutânea, com erosões e máculas purpúricas. Os dois primeiros meses de vida foram complicados por candidíase cervical, axilar e da região da fralda, dermatite perianal, impetigo, otite média/externa e múltiplos episódios de sépsis. Analiticamente foram detetados hiperaldosteronismo secundário e distúrbios hidroeletrólíticos graves e frequentes. Sem alterações ecográficas cardíacas. A sequenciação de exoma completo revelou mutação em homozigotia do gene EGFR (Gly428Asp). Faleceu aos 2 meses de vida por sépsis.

Como no caso descrito, o síndrome nefrocutâneo neonatal associado à mutação do EGFR, manifesta-se em recém-nascidos prematuros com descamação ictiosiforme, sinais de fragilidade cutânea e alopecia que pode afetar cabelos/supracílios. Para além das manifestações cutâneas, são descritas dismorfias craniofaciais, nefromegália, vômitos/diarreia recorrentes e cardiopatias congénitas, ausentes nesta doente. Contudo, o curso clínico complexo, com infeções cutâneas e sépsis frequentes, associados a distúrbios hidroeletrólíticos graves, enquadram-se nos achados clínico-laboratoriais deste síndrome. A restrição do crescimento intra-uterino, polihidrâmnios e consanguinidade são também reportados. Embora a identificação da mutação genética confirme o diagnóstico, a doença permanece sem terapêutica eficaz, com desfecho fatal nos primeiros 6 meses de vida em quase todos os doentes.

**CC03 - “Blueberry muffin baby” – qual o diagnóstico?**André Aparício Martins<sup>1</sup>, K. Sousa<sup>1</sup>, J. C. Cardoso<sup>1</sup>, L. Ramos<sup>1</sup><sup>1</sup> Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

A leucemia congénita caracteriza-se pela apresentação nos primeiros 28 dias de vida e corresponde a menos de 1% das leucemias em idade pediátrica. A infiltração cutânea por células leucémicas, designada leucemia cutis, ocorre em 25-30% dos casos de leucemia congénita.

Lactente do sexo masculino, 1 mês de vida, com dermatose congénita com afeção inicial do couro cabeludo e posterior disseminação. Gravidez de termo, parto e período neonatal sem intercorrências. Ao exame objetivo apresentava bom estado geral, palidez cutânea e nódulos violáceos no couro cabeludo, acompanhados de máculas e pápulas violáceas com halo hipopigmentado no tronco, axila esquerda e dorso do pénis. Não havia envolvimento das mucosas, adenopatias ou organomegalias. Analiticamente verificou-se anemia hipoproliferativa, neutropenia e serologias negativas para as principais infeções congénitas. Ecografia abdominal sem alterações. A biópsia cutânea revelou infiltração da derme por células leucémicas e a imunofenotipagem confirmou a presença de células imaturas, com duas populações de linha monocítica. Na medula óssea, sangue periférico e líquor foram identificadas células com as mesmas características. Foi estabelecido o diagnóstico de leucemia mieloide aguda congénita. O estudo citogenético

da medula óssea revelou a presença da t(10;11)(q11;p15), não descrita previamente. O doente foi proposto para quimioterapia com mitoxantrona, etoposido e citarabina.

A leucemia cutis congénita manifesta-se por pápulas, placas ou nódulos eritemato-violáceos, infiltrados e disseminados, que condicionam a apresentação “blueberry muffin baby”. Embora hepatoesplenomegália e hiperleucocitose não estejam presentes no caso descrito, a presença de palidez e anemia enquadram-se no diagnóstico de leucemia congénita. O diagnóstico é estabelecido com base na confirmação da infiltração leucémica na biópsia cutânea, deteção da proliferação de células hematopoiéticas imaturas na medula óssea e exclusão de reações leucemóides. A leucemia mieloide aguda (variante monocítica) é o tipo mais comum de leucemia congénita e a taxa de sobrevida aos 2 anos é de apenas 20%.

## GENODERMATOSE

**CC04 - Síndrome de Reed: dois casos distintos, a mesma mutação**Lanyu Sun<sup>1</sup>, C. Brazão<sup>1</sup>, D. Mancha<sup>1</sup>, D. Sousa<sup>1</sup>, P. Vasconcelos<sup>1</sup>, L. Lopes<sup>1</sup>, L. Soares-de-Almeida<sup>1,2,3</sup>, P. Filipe<sup>1,2,3</sup><sup>1</sup> Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, Lisboa<sup>2</sup> Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa<sup>3</sup> Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa

A síndrome de Reed (SR) ou Leiomiomatose Hereditária e Carcinoma de Células Renais é uma doença autossómica dominante rara, resultante de uma mutação no gene da enzima fumarato hidratase (FH). Caracteriza-se pela predisposição para leiomiomas cutâneos múltiplos e leiomiomas uterinos e em alguns doentes (10-16%), de carcinoma das células renais. Reportam-se duas doentes com síndrome de Reed.

Caso 1: Mulher, 42 anos, com história pessoal e familiar de miomas uterinos e submetida a histerectomia total. Referenciada à consulta de dermatologia por pequenas pápulas de cor de pele, de consistência firme, mas indolores, localizados no dorso. A biópsia de uma pápula revelou tratar-se de um piloleiomioma. O estudo genético identificou a variante c.267+1\_267+10del em heterozigotia no gene FH, confirmando o diagnóstico de SR. A ressonância magnética renal não revelou alterações.

Caso 2: Mulher, 58 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, mas mãe com história de histerectomia e neoplasia renal. Foi referenciada à consulta de dermatologia por um nódulo doloroso na perna, associado a dor ao toque. A histopatologia cutânea mostrou tratar-se de um piloleiomioma. O estudo genético identificou a variante c.267+1\_267+10del em heterozigotia no gene FH. A ressonância magnética não evidenciou carcinoma das células renais.

Os leiomiomas cutâneos são tumores benignos raros do músculo liso. Caracterizam-se por pápulas e nódulos de cor de pele, até 2 cm de diâmetro, frequentemente ao redor de um folículo piloso. O frio e a pressão podem desencadear contração e dor. O diagnóstico clínico pode ser desafiante e, em última instância, requer confirmação histopatológica. O tratamento depende do número de lesões e do grau de desconforto para o doente. O aspeto mais importante no diagnóstico da SR é a monitorização do desenvolvimento do carcinoma das células renais, pelo que é recomendada um seguimento multidisciplinar com avaliação clínica e imagiológica anual. Os casos descritos reforçam a importância das lesões cutâneas como pista diagnóstica para doenças sistémicas.

**CC05 - Síndrome de Muir-Torre: quando suspeitar**Cristina Gonçalves Castro<sup>1</sup>; A. G. Palmeiro<sup>1</sup>; R. Sampaio<sup>2</sup>; G. Catorze<sup>1</sup>; R. Bajanca<sup>1</sup><sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; Lisboa, Portugal<sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; Lisboa, Portugal



A síndrome de Lynch (SL) constitui a causa hereditária mais comum de carcinoma colorretal hereditário, estando associada a incidência elevada e precoce de outros tumores viscerais, nomeadamente gastrointestinais e genitourinários. A síndrome de Muir-Torre (MTS) é uma variante rara da SL em que se observam neoplasias sebáceas como adenoma, epitelioma e carcinoma.

Descreve-se o caso clínico de uma mulher de 43 anos com história familiar de carcinomas colorretal (avós materno e paterno) e de mama (avó materna). Foi referenciada por lesão nasogeniana esquerda com 2 anos de evolução, crescimento recente e hemorragia ocasional. Observava-se pápula amarelada com 2.5 mm de diâmetro, bordos bem delimitados, com depressão e crosta centrais. Realizou-se biópsia excisional da lesão e o respetivo exame histopatológico era compatível com adenoma sebáceo. Outros 4 adenomas foram excisados posteriormente, cuja marcação imunohistoquímica revelou perda de expressão de MSH2 e MSH6. A doente foi referenciada para estudo genético que identificou variante patogénica de MSH2 em heterozigotia, confirmando o diagnóstico de SL.

Iniciou-se investigação para despiste de malignidade síncrona, com identificação de 2 adenomas com displasia de baixo grau ao nível do duodeno e cólon, sem outras alterações clínicas, analíticas ou radiológicas de relevo até à data. Os familiares em primeiro grau realizaram estudo genético e aguardam o respetivo resultado.

As neoplasias sebáceas, raras na população geral, devem ser reconhecidas como potencial manifestação precoce de SL. A perda de expressão identificada em estudos imunohistoquímicos nestas lesões é inespecífica, pelo que a estratificação de risco é importante na definição de casos que devem prosseguir estudo genético a fim de diminuir o atraso diagnóstico de neoplasias malignas e morbimortalidade associada. Uma ferramenta a considerar é o algoritmo de decisão “Mayo MTS risk score”, que incide sobre idade ao diagnóstico, número de neoplasias sebáceas identificadas, história pessoal e/ou familiar de malignidade associada a SL.

## INFEÇÃO E MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS

### CC06 - Infecção Disseminada por *Mycobacterium chelonae* - Um microorganismo a reconhecer

João Teixeira<sup>1</sup>, A. Aparício-Martins<sup>1</sup>, J. Soares<sup>1</sup>, L. Pinto<sup>2</sup>, J. Calvão<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

<sup>2</sup> Serviço de Oncologia Médica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

A *Mycobacterium chelonae*, uma micobactéria não tuberculosa ubíqua, é uma causa rara de infecção crónica multirresistente em indivíduos imunodeprimidos. Previamente associada a infeções esporádicas localizadas, como celulite e abscessos, ou doença disseminada, é também atualmente reconhecida como um microorganismo potencialmente emergente em infeções adquiridas em meio hospitalar.

Relatamos o caso de uma mulher de 64 anos, caucasiana, com antecedentes de carcinoma invasor da mama plurimetastizado, previamente sob quimioterapia paliativa e no momento da observação sob hormonoterapia com duplo bloqueio e dexametasona oral 8mg por dia. Foi solicitada a colaboração pela Dermatologia por dermatose assintomática com 4 meses de evolução caracterizada por lesões polimórficas predominantemente localizadas na face extensora dos membros superiores e dorso superior. Apresentava pápulas eritematodescamativas e pústulas sobre base eritematosa, pápulas queratóticas, áreas com Nikolsky positivo e erosões em reepitelização. Foram colocadas as hipóteses de dermatose bolhosa autoimune e pitiríase liquenoide crónica, tendo sido colhido estudo analítico com anticorpos anti-pele e realizada biópsia cutânea para histologia e imunofluorescência direta (IFD). Os anticorpos anti-pele e IFD foram ambos negativos. A histologia revelou infiltrado granulomatoso supurativo com atingimento de toda a espessura da derme e porção da hipoderme subjacente. Nas colorações de Ziehl-Neelsen e FITE observaram-se numerosos bacilos ácido-álcool resistentes na porção central dos focos de supuração, estabelecendo o diagnóstico de micobacteriose atípica. Procedeu-se a biópsia cutânea para cultura que isolou *Mycobacterium*

*chelonae*, (sendo que os testes de sensibilidade aos antibióticos não foram realizados por indisponibilidade). Iniciou empiricamente claritromicina oral 500mg 2 vezes por dia, contudo, após 2 semanas de seguimento, a doente acabou por falecer por progressão da doença oncológica.

Este caso clínico pretende alertar os Dermatovenereologistas para a importância de reconhecer a *Mycobacterium chelonae* como microorganismo implicado em infeções atípicas cuja apresentação pode ser particularmente florida e polimórfica.

### CC07 - Lesões hiperqueratóticas palmo-plantares: uma apresentação pouco frequente de sífilis secundária

Pedro Rolo de Matos<sup>1</sup>, B. Granja<sup>1</sup>, G. Rosa<sup>1</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>, C. Lisboa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de São João, Porto, Portugal

<sup>2</sup> Departamento de Patologia Microbiológica, CINTESIS e RISE, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal

As manifestações cutâneas de sífilis, conhecida como “a grande imitadora” são variadas e frequentemente atribuídas erradamente a outras dermatoses. Um homem de 64 anos, heterossexual, foi referenciado à consulta por lesões palmo-plantares com 2 meses de evolução, não dolorosas e não pruriginosas, sem melhoria após terapêutica com calcipotriol/dipropionato de betametasona. Negava outras lesões cutâneas ou sintomas. Referia uma parceira sexual há mais de um ano.

Ao exame objetivo observavam-se placas hiperqueratóticas bem definidas e algumas máculas e pápulas eritematosas limitadas às palmas e plantas. Não se objetivavam outras lesões no restante tegumento, à exceção de placa hipertrófica, rosada, de superfície lisa e húmida sugestiva de condiloma lata na região perianal. O estudo laboratorial mostrou presença de DNA de *Treponema pallidum* no exsudado da lesão perianal. O TPPA foi reativo, com título de VDRL de 1:128 diluições. Os testes laboratoriais para VIH 1 e 2, hepatite C e hepatite B foram negativos, assim como o rastreio de infeção por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*.

O paciente foi tratado com dose única de penicilina benzatínica intramuscular (2,400,000 U). Ocorreu uma rápida resolução das lesões após a terapêutica. Os contactos foram rastreados e tratados.

As múltiplas manifestações da sífilis secundária podem levar a um diagnóstico tardio, como foi o caso deste doente. Estão descritos poucos casos de lesões palmares e plantares hiperqueratóticas como apresentação de sífilis secundária, classicamente conhecidas como clavi syphilitici e que podem ser interpretadas erradamente como verrugas víricas, calosidades ou psoríase.

Este caso reforça a atualidade e importância de considerar a sífilis como hipótese de diagnóstico em dermatoses atípicas ou que não respondam à terapêutica.

### CC08 - Lesões Moluscóides Disseminadas num Doente Imunocomprometido – Um Desafio Diagnóstico

Madalena Pupo Correia<sup>1,2</sup>, I. Pereira Amaral<sup>1</sup>, I. Soares<sup>1</sup>, H. Félix<sup>3</sup>, M. Cunha<sup>3</sup>, T. Marques<sup>2,3</sup>, L. Soares de Almeida<sup>1,2</sup>, P. Filipe<sup>1,2,4</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatovenerologia - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte,

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa,

<sup>3</sup> Serviço de Doenças Infecciosas - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte,

<sup>4</sup> Paulo FilipeLab – Instituto de Medicina Molecular

A histoplasmose é uma infeção causada pelo fungo *Histoplasma capsulatum*, podendo tornar-se disseminada em indivíduos imunocomprometidos, com envolvimento multissistémico (sobretudo pulmonar e neurológico).

Um homem de 33 anos, fototipo IV, natural do Brasil e a residir em Portugal há 4 anos, foi avaliado na urgência de dermatologia por surgimento de nódulos cutâneos duros e dolorosos na face e disseminação caudal aos



membros superiores e tronco, com 3 meses de evolução. Como sintomas cocomitantes referia febre, perda ponderal, epistáxis e tosse. Objetivavam-se incontáveis nódulos consistência duro-elástica, uns com umbilicação central e outros com ulceração do topo, moluscóides, disseminados pelo tegumento e coalescendo na região centrofacial, causando deformidade. Saliencia-se das suas comorbilidades o diagnóstico de infecção VIH estadio SIDA dois meses antes, para a qual iniciara terapêutica antirretroviral. Foram colocadas as hipóteses de micose profunda (histoplasmose), infecção por poxvírus (molusco gigante ou mpox) e síndrome de reconstituição imunológica com expressão cutânea por micobacteriose atípica (doença de Hansen).

O estudo etiológico foi conclusivo para infecção por *Histoplasma capsulatum* (com afeção cutânea, pulmonar e rinossinusal), tendo-se excluído as restantes patologias.

O doente iniciou tratamento com anfotericina B durante 15 dias, com acentuada melhoria clínica, e teve alta medicado com itraconazol, que manterá até resolução.

Este caso retrata a importância do reconhecimento das manifestações cutâneas em doentes imunocomprometidos, bem como da repercussão multiorgânica a elas associada. É fundamental estabelecer hipóteses diagnósticas alargadas e dirigir o estudo etiológico a cada uma, dada a possibilidade da sua concorrência. Por fim, salienta-se a epidemiologia exposta dada a emergência de infeções em países não endémicos.

## CC09 - Criptococose Cutânea Primária como forma de apresentação de SIDA

Patrícia Amoedo<sup>1</sup>, B Granja<sup>1</sup>, C Costa<sup>2</sup>, M Tavares<sup>3</sup>, MJ Cruz<sup>1,4</sup>, A Mota<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

<sup>2</sup> Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

<sup>3</sup> Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

<sup>4</sup> Departamento de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e RISE@CINTESIS, Porto, Portugal

### Introdução

A criptococose cutânea primária (CCP) é extremamente rara, afetando principalmente indivíduos imunodeprimidos.

### Caso Clínico

Uma menina de 11 anos, natural da Angola, sem antecedentes de relevo, foi internada por diagnóstico de infecção por HIV/SIDA (Linfócitos T CD4: 40/mm<sup>3</sup>), de provável transmissão materno-fetal, descoberta na sequência de estudo de pancitopenia ligeira. Simultaneamente, apresentava nódulo rosado, friável, no lábio superior, com 4 meses de evolução. Negava história de traumatismo local, febre ou outros sintomas e o restante exame físico era normal. Foram colocadas as hipóteses de micose profunda, micobacteriose atípica ou pioderma gangrenoso *vegetans*. O exame histológico mostrou infiltrado misto, com agregados de células histiocitárias, esboçando granulomas, identificando-se estruturas ovóides, encapsuladas, PAS-positivas, no citoplasma de células multinucleadas, aspetos compatíveis com infecção por *Cryptococcus neoformans*, mais tarde confirmado por cultura. A pesquisa de *Cryptococcus* no sangue foi negativa. O restante estudo microbiológico, incluindo serologias víricas, pesquisa de micobactérias, leishmânia e outros fungos oportunistas foi negativo. Foi iniciado tratamento empírico com fluconazol (6mg/Kg/dia), contudo por ausência de melhoria, 2 semanas depois aumentou-se a dose (12mg/kg/dia), com resolução completa.

### DISCUSSÃO

O *C. neoformans* é um fungo saprófito, encontrado no solo e excrementos de aves. É um agente oportunista, afetando principalmente indivíduos imunocomprometidos. A infecção é habitualmente adquirida por via inalatória, causando infecção pulmonar primária, com subsequente disseminação para o sistema nervoso central (SNC), ossos e pele. A CCP foi alvo de controvérsia durante décadas e, apenas em 2003, foi considerada uma entidade distinta. Define-se como a identificação de *C. neoformans* numa amostra da lesão cutânea, por cultura, PCR ou critérios histológicos, em simultâneo com a demonstração da ausência de disseminação sistémica. Ao contrário dos casos de criptococose cutânea secundária, na CCP as lesões

são geralmente únicas e limitadas a zonas expostas. As lesões podem ter aspetos muito variáveis o que pode atrasar o diagnóstico. A maioria dos casos tem uma evolução favorável, contudo casos como este, com imunossupressão grave, têm maior risco de disseminação, atingimento do SNC e desfecho fatal, podendo ser necessárias altas doses de antifúngicos. Esta é uma entidade incomum e pouco reconhecida que, no entanto, pode ter consequências graves quando não tratada atempadamente. Assim, é importante que, perante lesões crónicas, refratárias a antibioterapia, esta hipótese seja considerada.

## CC10 - Uma doença do novo mundo: duplo desafio diagnóstico após viagem a um país tropical

Cláudia Brazão<sup>1</sup>, S. Antunes-Duarte<sup>1</sup>, D. Mancha<sup>1</sup>, L. Sun<sup>1</sup>, T. Marques<sup>2</sup>, M.J. Gargaté<sup>3</sup>, A. Vilares<sup>3</sup>, T. Reis<sup>3</sup>, P. de Vasconcelos<sup>1</sup>, L. Soares-de-Almeida<sup>1,4,5</sup>, J. Borges-Costa<sup>1,5,6</sup>, P. Filipe<sup>1,4,5</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE

<sup>2</sup> Serviço de Doenças Infecciosas, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE

<sup>3</sup> Laboratório Nacional de Referência de Infeções Parasitárias e Fúngicas, Departamento de Doenças Infecciosas, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

<sup>4</sup> Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

<sup>5</sup> Unidade de Investigação de Dermatologia, IMM João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

<sup>6</sup> Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa

Apresentamos o caso de um homem de 50 anos e uma mulher de 57 anos, fototipo III de Fitzpatrick, sem comorbilidades, que recorreram à consulta de Dermatologia por placas ulceradas nos membros inferiores com 3 meses de evolução, que tinham tido início 3 semanas após regressarem de férias na Costa Rica. Os doentes mencionavam caminhadas na selva durante as férias, com inúmeras picadas de inseto durante esse período. Os doentes negavam febre, perda ponderal, sudorese noturna ou dor abdominal. No exame físico, observavam-se placas eritematovioláceas com bordos elevados e bem delimitados nos membros inferiores, que se encontravam ulceradas e tinham centro necrótico. O primeiro doente tinha 3 placas na coxa e perna esquerdas e 3 placas coalescentes na perna direita. A segunda doente tinha uma lesão única na coxa direita. Não se observavam adenopatias ou hepatoesplenomegália. Consideraram-se como hipóteses diagnósticas leishmaniose cutânea, infecção por micobactérias atípicas e micose subcutânea. A avaliação analítica e a ecografia abdominal não revelaram alterações. A biópsia cutânea demonstrou ulceração extensa da epiderme e granulomas com necrose caseosa em toda a espessura da derme. Não se observaram amastigotas. Os exames microbiológicos identificaram *Leishmania subspécie Viannia* e foram negativos para micobactérias e fungos. Estabeleceu-se o diagnóstico de Leishmaniose cutânea. Devido à maior gravidade clínica e indisponibilidade dos antimonialis, o primeiro doente foi tratado com anfotericina B lipossómica. A segunda doente foi submetida a excisão cirúrgica da lesão única, bem como fluconazol *per os*. Verificou-se resolução completa da doença em ambos os doentes.

As dermatoses dos viajantes para países tropicais englobam um vasto espectro de etiologias e o seu diagnóstico é frequentemente desafiante. Este caso ilustra que a leishmaniose cutânea, em todas as suas diferentes formas clínicas e apresentações variáveis, é uma infecção parasitária que deve ser equacionada em viajantes que regressam de países endémicos com queixas dermatológicas.

## INFLAMATÓRIA

**CC11 - Tratamento com dupilumab em doentes com dermatite atópica com transplante de córnea**Egídio Freitas<sup>1</sup>, M. Nogueira<sup>1</sup>, I. Raposo<sup>1</sup><sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário do Santo António, Porto, Portugal

O Dupilumab, anticorpo monoclonal, inibe a sinalização das interleucinas 4 e 13. Actualmente, está aprovado para o tratamento da dermatite atópica (DA) moderada a grave em idades superiores a 6 meses. Embora seja um tratamento eficaz e de elevado perfil de segurança, está associado a efeitos adversos oculares, nomeadamente conjuntivite, queratite e secura ocular. A evidência na literatura sobre o uso de dupilumab em pacientes com transplante de córnea (TC) é escassa. Descrevemos dois doentes submetidos a TC prévio tratados com sucesso com dupilumab e sem efeitos adversos oftalmológicos.

Homem de 36 anos, com asma e DA grave desde a infância, com vários episódios de eritrodermia, tratado previamente com corticoides tópicos e orais, fototerapia e ciclosporina. Foi submetido a TC no olho esquerdo em 2016 por úlcera de córnea traumática e cirurgia às cataratas no olho direito em 2017. Por falência aos tratamentos prévios e após discussão com oftalmologia optou-se por iniciar dupilumab em 05/2021. Doente obteve uma boa resposta clínica (EASI90), sem eventos adversos, nomeadamente oculares (follow-up 120 semanas).

Homem de 39 anos, com DA desde infância, também com vários episódios de eritrodermia e já tratado anteriormente com corticoides tópicos e orais, fototerapia, metotrexato e ciclosporina. Foi submetido a TC total por queratocone no olho direito em 2013 e olho esquerdo em 08/2020. Igualmente por falência primária e/ou secundária aos tratamentos anteriores decidiu-se iniciar dupilumab em 01/2023. Doente obteve um EASI90 logo à semana 8, que manteve ao longo do follow up (40 semanas). Sem eventos oculares de relevo relatados.

Tal como observado nestes dois casos, a existência de um TC prévio não deve ser fator de exclusão para o uso de uma terapêutica eficaz e segura como o dupilumab na DA. A avaliação do risco benefício deverá ser individualizada e sempre em estreita colaboração com a oftalmologia.

**CC12 - Pitiríase Rubra Pilar refratária com resposta a Guselcumab - relato de caso**João Teixeira<sup>1</sup>, A. Matos<sup>1</sup>, A. Aparício-Martins<sup>1</sup>, J. Calvão<sup>1</sup>, H. Oliveira<sup>1</sup><sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

A Pitiríase Rubra Pilar (PRP) é uma dermatose inflamatória rara de apresentação clínica variável cuja fisiopatologia não está inteiramente esclarecida. Coloca frequentemente desafios do ponto de vista diagnóstico e terapêutico, particularmente em casos refratários, e devido às limitadas opções terapêuticas sistémicas eficazes. Tanto o ustecinumab, um inibidor da interleucina (IL)-12 e IL-23, como o guselcumab, um inibidor da IL-23p19, que inibem o eixo Th-17, são opções terapêuticas bem estabelecidas na psoríase moderada a grave. No entanto, tem surgido evidência crescente da eficácia e segurança dos inibidores da via IL-17/IL-23 na PRP.

Descrevemos uma mulher caucasiana de 73 anos com antecedentes PRP recalcitrante com 20 anos de evolução. Várias opções terapêuticas, incluindo metotrexato oral, acitretina, corticoides tópicos e sistémicos, fototerapia, azatioprina e ciclosporina, foram implementadas ao longo do tempo, ocasionalmente em combinação, com eficácia limitada e efeitos adversos associados. Dada a natureza desafiante da doença e impacto significativo na qualidade de vida, foi iniciado adalimumab, mas sem resposta adequada. Progrediu-se para ustecinumab, na dose aprovada para psoríase de 45 mg subcutâneos (sc) a cada 12 semanas, que conduziu a melhoria parcial, contudo, com falência secundária aos 18 meses de tratamento. Neste ponto, foi iniciado guselcumab na dose aprovada para psoríase de 100 mg sc a cada 8 semanas com melhoria lenta desde a primeira administração, seguida de

resposta progressiva mas favorável das lesões cutâneas, principalmente no tronco e membros, com resposta quase completa após 9 meses de tratamento. À data, a doente está a completar 2 anos de terapêutica com excelente resposta clínica e melhoria significativa na qualidade de vida, sem eventos adversos reportados.

O presente caso destaca a gestão desafiante da PRP e fornece evidência clínica crescente para o papel dos inibidores da IL-23 no tratamento desta doença.

**CC13 - Risankizumab em doentes com psoríase e VIH**Egídio Freitas<sup>1</sup>, M. Caetano<sup>1,2</sup>, T. Torres<sup>1,2</sup><sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário do Santo António<sup>2</sup>Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

A psoríase em doentes com infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) é caracterizada por uma maior gravidade da doença, exacerbações frequentes, apresentações atípicas e resistência ao tratamento. Em doentes com HIV e psoríase grave a principal preocupação é a segurança das terapêuticas imunossupressoras e imunomoduladoras. Os doentes com HIV foram excluídos dos ensaios clínicos controlados pelo que é desconhecido o perfil de eficácia e segurança das terapêuticas biológica. Relatamos dois doentes com VIH e psoríase tratados eficazmente e com segurança com risankizumab.

Mulher de 34 anos, com antecedentes pessoais (AP) de VIH e baixa adesão à terapêutica antiretroviral, com 12 CD4+/μL e carga viral de 1230 cópias/ml e psoríase em placas grave desde a infância. Recorre à consulta por agravamento da psoríase com BSA e PASI>20. Nega atingimento articular. Perante o contexto clínico optou-se por iniciar risankizumab, tendo atingido resposta PASI100 logo à semana 4 e sem eventos adversos de relevo (follow-up 168 semanas).

Homem de 35 anos, com AP de VIH (carga viral indetectável e 512 CD4+/μL) e psoríase crónica em placas desde 2002, recorre à consulta de Dermatovenerologia por agravamento do quadro psoriático, com BSA e PASI>20, sem resposta a tópicos e acitretina 25mg/dia. Nega atingimento articular. Decidiu-se iniciar risankizumab, tendo atingido resposta PASI100 logo à semana 8 e sem eventos adversos de relevo (follow-up 56 semanas).

Estão reportados alguns casos de pacientes psoriáticos HIV positivos tratados com terapêutica biológica incluindo risankizumab. Não parece existir um aumento do risco de infeções nem agravamento do HIV. Apesar dos dados serem limitados, os inibidores da IL-23 parecem ser uma opção eficaz e segura em pacientes com psoríase e HIV concomitante.

## MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA SISTÉMICA

**CC14 - Edema facial unilateral: a chave para o diagnóstico de linfoma B difuso de grandes células**Sofia Antunes-Duarte<sup>1</sup>, D. Mancha<sup>1</sup>, C. Brazão<sup>1</sup>, L. Sun<sup>1</sup>, R. Costa<sup>2</sup>, R. Marques<sup>2</sup>, J.C. Romeu<sup>2</sup>, T. Santos<sup>3</sup>, P. de Vasconcelos<sup>1</sup>, L. Soares-de-Almeida<sup>1,4</sup>, P. Filipe<sup>1,4</sup><sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal.<sup>2</sup>Serviço de Reumatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal.<sup>3</sup>Serviço de Medicina Interna, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal.<sup>4</sup>Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

A dermatomiosite (DM) é uma miopatia inflamatória idiopática que ocorre em associação a uma neoplasia em até 20% dos adultos afetados. Os anticorpos específicos para miosite têm demonstrado definir fenótipos distintos, no que diz respeito às manifestações cutâneas, envolvimento sistémico e risco de neoplasia.

Apresentamos um homem de 60 anos que recorreu ao Serviço de Urgência por edema periorbitário direito com agravamento progressivo nos últimos dois meses, previamente diagnosticado como celulite, rosácea e chalázio. Negava traumatismo local prévio ou sintomatologia sistémica acompanhante.

Ao exame objetivo observava-se edema eritematoso da hemiface direita mais pronunciado na região periorbitária e máculas eritematosas na face. Não se palpavam adenopatias e a força muscular estava mantida. As biópsias cutâneas mostraram atrofia epidérmica, degenerescência hidrópica da camada basal, espessamento da membrana basal e infiltrado linfocítico dérmico, perifolicular e periécrino. A avaliação analítica estava normal, à exceção de ANAs positivos (1:160). O perfil de anticorpos específicos para miosite foi positivo para anti-TIF1 $\gamma$ , confirmando o diagnóstico de DM. No rastreio de neoplasias, detetaram-se numerosos nódulos hepáticos, lesões líticas e espessamento da parede esofágica, cuja biópsia mostrou tratar-se de um linfoma difuso de grandes células B.

Nas duas semanas seguintes, o estado clínico do doente deteriorou-se, com surgimento de febre, suores noturnos, perda ponderal e outras manifestações cutâneas de DM: sinal de Gottron, sinal do V e sinal do xaile. Analiticamente com elevação das enzimas musculares, parâmetros inflamatórios e LDH. O doente foi submetido a seis ciclos de quimioterapia com R-CHOP, com uma resposta favorável da doença hematológica e resolução da dermatose.

Este caso realça a importância de reconhecer o eritema heliotropo unilateral como uma potencial manifestação de DM e, eventualmente, única. Tendo em conta a forte associação entre a presença de anticorpos anti-TIF1 $\gamma$  e o risco de malignidade, deve ser realizado um rastreio exaustivo de neoplasias nesses doentes.

## CC15 - Tiosulfato de sódio intralesional no tratamento da calcifilaxia

**Bárbara Vieira Granja<sup>1,2</sup>, P. Matos<sup>1</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>, T. Baudrier<sup>1</sup>, A. Mota<sup>1,3,4</sup>**

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto

<sup>2</sup> Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

<sup>3</sup> Departamento de Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

<sup>4</sup> RISE@ CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Introdução:** A calcifilaxia é uma vasculopatia trombótica calcificante rara, responsável por isquemia dos tecidos com úlceras dolorosas e de cicatrização lenta. Apresenta uma morbidade elevada e abordagem difícil. O tiosulfato de sódio intravenoso (TSIV) tem demonstrado resultados favoráveis e é atualmente o tratamento médico de primeira linha para calcifilaxia, em regime off-label. Contudo, o uso do TSIV pode ser limitado pelos seus efeitos adversos.

**Caso Clínico:** Mulher de 56 anos, com antecedentes pessoais de doença renal crónica estadio V em hemodiálise desde 2008, hipertensão, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, obesidade e hipotireoidismo, foi referenciada para a consulta de dermatologia por úlceras dolorosas em ambas as pernas, com 6 meses de evolução. Apresentava níveis séricos elevados de creatinina, fósforo e paratormona (PTH), 7,07 mg/dL (N: 0,51-0,95 mg/dL), 5,6 mg/dL (N: 2,7-4,5 mg/dL), 275,5 pg/ mL (N: 10,0-65,0 pg/mL), respectivamente. Os níveis de cálcio estavam dentro dos limites da normalidade, com diminuição do colecalciferol. Ao exame objetivo apresentava úlceras com bordos irregulares nas pernas direita e esquerda com áreas de hipergranulação e focos de púrpura. O exame histológico revelou calcificação de adipócitos e vasos de pequeno calibre com vasculopatia trombótica não inflamatória nos lóbulos do tecido adiposo e septos interlobulares. Foi feito o diagnóstico de calcifilaxia urémica e iniciou TSIV, durante a diálise, três vezes por semana. Três meses após o início do TSIV objetivou-se melhoria acentuada, contudo, mantinha náuseas e vômitos com pouca resposta aos antieméticos. Foi necessário suspender TSIV, com consequente agravamento das úlceras e da dor (10, pela escala visual analógica). Decidimos iniciar tiosulfato de sódio intralesional (TSIL), segundo o seguinte protocolo: 1 a 3 mL de TSIL em cada úlcera, uma ou duas vezes por semana, de acordo com a resposta clínica. No início do estudo, mantinha uma úlcera circunferencial de 1 x 1 cm na porção inferior da perna esquerda e outra de 3 x 2,1 cm com bordos irregulares e

focos de púrpura no terço superior da perna esquerda. Após 3 semanas de tratamento (4 injeções), a doente referiu uma rápida diminuição da dor (2, pela escala visual analógica). Durante os 2 meses seguintes, foram feitas 8 injeções adicionais de TSIL e as úlceras melhoraram rapidamente com reepitelização quase completa. As administrações foram bem toleradas, reportando apenas dor local transitória durante a injeção.

**Discussão:** O tiosulfato de sódio tem um efeito antioxidante e vasodilatador que previne a calcificação dos vasos sanguíneos. Foram demonstrados bons resultados do TSIV no tratamento da calcifilaxia, contudo, as náuseas e vômitos podem ser limitantes. O TSIL é uma alternativa potencialmente eficaz na doença cutânea localizada e perante intolerância à administração sistémica. Contudo, dada a escassez de estudos, são necessários ensaios controlados para melhor definir o protocolo de tratamento.

## CC16 - Paniculite como achado cutâneo predominante em doente com dermatomiosite

**Joana Alves Barbosa<sup>1</sup>, M. Coelho<sup>1</sup>, A. João<sup>1</sup>, C. Fernandes<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

A paniculite como manifestação cutânea de dermatomiosite é um achado raro, com escassos casos reportados na literatura médica.

Apresenta-se o caso de uma doente do sexo feminino, 58 anos, natural e residente na Ilha Santa Maria, Açores, que recorre à consulta de Dermatologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central por quadro clínico com 1 ano e 6 meses de evolução, caracterizado pelo aparecimento de lesões cutâneas pruriginosas, eritematosas a eritemato-violáceas, infiltradas, firmes, localizadas na superfície extensora de ambos os braços, coxas e nádegas, com posterior disseminação ao restante tegumento. Concomitantemente, refere um quadro de astenia, anorexia e dificuldade na realização das atividades da vida diária por falta de força e dor muscular. À nossa observação, particularmente na região dos flancos, nádegas, superfície extensora dos braços e coxas, apresentava placas rosadas, eritematosas e eritematovioláceas, grosseiramente anulares, com bordo eritematoso ativo e centro acastanhado/violáceo, de contornos regulares, superfície lisa e consistência endurecida, de tamanho variável entre 3 e 40 cm. A força muscular estava marcadamente diminuída nos músculos extensores proximais superiores e inferiores. Analiticamente, destacava-se um aumento significativo das enzimas musculares, creatinina-cinase (CK) e mioglobina, com valores de 3024 U/L [valor referência <170U/L] e 490 ng/mL [valor referência 22-58ng/mL], respetivamente. O painel analítico de autoimunidade revelou positividade para o anticorpo anti-Mi2a (++) . Foi realizada uma biópsia cutânea de placa endurecida do braço, tendo o exame histopatológico evidenciado achados de dermite de interface e um infiltrado linfoplasmocitário na hipoderme com necrose e hialinização extensa dos lóbulos. A conjugação dos achados clínicos, analíticos e histopatológicos culminaram no diagnóstico de dermatomiosite com extensas áreas de paniculite. O TAC cervico-toraco-abdomino-pélico não evidenciou sinais categóricos atribuíveis a natureza neoproliferativa. Foi medicada com prednisolona 1mg/kg/dia, hidroxiquina 400mg/dia, metotrexato 15mg/semana, propionato de betametasona 0,5 mg/g creme e instituídas medidas de fotoproteção, com melhoria significativa aos 3 meses de seguimento.

## CC17 - Linfoma extranodal de células T/NK (do tipo nasal) apresentando-se como úlceras cutâneas multifocais

**Joana Resende Xará<sup>1</sup>, A.L. Matos<sup>1</sup>, F. Martins<sup>1</sup>, D. Flor<sup>1</sup>, C. Afonso<sup>2</sup>, J.C. Cardoso<sup>1</sup>, J. Calvão<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

<sup>2</sup> Serviço de Hematologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução:** O linfoma extranodal de células T/NK (do tipo nasal) é um subtipo raro de linfoma de células T associado à infeção pelo vírus Epstein-Barr (EBV) e particularmente prevalente na Ásia e América Central. A pele é



o segundo local de envolvimento mais comum, em 10% dos casos, depois da cavidade nasal e nasofaringe. O diagnóstico pode ser desafiador pela sua raridade e apresentação cutânea variável, podendo mimetizar dermatoses inflamatórias.

Caso clínico: Homem caucasiano, 82 anos, com quadro de úlceras cutâneas indolores e astenia com 1 mês de evolução. Ao exame objetivo apresentava lesões ulceradas na perna esquerda e antebraços, superficiais, de bordos mal definidos, não precedidas por placas ou nódulos. Clinicamente foi colocada a hipótese de pioderma gangrenoso, mas a aparência atípica do quadro motivou a realização precoce de biópsia incisional. O estudo anatomopatológico revelou um infiltrado linfóide atípico na derme com disposição concêntrica em torno de alguns adipócitos na hipoderme, positividade difusa para EBER (EBV-encodado RNA) e marcadores citotóxicos, sugerindo o diagnóstico de Linfoma de células T/NK. O doseamento da carga viral de Epstein-Barr foi de 1730 UI/mL. A avaliação por otorrinolaringologia excluiu envolvimento nasal/nasofaríngeo. A tomografia computadorizada foi negativa e a tomografia por emissão de positrões mostrou captação óssea difusa e heterogênea de FDG com biópsia e aspiração de medula óssea negativas. Perante estes achados, o diagnóstico de linfoma cutâneo primário células T/NK do tipo nasal com localização extra-nasal foi estabelecido e, após discussão com a Hematologia, foi iniciado tratamento com poliquimioterapia.

Discussão: Este caso ilustra o alto grau de suspeita clínica necessário para o diagnóstico destes raros linfomas cutâneos primários. A sua apresentação polimórfica, por vezes desprovida de placas violáceas mais típicas e nódulos que posteriormente ulceram, a apresentação extra-nasal e o facto destes linfomas serem raros no Ocidente tornam o diagnóstico extremamente desafiador.

## CC18 - Foliculite eosinofílica após transplante autólogo de medula óssea em doente com mieloma múltiplo

Méllisa M. de Carvalho<sup>1</sup>, I. Viana<sup>1</sup>, M. M. Valejo Coelho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Egas Moniz – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

A foliculite eosinofílica (FE) é uma entidade histopatológica que corresponde a um conjunto heterogêneo de doenças. A FE associada à imunossupressão foi inicialmente descrita em doentes infetados pelo vírus da imunodeficiência humana. Em 1993, foi reconhecida a sua associação a neoplasias hematológicas e, mais recentemente, tem sido descrita a sua ocorrência após transplante hematológico em doentes hemato-oncológicos, existindo 21 casos publicados.

Um doente de 59 anos com mieloma múltiplo foi submetido a transplante autólogo de medula óssea. Seis dias após o transplante, iniciou quadro de neutropenia febril, com melhoria clínico-laboratorial após antibioterapia empírica com meropenem e vancomicina. Dezassete dias após o transplante, desenvolveu quadro de dermatose maculopapular pruriginosa disseminada. Foi observado em consulta de Dermatologia semanas depois, por persistência e agravamento das queixas dermatológicas. À observação, apresentava dermatose bilateral, simétrica, monomórfica, afetando a cabeça, pescoço e tronco superior, constituída por pápulas da cor da pele de 3-4mm, lisas e brilhantes. Laboratorialmente, destacava-se eosinofilia relativa (8.1%). Foram realizadas biópsias cutâneas, cujo exame histopatológico revelou espongiose e infiltração dos folículos pilosos por abundantes eosinófilos e alguns neutrófilos, achados sugestivos de foliculite eosinofílica. Iniciou terapêutica com isotretinoína oral 10mg 3 vezes/semana e aplicação bidária de tacrolimus tópico, com resolução completa das lesões cutâneas após 3 meses de tratamento.

O diagnóstico de manifestações dermatológicas em doentes transplantados constitui um verdadeiro desafio. Estes doentes estão sobretudo em maior risco de desenvolver infeções, nomeadamente por agentes oportunistas, e reações adversas a medicamentos. As hipóteses de infiltração cutânea tumoral e de doença do enxerto contra o hospedeiro devem ser também consideradas. O caso clínico descrito representa uma associação clínica rara e recentemente identificada, que deve ser considerada no diagnóstico diferencial em doentes imunodeprimidos após transplante hematológico apresentando dermatose de novo.

## CC19 - *The devil is in the details* - um caso de leucemia cutis em doente internado por celulite

Inês Pereira Amaral<sup>1</sup>, I. Soares<sup>1</sup>, M. Pupo Correia<sup>1</sup>, P. de Vasconcelos<sup>1</sup>, L. Soares de Almeida<sup>1,2</sup>, P. Filipe<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal;

<sup>2</sup>Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

A leucemia cutis é uma manifestação cutânea extramedular de leucemia, caracterizada pela infiltração de células neoplásicas na pele, resultando em lesões clinicamente identificáveis. Devido à sua baixa incidência, a leucemia mielomonocítica crónica (LMMC) tem sido raramente associada ao envolvimento cutâneo. Reportamos o caso de um doente internado no contexto de uma celulite cuja observação e estudo etiológico permitiu o diagnóstico de uma LMMC com infiltração cutânea.

Um doente de 71 anos, do sexo masculino, fototipo III de Fitzpatrick, recorreu ao Serviço de Urgência pelo surgimento de sinais inflamatórios do braço esquerdo, compatível com celulite. Além disso, apresentava uma dermatose pruriginosa desde há 1 ano, caracterizada por placas eritematodescamativas e nódulos nas coxas, dorso e membros superiores. Estava medicado com corticoterapia tópica e antihistamínicos, sem melhoria. Analiticamente apresentava uma anemia normocítica normocrómica, monocitose persistente e mielémia. As biópsias cutâneas revelaram um infiltrado linfocitário nodular denso perivascular e perianexial na derme superficial e profunda, constituído predominantemente por células T (CD3, CD4 e CD43), numerosas células positivas para CD8, CD68 e CD123, com índice proliferativo muito alto. Estes achados eram compatíveis com infiltração cutânea por LMMC. O mielograma e a biópsia osteomedular confirmaram o diagnóstico de LMMC. O doente iniciou terapêutica com azacitidina, com resolução completa das lesões em 10 dias.

A LMMC é uma neoplasia rara das células estaminais hematopoiéticas, mais comum em doentes entre os 65-75 anos de idade, caracterizada por monocitose, citopénias e blastos. A leucemia cutis neste contexto é rara, sendo um fator de mau prognóstico, indicando possível progressão para leucemia mielóide aguda. A instituição de terapêutica precocemente é imperativa. Este caso destaca a importância da Dermatologia no diagnóstico de manifestações cutâneas de doenças sistémicas, contribuindo para um melhor prognóstico dos doentes.

## CC20 - Calcifilaxia refratária e os desafios terapêuticos

Inês Pereira Amaral<sup>1</sup>, C. Correia<sup>1</sup>, I. Soares<sup>1</sup>, M. Pupo Correia<sup>1</sup>, P. de Vasconcelos<sup>1</sup>, L. Soares de Almeida<sup>1,2</sup>, P. Filipe<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal;

<sup>2</sup>Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

A calcifilaxia, ou arteriopatía calcificante urémica, é uma doença multifatorial, rara e grave, que se manifesta por isquémia e necrose cutânea, geralmente associada à doença renal crónica terminal. Apesar dos avanços no entendimento dos fatores de risco e da etiopatogenia, permanece mal compreendida e com elevadas taxas de morbimortalidade. O tratamento é desafiante devido à ausência de diretrizes clínicas, muitas vezes fundamentado em relatos de casos.

Reportamos o caso de uma mulher de 75 anos, que recorreu ao Serviço de Urgência pelo surgimento de múltiplos nódulos subcutâneos eritematosos, dolorosos, com placas de necrose, que evoluíram para úlceras em ambas as coxas com 3 meses de evolução. Com história de insuficiência cardíaca, doença renal crónica KDIGO 4 em doente com rim único, e obesidade. A biópsia revelou depósitos de cálcio na parede dos vasos de pequeno e médio calibre na junção dermohipodérmica, confirmando o diagnóstico de calcifilaxia. Apesar de uma abordagem terapêutica multidisciplinar com cincalcet, sevelâmero, tiossulfato de sódio endovenoso, oxigenoterapia hiperbárica, pentoxifilina, analgesia com opióides, desbridamento químico



das lesões e hemodiálise, a doente não apresentou melhoria clínica e faleceu devido a sépsis com ponto de partida em infecção das úlceras.

Este caso ilustra os desafios no tratamento da calcifilaxia refratária, uma patologia notavelmente complexa e de difícil abordagem, enfatizando a necessidade de diretrizes robustas. Esta patologia está associada a uma elevada morbidade e até 80% de mortalidade em 12 meses, frequentemente devido a complicações infecciosas. A colaboração entre especialistas de diversas áreas é essencial para melhorar a qualidade de vida e o desfecho destes doentes.

## CC21 - Doença de Erdheim-Chester – a pele como fator-chave para o diagnóstico

Ana Maria Lé<sup>1</sup>, D Bernardo<sup>1</sup>, M Nogueira<sup>1</sup>, A Coelho<sup>2</sup>, R Coutinho<sup>3</sup>, A Azevedo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal

<sup>2</sup> Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal

<sup>3</sup> Serviço de Hematologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal

A doença de Erdheim-Chester é uma neoplasia multissistémica rara, com menos de 1000 casos descritos na literatura, pertencente às histiocitoses não-Langerhans. Associa-se frequentemente a uma mutação somática do BRAF(V600E), mas outras mutações das vias MAPK-ERK e PI3K-AKT foram reportadas. A apresentação clínica inicial engloba frequentemente dor óssea, alterações neurológicas, diabetes insípida e sintomas constitucionais. A pele é afetada em menos de 30% dos casos, sendo a primeira manifestação tipicamente os xantelasmas. Apresentamos o caso de uma doente do sexo feminino, 47 anos, seguida por uma leucemia mielomonocítica crónica, com citopenias e monocitose estáveis, em vigilância há 1 ano. É observada pela Dermatologia por pápulas e placas amareladas rugosas assintomáticas, com crescimento indolente ao longo de 10 anos, distribuídas pela região periorbitária, e confluentes em grandes placas no tronco. Nos braços, apresentava nódulos subcutâneos duros, assintomáticos, com semanas a meses de evolução. Sem outra sintomatologia associada. Realizada biópsia cutânea do braço, revelando um infiltrado de histiócitos de citoplasma xantomizado, com células gigantes multinucleadas, algumas de tipo Touton (morfologia xantogranulomatosa); uma amostra do tórax revelou infiltrados de macrófagos xantomatosos associado a infiltrado inflamatório linfóide, com imunohistoquímica CD68+/S100-. Foi detetada no tecido uma mutação ao nível do KRAS p.G12A (c.35G>C). Pela suspeita de doença de Erdheim-Chester, realizou PET a evidenciar intensa captação difusa a envolver o esqueleto axilar e apendicular proximal, bem como ao nível do baço, com dimensões aumentadas. As características clínicas, imagiológicas e histológicas são compatíveis com o diagnóstico da doença de Erdheim-Chester. O estadiamento incluiu RM cerebral, sem alterações, e RM cardíaca por queixas de fadiga extrema que se vinham a instalar ao longo do estudo, sem evidência de envolvimento da doença. Este caso ilustra uma apresentação atípica de uma doença rara, em que as manifestações cutâneas permitiram o diagnóstico e orientação de uma doença sistémica com atingimento multiorgânico extenso.

## CC22 - Uma entidade hematológica rara com apresentação cutânea comum: a propósito de um caso clínico

Joana Vieitez Frade<sup>1</sup>, A. Mata<sup>2</sup>, D. Mancha<sup>1</sup>, J. Vasconcelos<sup>1</sup>, L. Soares-de-Almeida<sup>1,3,4</sup>, P. Filipe<sup>1,3,4</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa.

<sup>2</sup> Serviço de Hematologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa.

<sup>3</sup> Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa.

<sup>4</sup> Unidade de Investigação em Dermatologia, IMM João Lobo Antunes, Universidade de Lisboa, Lisboa.

A neoplasia de células blásticas dendríticas plasmocitóides (NCBDP) é uma entidade rara, com uma incidência estimada de 0,44:100.000 indivíduos, que

se caracteriza por uma proliferação maligna de células dendríticas plasmocitóides, cuja etiologia permanece desconhecida.

Destacamos o caso de um doente do sexo masculino, 78 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, que recorreu ao serviço de urgência por uma dermatose polimorfa, disseminada, grosseiramente simétrica, caracterizada por incontáveis manchas, placas e 3 nódulos violáceos no tronco, membros superiores e face com 2 meses de evolução. Negou dor cutânea, prurido ou sintomas sistémicos associados. Foram colocadas as hipóteses diagnósticas de linfoma cutâneo primário ou leucemia cútis, pelo que se realizaram biópsias cutâneas que revelaram uma infiltração nodular densa e difusa por células linfóides com morfologia blastóide, com distribuição perivascular, perianaxial e intersticial na derme, coberta por epiderme sem alterações. O estudo imunohistoquímico foi positivo de forma intensa e difusa para CD4, CD56, CD123 e CD43, com índice proliferativo alto, tendo sido negativo para CD3, CD20, CD8, CD30, CD68 e mieloperoxidase. A avaliação analítica, a tomografia computadorizada tóraco-abdómino-pélvica e biópsia osteomedular não revelaram alterações. Tendo em conta estas alterações, assumiu-se o diagnóstico de NCBDP com atingimento exclusivamente cutâneo, tendo iniciado seguimento conjunto com a hematologia. O doente cumpriu 5 ciclos de azacitadina, com falência terapêutica, seguidos de um ciclo de tagraxofus.

As manifestações cutâneas são frequentes na NCBDP, afetando cerca de 90% dos doentes e, comumente, constituindo a sua apresentação inicial. A biópsia cutânea, com ênfase no perfil imuno-histoquímico, é essencial para o diagnóstico diferencial com outras condições dermatológicas e hematológicas. O reconhecimento desta entidade por dermatologistas é fundamental para promover o diagnóstico precoce e o tratamento multidisciplinar adequado, com o objetivo de melhorar o prognóstico e a sobrevida dos doentes afetados, dado o caráter rapidamente progressivo e potencialmente fatal desta doença.

## CC23 - Nódulos subcutâneos violáceos como apresentação de uma doença infoproliferativa rara

Francisco Martins<sup>1</sup>, A. L. Matos<sup>1</sup>, J. Xará<sup>1</sup>, J. Magalhães<sup>2</sup>, G. Fontinha<sup>3</sup>, M. M. Brites<sup>1</sup>, J. C. Cardoso<sup>1</sup>, J. Calvão<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

<sup>2</sup> Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

<sup>3</sup> Serviço de Medicina Legal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Uma doente de 84 anos, sem antecedentes patológicos de relevo, recorreu ao Serviço de Urgência por síndrome febril com 4 semanas de evolução, associado ao surgimento concomitante de lesões subcutâneas indolores na face, tórax e região proximal dos membros superiores. Referia astenia, mas negava outras queixas sistémicas.

Ao exame físico, a doente encontrava-se febril e desorientada. Eram objetiváveis lesões nodulares violáceas monomórficas, de consistência duro-elástica, que se distribuíam pela face, região cervico-torácica, e zona proximal dos membros superiores.

Analicamente destacava-se a elevação da desidrogenase láctica e da proteína C reativa, e realizaram-se biópsias cutâneas para diagnóstico. Foi proposto internamento, que evoluiu desfavoravelmente com quadro de hipoglicemia sustentada associado a acidose láctica grave que culminou com a morte da doente ao quinto dia de permanência hospitalar. O resultado do exame histológico revelou infiltração cutânea e subcutânea por linfoma B difuso de grandes células (LBDGC), Bcl-2 (+) e MUM1 (-). Por opção da família, foi realizado exame necrópsico, que evidenciou apenas as lesões cutâneas descritas e a presença ocasional de células tumorais intravasculares, não havendo formação de massas nos restantes sistemas.

O diagnóstico diferencial, neste caso particular, inclui o LBDGC do tipo perna e o LBDGC intravascular. A predominância do componente cutâneo em relação ao intravascular, a distribuição das lesões pelo hemicorpo superior e a negatividade para o MUM1, afastam estes diagnósticos. Quando o tumor não se enquadra numa categoria diagnóstica específica e estabelecida, é classificado como LBDGC de subtipo não especificado (NOS). Este é um grupo heterogéneo e determinado por exclusão. Pela sua extrema raridade, a natureza, tratamento e prognóstico dos LBDGC de subtipo não especificado continua a ser alvo de intenso debate na literatura. Neste caso, o curso

fulminante com hipoglicemia e acidose láctica pode apontar para a presença de efeito de Warburg e de um fenótipo agressivo de doença.

## CC24 - Pênfigo paraneoplásico e carcinoma hepatocelular – uma associação rara”

José Alberto Ramos<sup>1</sup>, A. M. Silva<sup>1</sup>, A. Roda<sup>1</sup>, J. Alves<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia, Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

Trata-se de um homem, de 81 anos, com carcinoma hepatocelular recém-diagnosticado na sequência da investigação de mucosite oral associada a perda ponderal significativa (36%) com 6 meses de evolução. Neste contexto e, para além da história de mucosite oral refratária a múltiplas terapêuticas, foi referenciado à consulta de Dermatologia por dermatose do tronco e membros com 1 mês de evolução. À observação, tinha erosões na mucosa oral recobertas por crosta hemorrágica, pápulas e placas eritematoacastanhadas, descamativas, algumas delas erosionadas, localizadas no tronco e membros. Foi colocada a hipótese diagnóstica de doença bolhosa autoimune, designadamente pênfigo paraneoplásico. Foi submetido a biópsia cutânea, cujo exame histopatológico foi compatível com dermatose liquenóide. O doseamento de anticorpos anti-desmogleína 3 foi >200 UA/mL e a pesquisa do anticorpo anti-envoplaquina foi positiva (6.90, índice cut-off <1.00). Considerando os achados clínicos, histológicos e laboratoriais, foi estabelecido o diagnóstico de pênfigo paraneoplásico. A par do tratamento do carcinoma hepatocelular com sorafenib, foi medicado com prednisolona 60 mg/dia (1mg/Kg/dia), com redução progressiva da dose, com melhoria das lesões cutâneas. Contudo, por persistência das erosões da mucosa oral e agravamento de disfonia e odinofagia, reiniciou terapêutica com prednisolona 60 mg/dia e foi internado eletivamente para administração intravenosa de imunoglobulina humana, com melhoria clínica. O pênfigo paraneoplásico é uma doença bolhosa autoimune rara, potencialmente fatal, que geralmente se associa a neoplasias hematológicas. A presença de mucosite grave e refratária ao tratamento é típica. Apresentamos assim um caso raro de pênfigo paraneoplásico associado a neoplasia de órgão sólido, existindo apenas 3 casos publicados na literatura em associação ao carcinoma hepatocelular. Neste caso, destaca-se ainda a eficácia da imunoglobulina humana endovenosa como tratamento adjuvante à corticoterapia sistémica.

## CC25 - Eritema gyratum repens como manifestação inaugural de adenocarcinoma do cólon

Diana Bernardo<sup>1</sup>, J. Alvarenga<sup>1</sup>, M. Luz<sup>1</sup>, A.M. Lé<sup>1</sup>, G.C. Velho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Relatamos o caso clínico de uma mulher de 80 anos sem antecedentes patológicos de relevo. Recorreu ao serviço de urgência por quadro com uma semana de evolução caracterizado por placas e máculas eritematosas anulares, serpiginosas e circinadas com crescimento centrífugo e evolução para máculas purpúricas concêntricas, distribuídas predominantemente pelos membros inferiores, membros superiores e tronco. As lesões eram acompanhadas de sensação intensa de ardência, calor e prurido. Associadamente, história de anorexia e perda de peso com 4 meses de evolução, sem queixas focalizadoras. Analiticamente com anemia ferropénica, sem outras alterações de relevo. Assumido diagnóstico de eritema gyratum repens, posteriormente corroborado por biópsia cutânea. Ecografia mamária e mamografia com achados benignos. Realizou TC toracoabdominopélvica que mostrou espessamento heterogéneo do cego numa extensão de 5 centímetros, com prováveis adenopatias adjacentes na gordura pericólica, sem outros achados. A colonoscopia revelou neoplasia ao nível do cólon ascendente proximal a envolver 75% da circunferência luminal, cuja biópsia foi diagnóstica de adenocarcinoma, tendo sido orientada para Cirurgia Geral.

O eritema gyratum repens é uma dermatose paraneoplásica distintiva mas rara, com uma forte associação com neoplasias malignas, sobretudo do pulmão, esófago e mama. Apresentamos este caso raro de eritema gyratum repens a impulsionar o diagnóstico de adenocarcinoma do cólon, salientando a importância da Dermatologia no diagnóstico inaugural de doenças sistémicas.

## AUTOIMUNE

## CC26 - Desafios da prática clínica: um caso de Pênfigo Foliáceo disfarçado de Psoríase

Ivânia Soares<sup>1,2</sup>, I. Amaral<sup>1,2</sup>, M. Correia<sup>1,2</sup>, P. Filipe<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia, Centro Hospital Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

<sup>2</sup> Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Pênfigo foliáceo (PF) é uma dermatose autoimune rara cuja apresentação típica se caracteriza pela formação de bolha superficiais que evoluem para erosões descamativas distribuídas nas áreas seborreicas. O presente caso clínico ilustra a complexidade diagnóstica mediante a escassez de casos e a diversidade de manifestações clínicas. Um homem, de 43 anos, fototipo III, recorreu ao serviço de urgência (SU) por dermatose pruriginosa com 3 semanas de evolução que se caracterizava por placas eritematodescamativas, erosões e bolhas flácidas distribuídas no tronco, membros, face, couro cabeludo e barba. Nos 6 meses que antecederam esta apresentação, foi diagnosticado com psoríase vulgar e começou tratamento com metotrexato e calcipotriol/betametasona tópica. Por parca resposta, iniciou rizankizumab 3 meses antes da vinda ao SU. Após a 2ª administração do anti-IL23, referia alteração da dermatose com surgimento de bolhas e vesículas pruriginosas cuja ruptura condicionava erosões. O atingimento da superfície corporal era de 60% e o cálculo do PDAI totalizou 56 pontos. As biópsias realizadas demonstraram áreas de acantólise e disqueratose da camada granular e a IFD revelou depósitos intercelulares de IgG e C3. Finalmente o doseamento de auto-anticorpos por ELISA demonstrou positividade para anti-IgG-desmogleína 1 (>200.0 UA/mL) confirmando o diagnóstico de PF moderado-grave.

O doente iniciou terapêutica com prednisolona a 0.5mg/Kg/dia em esquema de redução e rituximab e 3 meses depois, constatou-se uma resolução clínica e resposta analítica com redução do valor do anticorpo desmogleína-1.

Este caso coloca em evidência o desafio diagnóstico dos casos atípicos de pênfigo e suscita questões sobre o possível papel dos biológicos na progressão da doença. Sabe-se que os fármacos são fatores desencadeantes e existem casos descritos na literatura de doenças bolhosas desencadeadas pelas terapêuticas imunomoduladoras biológicas. No caso dos pênfigos, os fármacos com grupos tiol, fenol e não-tiol/fenol (ex: biológicos) podem condicionar acantólise através de diferentes mecanismos e portanto mediante o agravamento da dermatose do nosso doente após o início da terapêutica com risankizumab, é plausível especular o eventual papel deste fármaco na progressão da doença.

## CIRURGIA DERMATOLÓGICA

## CC27 - Retalho bilobulado de Gavello com inclusão de enxerto condral na reconstrução do lóbulo auricular

Joana Resende Xará<sup>1</sup>, D. Flor<sup>1</sup>, M. Batista<sup>1</sup>, A. Pinho<sup>1</sup>, A.

Brinca<sup>1</sup>, R. Vieira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O lóbulo da orelha é uma estrutura anatómica com um papel estético significativo, cuja aparência e simetria são cruciais para a manutenção da harmonia facial. A sua correção cirúrgica representa um desafio pela dificuldade de obtenção de um resultado esteticamente satisfatório. A técnica de Gavello utiliza um retalho bilobulado com um pedículo de base anterior, localizado inferior e posteriormente ao defeito auricular. O retalho é levantado e dobrado sobre si próprio, no eixo horizontal, sendo a parte anterior e posterior do retalho utilizadas para formar a superfície posterior e anterior do novo lóbulo auricular, respetivamente. O limite superior do retalho é suturado ao defeito auricular e o encerramento da área dadora é realizado por sutura direta. No entanto,

a retração do novo lóbulo devida a contractura cicatricial costuma prejudicar o resultado.

Caso clínico: Mulher de 79 anos, submetida a alargamento de margens de lentigo maligno-melanoma do lóbulo auricular esquerdo. Para reconstrução total do lóbulo auricular, confeccionou-se um retalho de Gavello, na espessura do qual se incluiu um enxerto condral. Esta modificação técnica permitiu minimizar a retração cicatricial e levou a um resultado cosmético muito favorável.

Conclusão: A técnica Gavello utilizada na reconstrução de defeitos auriculares proporciona resultados estéticos satisfatórios e apresenta algumas vantagens relativamente a outras técnicas: permite reconstrução num único tempo cirúrgico, possui pedículo estreito, mas com vascularização confiável, e fornece pele com características semelhantes à área recetora. A associação de um enxerto condral parece evitar ou reduzir a retração cicatricial do neo-lóbulo, devido à cartilagem resistir à contratura tecidual.

## CC28 - Retalho em hélice para reconstrução de defeito cirúrgico do nariz

Duarte Flor,<sup>1</sup> J. Xará<sup>1</sup>, A. Figueiredo<sup>1</sup>, A. Pinho<sup>1</sup>, R. Vieira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Um retalho em hélice (*propeller flap*) é um retalho cutâneo nutrido por um único pedículo vascular subcutâneo numa das suas extremidades, que permite uma rotação de todo o retalho sobre esse eixo num ângulo que pode atingir 180 graus. É potencialmente utilizável em qualquer área do tegumento, mas é mais fiável na cabeça e pescoço. É tecnicamente simples, de rápida execução e leva geralmente a bons resultados cosméticos.

Apresentamos o caso de uma mulher de 84 anos sem antecedentes pessoais relevantes, encaminhada à consulta por uma placa queratósica de limites imprecisos ocupando a pirâmide e raiz nasal direita, com 2,5 cm de maior diâmetro com uma pápula central 7mm de diâmetro, com vários anos de evolução. Uma biópsia incisional revelou um carcinoma espinhocelular pouco diferenciado.

Foi realizada excisão radical da lesão que originou um defeito cirúrgico aproximadamente retangular, com 3 x 2 cm. Desenhou-se um retalho em hélice na região glabellar para reparar este defeito. O ponto *pivot* do retalho ficou localizado à região do canto interno do olho direito, nutrida por ramos colaterais das artérias supratrocLEAR, assegurando o aporte vascular e consequente viabilidade do retalho.

Nas reavaliações pós-operatórias subsequentes, a doente encontrava-se sem sinais clínicos de recidiva e com excelente resultado cosmético. O exame anátomo-patológico revelou margens livres.

Com este caso pretende-se reportar a utilidade deste retalho, ilustrando a sua adequação a defeitos de tamanho considerável.

## ONCOLOGIA

## CC29 - Perfusão isolada de membro como opção neoadjuvante em carcinoma espinocelular localmente avançado

Maria Cristina Fialho<sup>1</sup>, A. Ferreira<sup>1</sup>, J. Bártolo<sup>2</sup>, V. Farricha<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal

<sup>2</sup> Serviço de Cirurgia Geral, Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introdução: O Carcinoma Espinocelular (CEC) é a segunda neoplasia cutânea não-melanoma mais comum, resultando da proliferação de queratinócitos epidérmicos. A primeira linha no tratamento do CEC localizado é a cirurgia. Porém, em tumores localmente avançados, a excisão R0 pode ser impossível ou estar associada a importante morbilidade e mortalidade pelo tamanho da lesão e pela invasão de estruturas locais. A perfusão isolada de membro (PIM) é uma técnica utilizada no tratamento de múltiplos tumores cutâneos em estadios avançados. Nos CEC é atualmente contemplada como opção de

tratamento com intuito poupador de membro para metástases em trânsito irremediáveis. Com este caso clínico, pretendemos demonstrar a utilidade da PIM como terapêutica neoadjuvante no tratamento de CEC localmente avançados dos membros.

Caso clínico: Apresentamos o caso clínico de um homem de 56 anos com uma lesão exofítica com cerca de 6 cm da região plantar do pé esquerdo, histologicamente caracterizada como carcinoma espinhocelular híbrido (verrucozo e convencional), sem evidência de metastização locoregional ou à distância. A proposta cirúrgica inicial seria amputação do antepé esquerdo. Com o objetivo de reduzir a carga tumoral para posterior intervenção cirúrgica poupadora de membro, foi inicialmente submetido a uma PIM inferior esquerdo por abordagem ilíaca externa esquerda, com Melfalan e *Tumor Necrosis Factor-alfa* (TNF- $\alpha$ ). Após cerca de 8 semanas verificou-se uma resposta significativa, objetivando-se uma lesão residual com cerca de 3 cm (redução de aproximadamente 50% do tamanho inicial do tumor). Nesta altura, foi proposto para excisão de lesão residual e encerramento com enxerto, realizada em setembro de 2023.

Discussão: A PIM é uma técnica cirúrgica com possível relevância na abordagem neoadjuvante de CEC localmente avançados dos membros. Respostas parciais ou completas ao tratamento permitirão a realização de cirurgias conservadoras com preservação de membro, reduzindo a morbilidade e proporcionando uma melhor qualidade de vida a estes doentes.

## CC30 - Um caso de Linfoma de Células Grandes B Leg-type numa doente sob Adalimumab

Carlos M. Nogueira<sup>1</sup>, C. Cerqueira<sup>1</sup>, A. G. Lopes<sup>1</sup>, M. J. Guimarães<sup>1</sup>, J. S. Silva<sup>2</sup>, T. Pereira<sup>1</sup>, J. Gomes<sup>1</sup>, C. Brito<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Braga

<sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de Braga

Relatamos o caso de uma doente de 68 anos, com antecedentes de artrite reumatoide medicada com metotrexato e adalimumab, avaliada após aparecimento, ao longo de dois meses, de duas lesões nodulares eritematosas e dolorosas na perna esquerda, uma das quais com ulceração. Pela dúvida quanto a uma eventual relação com a terapia anti-TNF, este fármaco tinha sido suspenso após o aparecimento das lesões. A biópsia cutânea documentou um processo linfoproliferativo a envolver a derme e o tecido subcutâneo, com índice mitótico elevado e imunofenotipagem a favorecer o diagnóstico de linfoma de células grandes B leg-type (LCGB-LT). Os exames de estadiamento, incluindo biópsia de medula óssea, PET-FDG e estudo analítico mostraram doença limitada às duas lesões cutâneas descritas. A doente iniciou tratamento com quimioterapia, com cicatrização da lesão ulcerada e regressão parcial das duas lesões descritas, encontrando-se proposta para radioterapia adjuvante.

O LCGB-LT é o subtipo de linfoma de células B cutâneas que se associa a maior risco de disseminação extracutânea e pior prognóstico, não estando ainda estabelecidos fatores de riscos claros. O aumento do risco de neoplasias associado aos anti-TNF é um tema controverso, com apenas uma minoria de estudos a sugerir um maior risco de linfoma. Este risco, teoricamente, poderá ser superior em associação a fármacos com ação imunossupressora, como o metotrexato. Encontramos apenas um outro caso na literatura de LCGB-LT associado à toma de adalimumab, numa doente também medicada com metotrexato, que regrediu apenas com a suspensão do fármaco anti-TNF. O relato deste tipo de casos alerta para a importância de manter uma vigilância adequada dos doentes medicados com anti-TNF e para o eventual papel deste grupo de fármacos no aparecimento de neoplasias, podendo contribuir para a identificação de fatores de risco para LCGB-T.

## CC31 - Melanoma metastático com tumor primário oculto e resposta à imunoterapia: relato de 3 casos

Carolina Figueiredo<sup>1</sup>, L. Matos<sup>1</sup>, I. Coutinho<sup>1</sup>, J. Calvão<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Dermatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE



Descrevemos três doentes do sexo masculino com melanoma metastático de tumor primário oculto, com 63, 66 e 69 anos no momento do diagnóstico. Um dos doentes apresentava metástases ganglionares (Caso 1) e dois doentes apresentavam metástases viscerais (pulmonares e cerebrais nos Casos 2 e 3 e metástases gástricas no Caso 3). A mutação BRAF V600E estava presente no Caso 1. No Caso 1 foi efetuada linfadenectomia ganglionar cervical, axilar e supraclavicular e nos Casos 2 e 3 realizou-se radiocirurgia das metástases cerebrais. Todos os doentes iniciaram imunoterapia com pembrolizumab como terapêutica de 1ª linha. No Caso 3, ocorreu regressão completa das metástases pulmonares e gástricas e redução dimensional das metástases cerebrais, tendo mantido pembrolizumab por cinco anos. Nos Casos 1 e 2, verificou-se resposta completa, suspendendo-se imunoterapia após dois anos. Ocorreu recidiva de metástases ganglionares após um ano no Caso 1 e progressão das metástases cerebrais após quatro anos da suspensão de pembrolizumab no Caso 2. Neste último foi reintroduzida imunoterapia, verificando-se redução das metástases cerebrais. No Caso 1 foi introduzida terapia alvo, ocorrendo resposta completa durante três anos; verificou-se posteriormente progressão de metastização ganglionar, tendo sido reintroduzido pembrolizumab, com boa resposta. Após oito, sete e cinco anos do diagnóstico inicial, todos os doentes mantêm imunoterapia com pembrolizumab, com doença controlada.

O melanoma metastático com tumor primário oculto representa 3% de todos os melanomas. Múltiplas hipóteses foram propostas relativamente à etiologia do melanoma oculto, como melanoma primário ganglionar ou regressão imunomediada do tumor primário. Dados recentes sugerem que o melanoma metastático com tumor primário oculto parece associar-se a respostas sustentadas à imunoterapia e a uma maior sobrevivência; um aumento da resposta imune antitumoral poderá explicar estas diferenças. Futuros estudos prospetivos são necessários para confirmar estes dados.

## REAÇÃO CUTÂNEA ADVERSA A FÁRMACO

### CC32 - Embolia cutis medicamentosa: uma complicação rara e potencialmente grave

Dora Mancha<sup>1</sup>, C. Brazão<sup>1</sup>, L. Sun<sup>1</sup>, R. Travassos<sup>1</sup>, I. Correia<sup>1</sup>, P. Filipe<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

<sup>2</sup>Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

<sup>3</sup>Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

A administração de preenchimentos injetáveis são uma alternativa à cirurgia plástica. O ácido hialurónico é um dos agentes mais populares para este efeito, com um bom perfil de segurança.

Mulher, 31 anos, fototipo V, foi encaminhada ao serviço de urgência de Dermatologia quatro dias após a realização de rinoplastia não cirúrgica em clínica particular. Um dia após o procedimento, a doente desenvolveu um quadro de dor, eritema e edema na área frontal central, glabella, raiz do nariz, dorso nasal e sulco nasofacial direito. Menos de 48 horas após o início dos sintomas, surgiram máculas livedoides e pústulas localmente. Colocou-se a hipótese diagnóstica de embolia vascular. Foi administrada hialuronidase na área da glabella e foram prescritos amoxicilina/clavulanato de potássio 875mg/125mg, dexametasona 0,5 mg, naproxeno 500 mg e creme de nitroglicerina. Quatro dias após o procedimento, a doente foi encaminhada ao serviço de urgência devido ao agravamento dos sintomas. Ao exame objetivo observavam-se erosões extensas com pústulas periféricas nas áreas frontal, nasal e malar direita. O exame microbiológico do exsudato purulento e o teste PCR para pesquisa de vírus herpes foram negativos. Admitiu-se como hipótese diagnóstica necrose cutânea no território das artérias supratrocLEAR e nasal dorsal após a rinoplastia não cirúrgica. A doente realizou sete sessões, em dias consecutivos, de terapêutica hiperbárica com melhoria rápida e formação de uma cicatriz residual.

As complicações de procedimentos estéticos faciais podem ser desastrosas. A embolia cutis medicamentosa é uma complicação rara e clinicamente é caracterizada por edema, dor, manchas eritematovioláceas e, finalmente, necrose cutânea. Nos casos mais graves, a oxigenoterapia hiperbárica é

recomendada. Para minimizar o risco desta complicação, é essencial o conhecimento da anatomia, bem como a utilização de técnicas, equipamentos e preenchimentos adequados. O diagnóstico precoce e o tratamento podem desempenhar um papel fundamental na minimização das possíveis sequelas.

### CC33 - Eritema tóxico da quimioterapia secundário a doxorubicina

Diogo de Sousa<sup>1</sup>, J. Pedro-Vasconcelos<sup>1</sup>; L. Soares-Almeida<sup>1,2</sup>; P. Filipe<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa

<sup>3</sup>Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa

A utilização de quimioterapia pode levar ao desenvolvimento de um largo espectro de manifestações cutâneas. O termo eritema tóxico da quimioterapia permite englobar as diferentes expressões clínicas e histológicas secundárias à utilização de quimioterapia, como a eritrodesestesia palmo-plantar ou o intertrigo maligno.

Apresentamos o caso de uma mulher de 45 anos, com antecedentes pessoais de hemangiopericitoma do sistema nervoso central, submetida a cirurgia, radioterapia e várias linhas de quimioterapia, atualmente sob terapêutica com doxorubicina lipossómica pegilada (DLP), tendo completado três ciclos, com intervalos de três semanas. Dez dias após a terceira administração de DLP a doente foi encaminhada para observação urgente por Dermatologia por aparecimento de lesões eritematosas nas regiões flexurais e queixas algicas palmo-plantares. À observação era possível encontrar manchas eritematosas nas regiões intertriginosas axilares, inframamárias e inguinais, bolhas flácidas de conteúdo purulento e erosões. O sinal de Nikolsky estava presente. Nas palmas e plantas observava-se eritema doloroso com bolhas tensas de conteúdo purulento. Na região torácica anterior estavam presentes vesículas milimétricas de conteúdo cristalino. Foi realizada biópsia cutânea com evidência de degenerescência da basal, com necrose isolada de queratinócitos a vários níveis da epiderme, coberta por hipogranulose focal e hiperqueratose ortoqueratósica, discreto edema da derme papilar com infiltrado inflamatório perivascular e neutrófilos intravasculares. Perante o quadro clínico assumiu-se eritema tóxico da quimioterapia secundário a doxorubicina, tendo a doente iniciado terapêutica com prednisolona oral e dermocorticóides, com concomitante suspensão da DLP.

A DLP e os respetivos metabolitos são excretados pela pele através do suor. O dano tóxico provocado pela DLP parece ocorrer pela acumulação de metabolitos nos ductos das glândulas écrinas com formação de radicais livres tóxicos que culminam num processo inflamatório local e na apoptose dos queratinócitos.

## Posterres

### AUTOIMUNE

#### P01 - Um caso de pênfigo eritematoso

Margarida Brito Caldeira<sup>1</sup>, M. Santos-Coelho<sup>1</sup>, A. João<sup>1</sup>, C. Fernandes<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

O pênfigo eritematoso, também designado de doença de Senear-Usher, é uma forma localizada de pênfigo foliáceo na qual se encontra sobreposição clínica com lúpus eritematoso. É uma dermatose bolhosa autoimune rara, com pouco mais de 200 casos publicados na literatura. Clinicamente, encontram-se placas eritemato-descamativas nas mesmas localizações do pênfigo foliáceo *tout court*, com adicional afeção da região malar, numa conformação em borboleta semelhante à encontrada no lúpus eritematoso cutâneo agudo.



Apresentamos o caso de um homem de 50 anos, com antecedentes de cardiopatia congénita já corrigida cirurgicamente, que recorreu à consulta de Dermatologia por lesões cutâneas no tronco e face, com cerca de 1 mês de duração. Observavam-se placas eritemato-descamativas com afeção da região malar bilateral, couro cabeludo, pescoço, região pré-esternal, dorsal e raiz dos membros superiores, com conformação circular e superfície coberta por crosta hemática. Foi efetuada biópsia cutânea punção de lesão cervical, para hematoxilina/eosina e para imunofluorescência direta. A primeira demonstrou uma acantólise a nível da camada granulosa/subcórnea, com infiltrado inflamatório linfocitário perivascular superficial. A imunofluorescência direta evidenciou depósito de IgG intercelular na epiderme, bem como deposição granular de IgG ao longo da membrana basal. A avaliação analítica foi negativa para o painel de auto-imunidade, com níveis muito elevados de anticorpos anti-desmogleína 1. O doente foi tratado inicialmente com corticoterapia oral e rituximab, com escassa melhoria, tendo melhorado subsequentemente com a toma de hidroxycloquina e azatioprina, as quais ainda mantém.

## P02 - Apresentação Atípica de Penfigoide Gestacional

Keyla Sousa<sup>1</sup>, J. Teixeira<sup>1</sup>, J. C. Cardoso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

O penfigoide gestacional (PG) é uma dermatose bolhosa subepidérmica autoimune rara, específica da gravidez. Apresenta-se tipicamente entre o segundo e terceiro trimestre e associa-se a prurido intenso. Caracteriza-se por pápulas urticariformes que posteriormente confluem em placas, seguidas de erupção bolhosa que se inicia a nível periumbilical com posterior disseminação, poupando face e mucosas. Apresentamos uma mulher de 31 anos, grávida de 32 semanas, que recorre ao serviço de urgência por pápulas e placas eritematovioláceas, pruriginosas, com envolvimento predominante da face anterior dos antebraços, face ântero-lateral das coxas e flancos, com ligeira extensão à região dorsolombar. Algumas das lesões eram anulares e apresentavam discreta descamação em colarete e esboço de hipopigmentação periférica. Sem envolvimento da região periumbilical ou abdominal ou palmoplantar.

Tinha sido medicada com anti-histamínicos e dermocorticóide de baixa potência, sem benefício. Perante este quadro foram colocadas as hipóteses de líquen plano, erupção polimorfa da gravidez e penfigoide gestacional. A histologia revelou espongiose difusa com escassa exocitose de células inflamatórias e áreas com esboço focal de descolamento subepidérmico. Na derme superficial e média, observou-se infiltrado perivascular e intersticial, constituído por células linfomononucleadas, neutrófilos e alguns eosinófilos dispersos. A imunofluorescência directa revelou deposição linear de C3 na junção dermoepidérmica. Estabeleceu-se deste modo o diagnóstico de penfigoide gestacional. Na consulta de reavaliação, houve clara evolução da dermatose com múltiplas bolhas distribuídas pelas coxas, palmas e plantas, algumas de aspecto desidrosiforme. Introduziu-se metilprednisolona oral 40mg/dia e clobetasol, associado a anti-histamínico oral. A doente está atualmente sob vigilância clínica e a aguardar reavaliação. O penfigoide gestacional é uma dermatose bolhosa autoimune rara e exclusiva da gravidez. Embora se associe tipicamente a bolhas em localização periumbilical podem surgir apresentações atípicas. O conhecimento destas formas de apresentação menos habituais é fundamental para um diagnóstico atempado nas fases mais precoces da doença através do estudo complementar adequado.

## P03 - Erosões figuradas: uma apresentação intrigante de uma doença comum

Francisco Martins<sup>1</sup>, D. Flor<sup>1</sup>, M. M. Brites<sup>1</sup>, F. Santiago<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Um doente de 87 anos recorreu ao Serviço de Urgência por lesões cutâneas dolorosas e pruriginosas com 6 semanas de evolução, que tinham surgido nos membros inferiores, com progressão posterior para o braço esquerdo. Estava a ser submetido a cuidados de penso com gaze gorda no centro de

dia, com agravamento do quadro clínico. Negava febre e outros sintomas sistémicos.

O doente tinha antecedentes de diabetes mellitus do tipo 2, hipertensão e dislipidemia. Cumpria terapêutica com clopidogrel, linagliptina, dapagliflozina, perindopril e atorvastatina.

Ao exame físico, observavam-se erosões extensas, com limites geométricos, dispersas pela face lateral do braço esquerdo, porção distal da coxa esquerda e face lateral da perna direita. As erosões maiores eram circundadas de outras de aspeto clínico semelhante, mas de menores dimensões. Não se observava envolvimento da face nem das mucosas.

No estudo analítico destacava-se apenas a elevação da proteína C reativa (16,60mg/dL), pelo que foi iniciada antibioterapia empírica na presunção de quadro infeccioso atípico num doente diabético. A biópsia das lesões revelou, contudo, a presença de discreto infiltrado linfomononucleado perivascular com eosinófilos dispersos. No exame de imunofluorescência, observou-se deposição linear de C3 ao longo da junção dermoepidérmica, achados compatíveis com penfigoide bolhoso. A resolução completa dos achados clínicos foi então possível após corticoterapia oral e tópica.

O penfigoide bolhoso tem uma apresentação clínica variada, que se estende desde a formação dispersa de bolhas a lesões inespecíficas de escoriação devidas ao prurido intenso. Este doente tinha como fatores de risco a idade avançada e a utilização de um inibidor da DPP-4, devendo-se a apresentação clínica incomum a prováveis fenómenos de tração mecânica decorrentes da mudança de penso num tegumento com fragilidade cutânea. Os autores alertam para o papel que a iatrogenia pode ter ao modificar a apresentação clínica de uma dermatose comum, criando desafios de diagnóstico.

## P04 - Lúpus eritematoso discoide – sinal “carpet tack” (pregos de carpete)

Egídio Freitas<sup>1</sup>, A. Coelho<sup>2</sup>; I. Raposo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário do Santo António, Porto, Portugal

<sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Universitário do Santo António, Porto, Portugal

O Lupus eritematoso (LE) discoide é o subtipo mais comum de LE cutâneo crónico. Caracteriza-se por placas arredondadas, eritematosas, atróficas, por vezes, com discromia periférica e escama aderente, que quando removida exhibe, tipicamente, espículas queratóticas na superfície inferior, denominadas como “carpet tack” (pregos de carpete) na literatura anglo-saxónica. Trata-se de um sinal raro de LED. Apresentamos um caso de uma mulher onde foi possível observar o sinal referido.

Mulher de 52 anos, sem antecedentes pessoais e familiares de relevo, recorre à consulta de Dermatovenereologia por área de alopecia cicatricial única com cerca de 2 anos de evolução, no vértex, assintomática. Ao exame objetivo observou-se uma placa eritematosa com área esbranquiçada atrófica central e crosta folicular e perifolicular à periferia da lesão. A dermatoscopia demonstrou rolhões queratóticos foliculares e eritema folicular periférico com área cicatricial central. Adicionalmente aos achados referidos observou-se o sinal “carpet tack”, com o destacamento da escama periférica. O diagnóstico de lúpus eritematoso discoide foi confirmado por biópsia cutânea, que demonstrou ligeiro a moderado infiltrado linfóide perivascular superficial e profundo, focalmente perifolicular associado a mucina dérmica. Observou-se também espessamento da membrana basal e rolhões córneos foliculares. A imunofluorescência direta não revelou a presença de depósitos. Anticorpos anti nucleares e citoplasmáticos, anti dsDNA, anti SSA e SSB foram negativos.

O sinal “carpet tack” é um sinal característico de DLE. Ocorre devido à acumulação de escamas nos folículos pilosos com consequente alopecia. Com a remoção desta escama, as pontas queratóticas típicas tornam-se visíveis, produzindo o sinal referido. Apesar de amplamente descrito em livros de estudo de Dermatologia, é escasso ou inexistente na literatura o suporte fotográfico que traduza este sinal clínico, que pela sua correlação com a fisiopatologia da dermatose, não só apoia como enriquece o exame dermatológico.

## P05 - Síndrome de Parry-Romberg de início tardio em doente com diagnóstico inaugural de infeção por VIH-2

**Cláudia Brazão<sup>1</sup>**, D. Mancha<sup>1</sup>, L. Sun<sup>1</sup>, S. Antunes-Duarte<sup>1</sup>, D. de Sousa<sup>1</sup>, P. de Vasconcelos<sup>1</sup>, L. Soares-de-Almeida<sup>1,2,3</sup>, P. Filipe<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE

<sup>2</sup> Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

<sup>3</sup> Unidade de Investigação de Dermatologia, IMM João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Apresentamos o caso de uma mulher de 31 anos, fototipo V de Fitzpatrick, sem comorbilidades, que foi encaminhada à consulta de Dermatologia por atrofia da hemiface direita com 5 anos de evolução, com evolução rápida nos primeiros 2 anos e posterior estabilização. Simultaneamente, referia cefaleia hemicraniana direita pulsátil ocasional. Negava diminuição da acuidade visual, diplopia, ou outras sintomatologia. Negava trauma, utilização de novos fármacos ou produtos tópicos.

No exame físico, observava-se depressão linear de consistência dura na hemiface direita, envolvendo as regiões frontoparietal, maler e mentoniana, com espessamento da pele circundante. Analiticamente, sem alterações, exceto serologia de HIV-2 positiva, com carga viral detetável. A biópsia cutânea demonstrou atrofia da epiderme, espessamento e retificação da derme, com mínimo infiltrado inflamatório e atrofia de anexos cutâneos e vasos, compatível com morfeia em fase de burnout. A doente foi avaliada por Oftalmologia e Neurologia e realizou ressonância magnética crânio-encefálica que não revelou alterações para além de atrofia dos tecidos moles da hemiface direita. Estabeleceu-se o diagnóstico de Síndrome de Parry-Romberg com envolvimento neurológico ligeiro (enxaqueca) e infeção por VIH-2 (diagnóstico inaugural). Após avaliação por Infeciologia, iniciou terapêutica antirretroviral.

O Síndrome de Parry-Romberg (atrofia hemifacial progressiva) é uma doença adquirida infrequente, do espectro da morfeia linear, caracterizada por atrofia progressiva unilateral dos tecidos moles da face, após uma fase inicial de espessamento. O envolvimento oftalmológico e/ou neurológico é possível, podendo ser grave e incapacitante, pelo que é fundamental a sua exclusão. Como doença imunomediada, a sua fisiopatologia depende da predisposição genética associada a um trigger ambiental (nomeadamente infeções). Salientamos este caso pelo surgimento tardio da doença associado ao diagnóstico de VIH-2, que pode ter sido o desencadeante para a sua manifestação. A associação entre VIH e morfeia/esclerodermia, embora rara, está descrita na literatura e pode ser atribuída à homologia entre proteínas virais e autoantígenos.

## CICATRIZAÇÃO

### P06 - Os sistemas de compressão no tratamento da úlcera de perna

**Beatriz F. Vilela<sup>1</sup>**, I. Aparício Martins<sup>1</sup>, J. Cabete<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa

As úlceras de perna são, independentemente da etiologia, um motivo frequente de consulta na Dermatologia. Pela sua elevada prevalência, as úlceras de perna constituem um problema de saúde a nível mundial, com impacto significativo quer na qualidade de vida dos doentes, quer nos sistemas de saúde. A insuficiência venosa periférica destaca-se como a principal etiologia da úlcera de perna, sendo também, com frequência, uma comorbilidade em doentes com úlcera de etiologia não vascular. A terapia compressiva é o tratamento 'gold standard' para as úlceras de perna de etiologia venosa. É igualmente benéfica em doentes com linfedema ou úlceras mistas. Esta terapêutica não farmacológica aumenta de forma significativa as taxas de cicatrização e reduz o risco de recorrência. Existem vários sistemas de compressão disponíveis, com diferentes características e indicações clínicas.

O objetivo do presente trabalho é demonstrar a utilização sistemas de compressão em diferentes situações clínicas na Dermatologia, incluindo ligaduras compressivas (elásticas e inelásticas), meias de compressão graduada, dispositivos de velcro auto ajustáveis e compressão pneumática intermitente. Serão discutidas as orientações para o uso adequado de cada sistema de compressão, nomeadamente as indicações e contraindicações para o uso destes dispositivos médicos e as suas principais vantagens e desvantagens em doentes com úlcera venosa e em doentes com insuficiência venosa sem úlcera.

## CIRURGIA DERMATOLÓGICA

### P07 - Primary Closure of Full-Thickness Lower Eyelid Defects

**Rita Bouceiro Mendes<sup>1,2</sup>**, F. Morgado<sup>1</sup>, V. Guiote<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Leiria, Dermatology Department; <sup>2</sup>Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Repairing lower eyelid defects resulting from eyelid tumour excision can be a challenge. One must ensure proper eyelid closure while avoiding local complications (for instance entropion and ectropion). Lower eyelid defect repair techniques depend on the size and location of the defect. A full-thickness defect encompassing less than one-third of the lower eyelid can frequently be repaired by primary closure (with or without superior cantholysis depending on the need to mobilize the lateral eyelid margin)

We present the case of two patients with basal cell carcinomas occupying up to one-third lower eyelid. In both cases, under local anaesthesia, resection of the lesions with a safety margin of 0.3 cm was performed. Direct layered closure of the resulting lid margin defects was performed. There were no postoperative complications, and, in both cases, an excellent cosmetic and functional outcome was achieved.

Because there are many surgical methods to repair lower eyelid defects the surgeon must decide which one is most appropriate. Once the margin is involved, surgical repair must restore the integrity of the eyelid margin. Herein, we demonstrate that primary closure of full-thickness lower eyelid defects occupying up to 35% of the lower eyelid produce good cosmetic and functional outcomes.

### P08 - The bilateral staircase flap as an option for lower lip defects reconstruction

**Victória Guiote<sup>1</sup>**, R. Bouceiro Mendes<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar de Leiria, Dermatology Department; <sup>2</sup>Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior

Lip squamous cell carcinoma represents 15 to 30% of all oral cavity cancers, and the lower lip is involved in 80% of cases. The standard therapy is surgery and defects larger than one-half of the lip cannot be closed primarily and require flap surgery. Many lower lip reconstructive techniques have been described. However, no ideal method has yet been devised. The staircase flap technique may be used to close defects of up to two thirds of the lower lip with good functional and cosmetic results.

An 89-year-old male patient presented with an infiltrative and ulcerated squamous cell carcinoma on the median region of the lower lip, whose diagnosis was confirmed through a skin biopsy. The lesion consisted in a nodular ulcerated lesion measuring 2.5 cm in diameter and occupying 50% of the lower lip length (stage T2). Under local anaesthesia, resection of the lesion with a safety margin of 0.5 cm was performed. The resulting surgical defect was covered with a bilateral and symmetrical staircase flap. There were no postoperative complications and the flap healed quite well.

The staircase flap can produce excellent functional and aesthetic outcomes in the reconstruction of lower lip defects. It is a good reconstruction option for defects spanning up to two-thirds of the lower lip, not including the oral commissures. The lips are essential for maintaining oral competence, and this technique has the advantage of preventing functional and cosmetic sequelae. Herein, we demonstrated that the bilateral symmetric staircase flap is a good option for median lower lip defects.

## P09 - Retalho de transposição bilobado para o encerramento simultâneo de dois defeitos cirúrgicos do nariz

Cláudia Brazão<sup>1</sup>, L. Sun<sup>1</sup>; D. Sousa<sup>1</sup>; J.N. Maia-Silva<sup>1,2</sup>; P. de Vasconcelos<sup>1</sup>; L. Soares-de-Almeida<sup>1,2,3</sup>; P. Filipe<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE

<sup>2</sup> Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

<sup>3</sup> Unidade de Investigação de Dermatologia, IMM João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

O nariz constitui uma subunidade estrutural fundamental no centro da face, pelo que pequenas alterações podem ter um impacto cosmético e funcional importante. A reconstrução de defeitos cirúrgicos desta área anatómica durante a cirurgia dermatológica oncológica é frequentemente desafiante e deve ter em conta, após excisão completa dos tumores, a preservação adequada desta unidade centrofacial.

Apresentamos um caso de uma mulher de 76 anos, fototipo II de Fitzpatrick, sem comorbilidades relevantes ou medicação habitual, que foi referenciada à consulta de Dermatologia por dois nódulos ulcerados cobertos por crosta, um deles localizado na asa nasal esquerda e o outro na parede lateral esquerda do nariz, adjacente ao canto interno do olho, com 17 e 15 mm de maior eixo, respetivamente, sugestivos de carcinoma basocelular. A doente foi submetida a exérese de ambas as lesões até ao plano da cartilagem e plano muscular, respetivamente, com margem de 4 mm, resultando em dois defeitos cirúrgicos de conformação circular, com cerca de 25 mm de maior eixo. A reconstrução dos defeitos cirúrgicos foi realizada com recurso a um retalho de transposição bilobado com pele dadora da região geniana esquerda, em que o lobo superior encerrou o defeito da parede lateral do nariz e lobo inferior o defeito da asa nasal. Não se observaram complicações no período pós-operatório. O exame histopatológico confirmou o diagnóstico de carcinoma basocelular, com excisão completa. Após dois meses obteve-se um bom resultado cosmético e funcional, sem sinais de recidiva.

O retalho de transposição bilobado é um retalho clássico na cirurgia dermatológica, sendo frequentemente utilizado no encerramento de defeitos cirúrgicos do nariz. Salientamos este caso pela utilização deste retalho para reconstruir simultaneamente dois defeitos cirúrgicos distantes da mesma área anatómica no mesmo tempo operatório, com baixa complexidade cirúrgica, preservando as características cosméticas e funcionais da área anatómica centrofacial crucial.

## P10 - Retalho *keystone*: uma alternativa para o encerramento dos defeitos do membro inferior

Lanyu Sun<sup>1</sup>, J. Frade<sup>1</sup>, C. Brazão<sup>1</sup>, D. Sousa<sup>1</sup>, P. Vasconcelos<sup>1</sup>, A. Travassos<sup>1,2</sup>, L. Soares-de-Almeida<sup>1,2,3</sup>, P. Filipe<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, Lisboa

<sup>2</sup>Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa

<sup>3</sup>Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa

O retalho *keystone* foi inicialmente descrito por *Behan* em 2003, como uma alternativa a enxertos de pele e retalhos convencionais para cobrir defeitos de tamanho médio e grande. O nome faz menção à pedra de formato trapezoidal curva dos arcos romanos. É um retalho fasciocutâneo com vascularização proveniente das arteríolas perfurantes musculares, útil para as reconstruções em áreas de pele pouco distensíveis, como as extremidades e o dorso. Descreve-se um doente do sexo masculino de 68 anos, com um nódulo eritemato-violáceo, ulcerado, com 4x2,5 cm na face anterior da perna direita com 15 anos de evolução. A biópsia cutânea confirmou o diagnóstico de hidradenoma nodular apócrino. O retalho *keystone* foi eleito para o encerramento do defeito. Após a excisão do tumor, a partir da área anatómica com maior mobilidade, foi marcado um retalho com a mesma largura do defeito. Cada canto do retalho, formava um ângulo com 90 graus,

em que o formato final do retalho é um trapézio arqueado. O retalho demonstrou boa viabilidade, tendo o pós-operatório decorrido sem complicações e com excelente resultado estético. O encerramento dos defeitos de pele das pernas representa um desafio terapêutico. Retalhos de rotação, avanço e transposição podem ser usados, mas a falta de mobilidade da pele nesta região, associa-se a um aumento substancial do risco de necrose. Por outro lado, o enxerto de pele de espessura total requer imobilização prolongada do doente, está associado a taxas mais elevadas de necrose e, por vezes, a piores resultados estéticos. Este caso mostra que o retalho *keystone* é uma boa opção reconstrutiva para os defeitos médios das pernas, associado a ótimos resultados funcionais e estéticos.

## DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA

### P11 - Dermatose palmar após episódio de escabiose - Um diagnóstico a considerar em idade pediátrica

João Teixeira<sup>1</sup>, K. Sousa<sup>1</sup>, M. Batista<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

A acropustulose da infância, por vezes designada acropustulose pós-escabiótica, é uma dermatose incomum descrita em idade pediátrica sem etiologia esclarecida. A forma clássica surge tipicamente no primeiro ano de vida caracterizada pela presença de vesicopústulas intensamente pruriginosas de distribuição acral e evolução por surtos. Por outro lado, uma variante pós-escabiótica, embora controversa, encontra-se reportada, podendo resultar de reação de hipersensibilidade ao *Sarcoptes scabiei*. Relatamos o caso de um menino de 5 anos, caucasiano, com antecedentes de dermatite atópica, referenciado a consulta de Dermatologia Pediátrica por dermatose palmar pruriginosa com 3 meses de evolução. Sem episódios prévios semelhantes. Foi diagnosticado com escabiose 3 meses antes do quadro atual, tendo sido medicado com benzoato de benzilo tóxico com resolução completa. Ao exame objetivo eram notórias múltiplas pápulas eritematosas e vesicopústulas milimétricas agrupadas na região palmar de ambas as mãos, de forma grosseiramente simétrica, associadas a máculas acastanhadas e áreas de descamação em colarete. Sem sulcos acarinos ou nódulos escabióticos. Sem lesões no restante tegumento ou alterações ungueais. Sem história pessoal ou familiar de psoríase. Tendo em conta a idade do doente, a associação temporal com escabiose e os achados do exame objetivo foi estabelecido o diagnóstico clínico de acropustulose da infância. Foi medicado com emoliente e mometasona em creme id que resultou na resolução completa das lesões após 6 semanas. Este caso clínico pretende relembrar uma dermatose incomum da idade pediátrica e reforçar a possível associação da acropustulose da infância com infeção prévia por *Sarcoptes scabiei*.

### P12 - Lúpus eritematoso neonatal - um diagnóstico com importância materno-infantil

André Aparício Martins<sup>1</sup>, J. Teixeira<sup>1</sup>, K. Sousa<sup>1</sup>, L. Ramos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Lúpus eritematoso neonatal (LEN) é uma doença neonatal rara, resultante da passagem transplacentar dos anticorpos maternos anti-SSA e/ou anti-SSB. A apresentação clínica inclui manifestações cutâneas (40%), cardíacas, hepatobiliares e hematológicas.

Lactente de 4 meses, saudável, com dermatose assintomática, com início na região da fralda e posterior disseminação, com 1 mês de evolução. Gravidez de termo e parto sem intercorrências, sem antecedentes familiares relevantes. Ao exame objetivo apresentava múltiplas lesões anulares, de bordo eritematoso e centro claro, de limites bem definidos e sem alterações de superfície, com dimensões compreendidas entre 0,5 e 2 cm, localizadas na face, região anterior do tronco e púbis. Na região inguinal direita, as placas confluíam em arranjo policíclico. O estudo de autoimunidade revelou anticorpos anti-nucleares e anti-SSA positivos. Hemograma, bioquímica,



eletrocardiograma e ecocardiografia sem alterações. Colocada a hipótese diagnóstica de LEN, a mãe negava qualquer sintomatologia e realizou estudo analítico que revelou anticorpos anti-nucleares e anti-SSA positivos. Estabelecido o diagnóstico de LEN, foi medicado com aceponato de metilprednisolona, com regressão da dermatose em 1 mês. O lactente mantém-se sem manifestações extra-cutâneas e a mãe foi orientada para consulta de reumatologia.

A apresentação clínica do LEN é variável, incluindo placas eritematosas anulares, localizadas em áreas fotoexpostas, particularmente na face. Contudo, como no caso reportado, está descrito o envolvimento de áreas fotoprotectadas como a região da fralda. As lesões cutâneas não estão habitualmente presentes ao nascimento, mas são comuns nas primeiras semanas de vida, com menos de 20% dos casos a surgirem após o primeiro mês. O envolvimento de mais de dois sistemas de órgãos é incomum e 25% das mães são assintomáticas no momento do parto. O diagnóstico é estabelecido através das manifestações clínicas e deteção dos anticorpos anti-SSA/anti-SSB na mãe e criança. A dermatose regride espontaneamente em 6-9 meses, devendo ser recomendada evicção da exposição solar.

### P13 - Urticária Pigmentosa Nodular – relato de um caso

Carlos M. Nogueira<sup>1</sup>, C. Cerqueira<sup>1</sup>, A. G. Lopes<sup>1</sup>, M. J. Guimarães<sup>1</sup>, J. S. Silva<sup>2</sup>, T. Pereira<sup>1</sup>, J. Gomes<sup>1</sup>, C. Brito<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Braga

<sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Hospital de Braga

A mastocitose cutânea maculopapular - ou urticária pigmentosa (UP) - é a forma mais comum de mastocitose cutânea em idade pediátrica, geralmente com aparecimento ao longo do primeiro ano de vida. Para além de cursar com sintomas a nível cutâneo, a possibilidade de mastocitose sistémica implica uma avaliação e vigilância cautelosa destes doentes. As lesões típicas, como o nome sugere, são máculas/pápulas de poucos milímetros, geralmente polimórficas. Os mastocitomas são outra forma de mastocitose cutânea – geralmente uma lesão nodular única ou em reduzido número, presentes ao nascimento ou com aparecimento nos primeiros meses de vida. Relatamos o caso de uma criança do sexo masculino, sem antecedentes de relevo, que recorreu à consulta com três meses de idade e com múltiplas lesões nodulares eritematoacastanhadas na face, couro cabeludo e tronco. O sinal de Darier era positivo e foi realizada uma biópsia cutânea que mostrou agregados peri-vasculares e intersticiais de mastócitos, achados confirmatórios do diagnóstico de mastocitose. O restante exame físico e estudo inicial, incluindo doseamento de triptase sérica, hemograma e parâmetros hepáticos, não apresentavam alterações. Foi iniciado tratamento com anti-histamínicos orais, cromoglicato de sódio tópico e corticoterapia tópica em SOS. Foi mantido seguimento ao longo de 11 anos, com regressão parcial das lesões e sem qualquer evidência clínica ou analítica de doença sistémica.

Este caso representa uma manifestação atípica de UP, com múltiplas lesões nodulares. O termo “mastocitose nodular”, onde se enquadraria este caso, é controverso e não está presente na classificação mais recente da Organização Mundial de Saúde, que reclassifica estas formas como UP. A evolução clínica deste caso, com uma apresentação clínica pouco frequente, sugere ainda que as formas nodulares de UP poderão apresentar uma história natural e prognóstico sobreponíveis à UP clássica.

### P14 - Diagnóstico inaugural de infeção por VIH em idade pediátrica - Quando a pista reside nos pés

João Teixeira<sup>1</sup>, K. Sousa<sup>1</sup>, A. Aparício-Martins<sup>1</sup>, G. Januário<sup>2</sup>, L. Ramos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

<sup>2</sup>Serviço de Pediatria Médica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

A infeção por Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) é um problema de saúde pública que afeta predominante adultos jovens podendo, contudo, surgir em qualquer idade. Embora a sua apresentação em idade pediátrica

seja menos prevalente, os Dermatovenereologistas podem exercer um papel crucial ao contribuir para um diagnóstico atempado. Relatamos o caso de uma menina de 12 anos, caucasiana, com antecedentes de paralisia facial periférica e herpes zoster cutâneo complicado de celulite aos 4 e 7 anos, respetivamente. Referenciada a consulta de Dermatologia Pediátrica por onicomicose de todas as unhas dos pés com 6 meses de evolução. Ao exame objetivo apresentava extensa distrofia ungueal de todas as unhas dos pés, com marcada hiperqueratose e xantocromia associada a placa eritematodescamativa de bordo circinado prolongando-se ao dorso dos pés. Estabeleceu-se o diagnóstico clínico de onicomicose de todas as unhas dos pés associada a unha em mocassim. Procedeu-se a colheita para microbiologia e iniciou-se empiricamente terbinafina oral e sertaconazol creme. Foi solicitado estudo analítico com hemograma e bioquímica para monitorização da terapêutica e, dada a exuberância da apresentação clínica, incluído teste de rastreio de quarta geração de VIH. A colheita para fungos foi positiva para *Trichophyton rubrum* e o estudo analítico revelou anemia, leucopenia e elevação das transaminases. O rastreio para VIH foi positivo com teste confirmatório positivo para VIH-1. Foi referenciada para consulta de Imunodeficiências Pediátricas tendo o estudo complementar revelado linfócitos T CD4+ 7/mm<sup>3</sup> (N > 500/mm<sup>3</sup>) confirmando diagnóstico de SIDA. Iniciou profilaxia com cotrimoxazol e terapêutica antirretroviral tripla, encontrando-se atualmente em vigilância. O presente caso pretende alertar os Dermatovenereologistas para a necessidade de manter um elevado grau de suspeita de infeção por VIH perante a avaliação de dermatoses comuns, mas de apresentação exuberante. A pesquisa de infeção por VIH em idade pediátrica não deve ser negligenciada, particularmente perante contexto clínico suspeito.

### P15 - Nevo anémico como marcador precoce de neurofibromatose tipo 1?

Keyla Sousa<sup>1</sup>, J. Teixeira<sup>1</sup>, A. Aparício Martins<sup>1</sup>, A. Matos<sup>1</sup>, L. Ramos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

O nevo anémico é uma anomalia vascular congénita não progressiva, descrita por primeira vez em 1906 por Voemer. Trata-se de uma mácula ou mancha pálida de limites irregulares, bem definida. Pode ter evolução congénita ou surgir na primeira infância, localizando-se com maior frequência no tronco, caracteristicamente na metade superior do dorso e região cervical. O exame histológico evidencia uma epiderme e uma derme normais. A sua patogenia não se deve a uma escassez de vasos sanguíneos mas sim a alterações na resposta às catecolaminas, secundário a um possível defeito da célula muscular lisa vascular. Em 1915 foi evocada a sua associação com a neurofibromatose tipo 1 (NF1), embora somente em 2013 se tenham publicados primeiros estudos que concluem uma relação evidente entre ambas. A NF1 é um genodermatose, transmitida de forma autossómica dominante, causada por mutações do gene da neurofibromina (NF1). Apresentamos o caso de um recém-nascido do sexo masculino com 6 dias de idade, que foi observado na consulta de Dermatologia Pediátrica, por apresentar manchas hipopigmentadas dispersas pela região mandibular direita, membros superiores, epigastro, que se tornavam mais evidentes após a fricção local da pele envolvente, clinicamente sugestivas de nevos anémicos. Manteve seguimento em consulta, tendo posteriormente surgido várias manchas café-com-leite dispersas pelo tegumento. Foi colocada com hipótese de diagnóstico NF tipo 1, tendo sido pedido estudo genético que detectou a variante provavelmente patogénica C.1181-1182delp. (Phe394\*) em heterozigotia no gene NF1. Foi encaminhado para a consulta de Oftalmologia e Neuropediatria, mantendo seguimento. Existem poucos casos reportados na literatura sobre associação de nevos anémicos com a neurofibromatose tipo 1. Este caso clínico vem reforçar a possível associação entre estas duas entidades.

## FOTOEDUCAÇÃO

**P16 - Comportamento solar das crianças durante as férias de praia: relação de duas vias entre os adultos e as crianças.**

João Maia Silva<sup>1,2,3</sup>, D. Sousa<sup>1,3</sup>, C. Brazão<sup>1,3</sup>, L. Sun<sup>1,3</sup>, D. Mancha<sup>1,3</sup>, C. Correia<sup>1,3</sup>, M. Andrade<sup>1</sup>, J. Silva<sup>1</sup>, J. Silva<sup>1</sup>, R. Jesus<sup>1</sup>, M. T. Jesus<sup>1</sup>, M. T. Mendes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Associação Portuguesa de Cancro Cutâneo

<sup>2</sup> Centro de Dermatologia, Hospital Cuf Descobertas, Lisboa

<sup>3</sup> Clínica Universitária de Dermatologia, CHLN Hospital de Santa Maria, Lisboa

**Introdução:** A infância é um período particularmente vulnerável aos efeitos carcinogénicos da exposição solar na pele. Estudos indicam que a exposição excessiva ao Sol durante os primeiros anos de vida aumenta significativamente o risco de cancro da pele. Apesar da informação veiculada junto da população, a exposição solar durante as férias das crianças e suas famílias ainda não é a recomendada. Este fenómeno poderá resultar de complexo conjunto de fatores comportamentais.

**Objetivo:** Estudar o perfil de entrada e saída da praia das crianças. Analisar a importância relativa de fatores dependentes dos adultos e das crianças nos horários de entrada e saída da praia.

**Método:** Dando continuidade aos trabalhos de anos anteriores, as recolhas de dados decorreram durante ações de promoção dos cuidados solares da APCC/SPDV, na praia de Monte Gordo e na praia do Baleal, durante o Verão de 2023. As entradas e as saídas dos banhistas foram contadas a cada hora das 8:00 às 20:00. Foi anotado se os banhistas usavam vestuário de proteção e os motivos para a escolha da hora de entrada na praia.

**Resultados:**

As entradas nas praias (n=10332) tiveram distribuição bimodal com picos às 10h e às 16h. Os picos de saída foram às 13h e às 19h. Dos banhistas que entraram de manhã, 56% estavam na praia às 12h e 37% ficaram na praia das 13h às 15h.

A cinética de entrada e saída da praia das crianças com idade inferior a 12 anos foi sobreponível à dos adultos. Das crianças que entraram de manhã, 47% estavam na praia às 12h e 29% ficaram na praia das 13h às 15h.

Quando estratificamos as crianças por idades, verificamos que as crianças de 0-2 anos têm o pico de entrada na praia às 9h (p<0,05) e que 18% permanecem na praia das 13h às 15h (p<0,05). Já os dados relativos às crianças de 3-12anos mostraram-se sobreponíveis aos dos adultos.

De entre os motivos para a hora de chegada à praia, salienta-se a distância do alojamento à praia e a morosidade das rotinas familiares com as crianças. A esse propósito comparamos o horário de chegada à praia dos adultos sem crianças com o horário dos adultos com crianças, verificando-se que existe uma tendência para os adultos com crianças (3-12 anos) chegarem mais tarde à praia no período da manhã.

**Conclusão:**

A cinética de entrada e saída da praia das crianças é sobreponível à dos adultos. É evidente uma tendência para limitar o tempo de exposição ao Sol, em particular, das crianças dos 0-2 anos. Apesar de toda a informação disponível, ficam documentados alguns fatores que condicionam o cumprimento do horário solar pelas crianças, alguns deles dependentes das próprias crianças. As informações sobre o comportamento real de exposição solar poderão ser usadas para ajustar futuras campanhas de proteção solar. Palavras-chave: Cancro da pele; Crianças; Comportamento solar; Proteção solar; Campanhas de segurança solar.

## GENODERMATOSE

**P17 - Síndrome de Rothmund Thomson: o papel do dermatologista**

Sofia Antunes-Duarte<sup>1</sup>, A. Travessa<sup>2</sup>, C. Lorenzo<sup>3</sup>, A.C. Ferreira<sup>3</sup>, Carla Pereira<sup>4</sup>, Sílvia Modamio-Højbjør<sup>5-7</sup>, Karen E. Heath<sup>5-7</sup>, C. Tapadinhas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal.

<sup>2</sup>Serviço de Genética, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal.

<sup>3</sup>Serviço de Pediatria, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal.

<sup>4</sup>Serviço de Endocrinologia, Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal.

<sup>5</sup>Skeletal Dysplasia Multidisciplinary Unit (UMDE) and ERN-BOND, La Paz University Hospital, Madrid, Spain

<sup>6</sup>Institute of Medical and Molecular Genetics (INGEMM), La Paz University Hospital, IdiPAZ, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, Spain

<sup>7</sup>CIBERER (Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras), ISCIII, Madrid, Spain

A síndrome de Rothmund-Thomson (SRT) é uma genodermatose autossómica recessiva rara caracterizada por poiquilodermia, baixa estatura, alterações esqueléticas, anomalias dentárias, cataratas, hipogonadismo e um risco aumentado de cancro, especialmente osteossarcoma e cancro cutâneo. A SRT é causada por variantes patogénicas bialélicas nos genes *ANAPC1* (tipo 1) ou *RECQL4* (tipo 2). Desde a sua primeira descrição em 1968, existem pelo menos 400 casos descritos na literatura.

Apresentamos o caso de uma menina africana de 9 anos, fototipo V de Fitzpatrick, que iniciou seguimento no nosso Centro Hospitalar aos 5 anos de idade por síndrome malformativa com malformações do ânus, dentes e ossos (hipo/aplasia dos rádios e dos polegares e desvio radial dos punhos, clinodactilia bilateral do 5º dedo das mãos), associada a atraso do desenvolvimento psicomotor. Do ponto de vista cutâneo, apresentava dermatose disseminada com início aos 6 meses de idade, localizada à face e membros superiores e inferiores, poupando o tronco, caracterizada por áreas de hiper e hipopigmentação com padrão reticulado, atrofia puntiforme e formação ocasional de vesículas e crostas, compatível com poiquilodermia. O diagnóstico de SRT tipo II foi confirmado aos 7 anos por estudo genético (painel multigénico), que identificou as variantes c.2590C>T e c.1483+27\_1483+37del no gene *RECQL4*, em heterozigotia composta, classificadas respetivamente, como patogénica e provavelmente patogénica. A doente mantém seguimento multidisciplinar, com avaliação dermatológica a cada 6 meses.

As manifestações cutâneas típicas da SRT são eritema, edema e vesiculação malar nos primeiros meses de vida, que evoluem posteriormente para poiquilodermia com afeção da face, região glútea e extremidades, fotossensibilidade, diminuição da densidade capilar e fragilidade ungueal. Os doentes têm um risco aumentado de cancro cutâneo, nomeadamente carcinoma espinocelular e basocelular, tornando-se fundamental a fotoproteção e vigilância regular pelo dermatologista.

adequado.

**P18 - Carcinoma sebáceo extra-ocular: uma entidade rara como pista diagnóstica para Síndrome Muir-Torre**

Joana Vieitez Frade<sup>1</sup>, S. Torres<sup>2</sup>, D. Mancha<sup>1</sup>, J. Vasconcelos<sup>1</sup>, L. Soares-de-Almeida<sup>1,3,4</sup>, P. Filipe<sup>1,3,4</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa.

<sup>2</sup>Serviço de Oncologia Médica, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa.

<sup>3</sup>Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa.

<sup>4</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, iMM João Lobo Antunes, Universidade de Lisboa, Lisboa.

O carcinoma sebáceo é uma neoplasia maligna rara com diferenciação sebácea, frequentemente localizada na cabeça e pescoço, particularmente na região periocular. Pode ocorrer de forma esporádica ou estar associado a síndromes genéticas, incluindo a síndrome de Muir-Torre.

Destacamos o caso de uma doente do sexo feminino, 41 anos, fotótipo V de Fitzpatrick, natural de Cabo Verde, com antecedentes pessoais conhecidos de carcinoma misto do endométrio com componente de carcinoma endometrióide de baixo grau e de carcinoma de células claras, diagnosticado aos 39 anos, submetida a histerectomia e oóforo-salpingectomia bilateral, seguida de radioterapia e quimioterapia adjuvantes, em remissão clínica. Foi encaminhada à consulta de Dermatologia por surgimento de um tumor na

axila direita doloroso, com odor fétido e em crescimento progressivo nos últimos 4 meses. Ao exame objetivo, verificou-se um tumor de coloração amarelo-esbranquiçada, com 3,5cm de maior eixo, de consistência mole, contornos irregulares, limites mal definidos e aderente aos planos profundos. Foram realizadas biópsias cutâneas, compatíveis com carcinoma sebáceo. No estudo imuno-histoquímico verificou-se perda expressão para MSH2 e MLH1, compatível com o diagnóstico de Síndrome Muir-Torre. Foi submetida a exérese do tumor com margens livres de neoplasia. Após 6 meses de seguimento, sem evidência de recidiva loco-regional ou à distância, bem como de neoplasias noutras localizações.

A Síndrome de *Muir-Torre* é uma doença hereditária de transmissão autossómica dominante, caracterizada pela predisposição para neoplasias benignas/malignas em várias localizações, incluindo pele (neoplasias com diferenciação a sebácea, queratoacantomas), trato gastrointestinal/hepatobiliar, trato geniturinário e sistema nervoso. Contrariamente aos casos esporádicos, as neoplasias sebáceas são mais frequentes em localizações atípicas, como tronco ou extremidades. A identificação precoce dos indivíduos em risco é essencial, uma vez que possibilita a implementação de programas de vigilância intensiva, medidas profiláticas e aconselhamento genético, permitindo a redução da morbimortalidade associada.

## HISTÓRIA DA DERMATOLOGIA PORTUGUESA

### P19 - Lições sobre Sífilis – Um curso de férias no Hospital dos Capuchos, em Janeiro de 1945

Paulo Lamarão<sup>1</sup>, R. Tavares-Bello<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital Beatriz Ângelo, Loures

<sup>2</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital dos Lusíadas, Lisboa

Em 1945, a Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia (SPDV) e a Sociedade Médica dos Hospitais Cívicos de Lisboa (SMHCL) organizaram um curso de aperfeiçoamento sobre Sífilis, no Hospital dos Capuchos.

Foram palestrantes Sá Penella, Juvenal Esteves, Caeiro Carrasco, Menéres Sampaio e Morais Cardoso pela SPDV e Diogo Furtado, Chaves Ferreira, Fernando Fonseca, Madeira Pinto, Mário Moreira e Dias Amado pela SMHCL. As 10 lições que constituíram o curso versaram o problema social e a profilaxia da doença, a sua patologia geral, uma atualização dos conhecimentos da época, a sífilis dos órgãos internos (pulmões, fígado, rins e sistema nervoso), a sífilis congénita, o diagnóstico laboratorial e, por fim, o seu tratamento.

Na lição sobre o tratamento, regista-se uma breve e tímida menção à penicilina, ressaltando que o número de doentes tratados e o período de observação tinha sido tão restrito que não permitiam apreciar completamente a atividade do fármaco como antissifilítico. De facto, em 1943, Mahoney tinha apresentado, nos Estados Unidos, os resultados preliminares da utilização da penicilina em quatro doentes com sífilis recente. Procedeu-se, nos meses seguintes, a um ensaio clínico multicêntrico e, em 1944, a penicilina passaria a ser o tratamento padrão para a sífilis, no Exército dos Estados Unidos.

Este curso foi compilado em livro, que só ficou finalizado em 1946. Nessa altura, a grande novidade, que estava a revolucionar o tratamento da sífilis, era a penicilina.

Para completar a publicação, um capítulo final – “Recentes aquisições sobre Sífilis (1943-45)”, sugeria prudência e ponderação na utilização da penicilina, não se afastando ainda os tratamentos clássicos de então. Citamos as palavras finais: “*Trata-se evidentemente, de um terreno novo, ainda incerto, onde apenas pisamos os primeiros passos, mas que se apresenta já bem pleno de promessas*”.

## INFEÇÃO E MANIFESTAÇÕES ASSOCIADAS

### P20 - Dermatofitose exuberante por *Trichophyton rubrum* num jovem imunocompetente

Cláudia Brazão<sup>1</sup>, D. Mancha<sup>1</sup>, L. Sun<sup>1</sup>, S. Antunes-Duarte<sup>1</sup>, B. Vidal<sup>2,3,4</sup>, J.A. Ferreira<sup>2,3,4</sup>, P. Filipe<sup>1,3,4</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE

<sup>2</sup> Laboratório de Micologia do Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE

<sup>3</sup> Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

<sup>4</sup> Unidade de Investigação de Dermatologia, IMM João Lobo Antunes, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

Apresentamos o caso de um homem de 19 anos, fototipo III de Fitzpatrick, estudante, sem comorbilidades, que recorreu ao Serviço de Urgência de Dermatologia por dermatose pruriginosa disseminada com cerca de 3 semanas de evolução, com atingimento do tronco, regiões inguinal e púbica, mãos e pés. O doente mencionava que o pai tinha dermatose semelhante e negava qualquer outra sintomatologia, utilização de novos fármacos ou produtos de aplicação tópica. No exame físico, observava-se dermatose disseminada caracterizada por placas eritematodescamativas com bordo ativo circinado com descamação esbranquiçada e tendência para cura central, na região inguinal, região púbica, tronco, mãos e pés (com atingimento do dorso, palmas, plantas e pregas interdigitais). Realizou-se colheita de escama cutânea para exame micológico direto e cultural. O exame direto foi positivo para filamentos septados. O exame cultural revelou colónia crescendo em superfície, algodoada, branco-creme, reverso castanho-avermelhado, sem pigmento difusível, na microscopia (coloração azul de lactofenol) com micélio fino e pouco ramificado, rico em corpos triangulares e corpos nodulares, com microconídeos em clava. A avaliação analítica não revelou alterações e as serologias virais foram negativas. Estabeleceu-se o diagnóstico de tinea corporis, tinea cruris, tinea manuum e tinea pedis por *Trichophyton rubrum*. O doente iniciou terapêutica com itraconazol 100mg 12/12h per os e fenticonazol creme com total resolução da dermatose após 1 mês.

Os dermatófitos são um grupo de fungos filamentosos multicelulares patogénicos que causam infeções cutâneas superficiais em humanos e animais. Estes incluem os géneros *Trichophyton* spp., *Microsporium* spp. e *Epidermophyton* spp. As espécies do complexo *Trichophyton rubrum* são estritamente antropofílicas e podem causar micoses superficiais da pele glabra, da pele com pelos e das unhas em indivíduos imunocompetentes, tendo elevada prevalência nos países ocidentais. Salientamos este caso pela exuberância do quadro clínico num doente imunocompetente, que manifestou diferentes formas clínicas de dermatofitose em simultâneo.

### P21 - Caso Clínico: Eumicetoma

Luzette Siuéia<sup>1</sup>; L. Cossa<sup>1</sup>; A. Mendonça<sup>1</sup>; N. Malumbe<sup>1</sup>; B. Pimentel<sup>2</sup>; A. Gusmão Palmeiro<sup>2</sup>; C. Castro<sup>2</sup>; A. Cunha<sup>1</sup>; C. Cumbane<sup>1</sup>; G. Luciano<sup>1</sup>; MG Catorze<sup>2</sup>; R. Bajanca<sup>2</sup>; J. Sousa<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia, Hospital Central de Maputo

<sup>2</sup> Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Hospital de Egas Moniz

Eumicetoma é uma infecção fúngica subcutânea crónica, localizada, que afecta preferencialmente os pés. Ocorre em áreas rurais de zonas tropicais e subtropicais, sendo mais comum em homens entre 20 e 40 anos de idade. A infeção dá-se por inoculação em áreas de descontinuidade da pele e a tríade clássica é constituída por edema, fistulas e drenagem de grãos.

Relata-se o caso de um homem de 30 anos, que recorreu ao serviço de Dermatologia por um quadro, de 7 anos de evolução, de tumefação indolor no joelho direito, após queda em solo arenoso. Ao longo deste tempo, por drenagem espontânea de exsudado negro do joelho, havia sido submetido a duas limpezas cirúrgicas na ortopedia. Ao exame objetivo, destacava-se: joelho direito com edema mole, depressível e indolor, e fistulas com crostas



hemorrágicas. O exame microscópico directo e cultural do exsudato revelou hifas septadas hialinas, compatíveis com *Scedosporium apiospermum* (*Pseudallescheria boydii*). À histologia, destacavam-se múltiplos microabscessos, infiltrado eosinofílico, neutrofilico, e células gigantes tipo corpo estranho, assim como presença de fungos filamentosos, evidenciados na coloração de Grocott e PAS. A avaliação analítica e radiológica não revelaram alterações. Assim, considerou-se o diagnóstico de micetoma e foi medicado com anfotericina B 170mg/dia EV (12 dias), fluconazol 200mg/dia (1 mês) seguido de itraconazol 200mg/dia (5 meses).

Reporta-se um caso clínico raro de micetoma diagnosticado e tratado com sucesso em Moçambique. O tratamento desta infecção inclui ciclos longos de antifúngicos orais e desbridamento cirúrgico. A prevenção destina-se a evitar a exposição aos fungos, usando equipamento de proteção ao manusear o solo, sobretudo nos locais endémicos.

## P22 - Diagnóstico inaugural tardio de lepra *borderline* tuberculóide

**Amyableth Moniz<sup>1</sup>, L. Siueia<sup>1</sup>, R. Manuel<sup>1</sup>, A. Cunha<sup>1</sup>, G. Cartoze<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia do Hospital Central de Maputo

<sup>2</sup>Serviço de Dermatologia do Hospital Egas Moniz

A lepra ou doença de Hansen é uma infecção granulomatosa, crónica, curável, mas associada a sequelas que podem ser graves. É provocada pelo *Mycobacterium leprae*, BAAR, parasita intracelular obrigatório com predileção pelos histiócitos do sistema nervoso periférico.

Quando não tratada, pode provocar deformidades e mutilações estigmatizantes para os doentes.

Descrevemos o caso clínico dum homem de 27 anos, com queixas de diminuição da sensibilidade térmica nas mãos nos últimos 2 anos. Seguiu-se o aparecimento de ulcerações periungueas com destruição das unhas e reabsorção das falanges distais das mãos. Houve também aparecimento de ulcerações plantar.

**Ao exame objetivo** observavam-se escassas máculas hipopigmentadas no tronco com diminuição da sensibilidade dolorosa. Nas mãos tinha ausência de algumas falanges distais, encurtamento das restantes e destruição ungueal de todas as unhas remanescentes.

Também tinha ulcerações plantares bilaterais indolores consistentes com mal perfurante plantar.

Exame neurológico: hipossensibilidade em luva e meia, trajetos nervosos superficiais sem espessamento ou dor.

**Baciloscopia no pavilhão auricular e muco nasal** –negativas.

**Exame histopatológico:** observa-se granuloma de células epitelióides com quantidade variadas de linfócitos e células gigantes multinucleadas que invadem a camada basal– ausência de faixa de Grenz- Lepra.

Estes dados, em conjunto com a clínica e a baciloscopia negativa (forma paucibacilar) são a favor do diagnóstico de lepra *borderline* tuberculóide.

Foi medicado com rifampicina 600mg/mês, dapsona 100mg/dia, clofazimina 300mg/mês + 50mg/ dia durante 12 meses.

Foi de lamentar o diagnóstico inaugural tardio. A OMS 2008 declarou a eliminação da lepra em Moçambique, porém dados recentes revelam aumento de notificação de novos casos e registo de deformidade de grau 2, dados que apontam para dificuldade de manter a eliminação da doença.

## P23 - Um nódulo eritematoso solitário num doente imunocomprometido

**Ivânia Soares<sup>1,2</sup>, C. Correia<sup>1,2</sup>, I. Amaral<sup>1,2</sup>, M. Correia<sup>1,2</sup>, L. Soares de Almeida<sup>1,2</sup>, P. Filipe<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia, Centro Hospital Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

<sup>2</sup> Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

A angiomatose bacilar é uma doença sistémica causada pela Bartonella quintana ou hensealae. É um bacilo gram-negativo com distribuição mundial. Os gatos são os principais reservatórios de B.henselae com capacidade de transmitir a doença através da saliva ou arranhões. É considerada uma infecção oportunística em indivíduos imunocomprometidos pela infecção com

vírus da imunodeficiência humana (VIH) não tratados mas também transplantados e doentes oncológicos. Raros são os casos em doentes imunocompetentes.

Reporta-se o caso de uma doente do sexo feminino, 32 anos, com diagnóstico de infecção VIH desde 2016, com má adesão à TRAV que recorreu ao serviço de urgência por surgimento de um nódulo doloroso e friável no pavilhão auricular direito com um mês de evolução. Referia astenia. Negava outros sintomas sistémicos e traumatismo local. Ao exame objetivo, identificava-se um nódulo eritematoso, friável, com pequenos focos hemorrágico na helix do pavilhão auricular direito. Analiticamente com linfopénia. Realizada biópsia cutânea por shaving cujo exame histopatológico revelou infiltrado inflamatório misto denso e difuso com linfócitos, plasmócitos, histiócitos e alguns neutrófilos e eosinófilos, presença de hiperplasia vascular coberta por ulceração, hiperplasia pseudoepiteliomatosa e tecido de granulação. Exame micobacteriológico e micológico negativos. Dados os aspetos sugestivos de angiomatose bacilar, iniciou terapêutica com doxiciclina 200mg/dia com resolução da lesão.

As lesões cutâneas da angiomatose bacilar, variam entre pápulas e nódulos angiomatosos, placas liquenoides, nódulos subcutâneos e úlceras. Quando o microorganismo dissemina sistemicamente, as manifestações cutâneas podem ser acompanhadas por sintomas sistémicos devido ao envolvimento de outros órgãos como o fígado, baço, osso, pulmão e sistema nervoso central. Atualmente é considerada uma doença rara que ocorre predominantemente em doentes em estadios avançados da infecção VIH com má adesão terapêutica. Este caso enfatiza a importância de considerar a angiomatose bacilar no diagnóstico diferencial deste tipo de lesões cutâneas. O diagnóstico precoce e a antibioterapia apropriada são essenciais para resolução da infecção e a morbimortalidade que se pode associar à infecção.

## P24 - Sífilis maligna em doente jovem imunocompetente

**Joana Resende Xará<sup>1</sup>, J. Teixeira<sup>1</sup>, J.C. Cardoso<sup>1</sup>, M. Brites<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução:** A sífilis maligna (SM) é uma manifestação rara de sífilis secundária que ocorre mais frequentemente em indivíduos imunocomprometidos, principalmente em doentes infetados com o vírus da imunodeficiência humana (VIH). No entanto, raramente também pode ocorrer em indivíduos imunocompetentes. É caracterizada por sintomas prodrómicos semelhantes aos da gripe, seguidos pelo desenvolvimento de múltiplas lesões papulosas, pustulosas e nodulares, que progridem rapidamente para úlceras necróticas e crostas rupioides. Descrevemos um caso desta apresentação rara numa jovem imunocompetente.

**Caso clínico:** Mulher de 25 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, recorreu ao serviço de urgência por um quadro com 3 meses de evolução de lesões cutâneas dolorosas disseminadas, com crescimento rápido, associadas a astenia, anorexia, perda ponderal e febre. Ao exame objetivo apresentava múltiplas lesões em placa e nodulares eritematovioláceas ulceradas, circulares a ovaladas, bem delimitadas, com cerca de 1 a 5 cm de diâmetro, algumas recobertas por crostas rupioides, distribuídas pela região cervical, tronco e braços. Apresentava ainda adenopatias cervicais e inguinais bilaterais. Perante este quadro, foram colocadas como hipóteses de diagnóstico sífilis, linfoma cutâneo, micose profunda e infecção por micobactérias. Do estudo realizado destacava-se R.P.R. reativo com título superior a 256 e serologias para VIH negativas. O exame histopatológico demonstrou um infiltrado inflamatório denso na derme superficial e profunda, constituído por numerosos plasmócitos, neutrófilos e células linfomononucleadas. Com base nestes achados, estabeleceu-se o diagnóstico de sífilis maligna e foi realizado tratamento com penicilina benzatínica G 2.4 milhões UI semanalmente durante três semanas, com desenvolvimento de reação Jarisch-Herxheimer inicialmente e resolução progressiva das lesões cutâneas.

**Conclusão:** Embora a SM esteja mais frequentemente associada à infecção pelo VIH, deve ser levantada como hipótese diagnóstica em doentes imunocompetentes com lesões papulonodulares ulceradas generalizadas. O diagnóstico e o tratamento precoces são essenciais para interromper a progressão da doença e o seu contágio.

## P25 - Mucormicose cutânea mimetizando celulite em doente imunodeprimido

Joana Resende Xará<sup>1</sup>, A. Martins<sup>1</sup>, D. Flor<sup>1</sup>, J.C. Cardoso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: A mucormicose é uma infeção fúngica invasiva grave causada por fungos filamentosos ubíquos da ordem Mucorales e que ocorre mais frequentemente em doentes imunocomprometidos, sendo rara em indivíduos imunocompetentes. A mucormicose cutânea é a terceira apresentação mais comum de mucormicose depois das formas rinocerebral e pulmonar. Na grande maioria dos casos é uma doença localizada, com uma menor taxa de mortalidade (10-30%), e a disseminação sistémica é incomum. Transmite-se através da inoculação direta dos esporos na derme por traumatismo, pele macerada sob pensos oclusivos ou feridas cirúrgicas.

Caso clínico: Homem, 60 anos, com antecedentes de aplasia medular, internado no serviço de hematologia por sépsis com ponto de partida em pneumonia no contexto de neutropenia. No dia 12 de internamento é pedida a colaboração da Dermatologia por lesão em placa com múltiplas petéquias, centrada por discreto descolamento bolhoso, localizada à face anterointerna da coxa esquerda, local prévio de penso oclusivo. Inicialmente colocada como hipótese de diagnóstico dermohipodermite bacteriana aguda. No dia 26 de internamento foi pedida nova reavaliação por agravamento do quadro cutâneo, com queixas algícas mantidas e picos febris diários, apesar dos vários ciclos de antibioterapia instituídos. À observação apresentava placa infiltrada de coloração equimótica, com 10x20 mm, com ulceração necrótica central. Dada refratariedade do quadro à terapêutica instituída realizou-se biópsia cutânea que revelou numerosas estruturas fúngicas, incluindo hifas largas, não septadas e ramificadas, com angulação próxima a 90°. A cultura de pele demonstrou positividade para fungos filamentosos do género *Rhizopus*, confirmando o diagnóstico de mucormicose cutânea. Foi iniciada terapêutica com Anfotericina B na dose 5mg/Kg/dia.

Conclusão: Embora a mucormicose cutânea possa clinicamente mimetizar uma celulite e tenha um amplo espectro de apresentações, é necessário um elevado grau de suspeição deste diagnóstico principalmente em doentes imunodeprimidos, com vista a um diagnóstico mais precoce, tratamento adequado e diminuição da mortalidade.

## P26 - Pápulas faciais e genitais em doente com síndrome da imunodeficiência adquirida

Méllissa M. de Carvalho<sup>1</sup>, R. Bajanca<sup>1</sup>, M. M. Valejo Coelho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Egas Moniz – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

O molusco contagioso (MC) é uma infeção cutânea provocada por um poxvírus, cuja transmissão ocorre por contacto direto e fómios. É mais frequente em crianças, mas também pode ocorrer em adultos. Na população pediátrica, esta infeção é comum e habitualmente benigna e autolimitada. Em adultos, constitui frequentemente uma doença sexualmente transmissível, mas a presença de lesões extragenitais, disseminadas, de grandes dimensões e desfigurantes, pode ser uma pista para o diagnóstico de imunossupressão subjacente, em particular síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA).

Uma mulher de 50 anos com SIDA recorreu a consulta de Dermatologia por múltiplas lesões assintomáticas na face e região púbica com 6 e 3 meses de evolução, respetivamente, após ter descontinuado a terapêutica antirretroviral (TARV) para infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) 1. À observação, apresentava pequenas pápulas arredondadas, rosadas, com bordos elevados, algumas com umbilicação central, a nível da face, em particular nas regiões periorificiais, e região púbica. Admitindo-se MC como principal hipótese diagnóstica, foi realizada biópsia cutânea para excluir outras entidades. O exame histopatológico confirmou o diagnóstico de MC. Após reintrodução da TARV, verificou-se progressiva resolução das lesões cutâneas.

Em doentes imunocomprometidos, em particular no contexto de infeção pelo VIH, algumas infeções oportunistas graves podem provocar lesões cutâneas que mimetizam MC, nomeadamente criptococose, histoplasmose, pneumocitose e outras infeções por fungos dimórficos, sendo importante

uma adequada investigação, incluindo biópsia cutânea, em casos de incerteza diagnóstica.

Com a descrição deste caso clínico, salientamos aspetos importantes da infeção pelo MC em doentes imunodeprimidos, em particular aqueles infetados pelo VIH, e relembramos os desafios diagnósticos das manifestações cutâneas em doentes imunodeprimidos.

## P27 - Eritema Induratum de Bazin: Um Alerta para Diagnóstico Diferencial em Lesões Cutâneas

João Soares<sup>1,2</sup>, I. Coutinho<sup>1</sup>, H. Oliveira<sup>1</sup>, J. Cardoso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC),

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC)

Descrevemos o caso de uma mulher de 29 anos, imigrante do Nepal, com lesões dolorosas com cerca de 1 mês de evolução. Inicialmente, surgiu um nódulo na perna esquerda com progressão de novas lesões nas coxas e braços. Observavam-se lesões papulo-nodulares eritematosas com endurecimento subcutâneo e superfície com colarete descamativo. Algumas lesões mais recentes tinham tonalidade mais viva, evoluindo para coloração violácea. Sem contactos com sintomas semelhantes. Sem queixas respiratórias. Foram colocadas as hipóteses de paniculite (*eritema induratum* de Bazin, eritema nodoso ou *lupus profundus*), dermatose neutrofilica, vasculite de médios vasos e sífilis secundária. Análises laboratoriais revelaram alterações de inflamação crónica (anemia normocítica de 11,6g/dL, velocidade de sedimentação 31mm/h), estudo de autoimunidade negativo, serologias (VDRL, hepatite B e C, HIV) negativas. O IGRA foi positivo. A biópsia revelou infiltrado granulomatoso incluindo células gigantes de Langhans, extensa necrose caseosa e fenómenos de vasculite de médios vasos cutâneos. A doente foi referenciada à consulta específica de tuberculose, tendo iniciado terapêutica para tuberculose latente. Após duas semanas de tratamento as lesões começaram a regredir, e atualmente apenas se observam manchas residuais nos membros inferiores.

Descrito pela primeira vez no século XIX, o *eritema induratum* de Bazin corresponde a uma tuberculide, ou seja, uma reacção de hipersensibilidade cutânea aos antígenos de *Mycobacterium tuberculosis* presentes num foco infeccioso extracutâneo. A histologia clássica inclui paniculite lobular granulomatosa com células gigantes de Langhans, necrose caseosa e vasculite, como observado nesta doente. Com uma prevalência de tuberculose acima de 20 casos por 100.000 habitantes, Portugal é dos países da União Europeia com mais casos de tuberculose, particularmente em algumas áreas do país como Porto, Lisboa e Setúbal. Assim, com este caso pretendemos alertar para uma manifestação cutânea de uma doença infecciosa potencialmente catastrófica com especial importância no nosso país.

## P28 - Tuberculose ganglionar: uma doença antiga a não esquecer

Cristina Gonçalves Castro<sup>1</sup>; C. Amaro<sup>1</sup>; R. Bajanca<sup>1</sup>; I. Viana<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; Lisboa, Portugal

A tuberculose constitui ainda uma patologia associada a morbimortalidade elevada, com incidência mundial estimada de 10.6 milhões de casos em 2021. Em Portugal, apesar da tendência decrescente recente, foram reportados 1513 casos em 2021 com 7.4% de reincidências. A tuberculose pulmonar é a forma mais comum, seguida das variantes ganglionar extratorácica e pleural com 7.7 e 5.3% dos casos, respetivamente.

Descreve-se o caso clínico de uma mulher de 81 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, doença cerebrovascular, cardiopatia isquémica, fibrilhação auricular, artrite reumatoide não medicada, anemia crónica de etiologia indeterminada e internamento prolongado na infância por adenopatias múltiplas. Foi referenciada por dermatose com 4 meses de evolução, localizada à região cervical anteroinferior e lateral esquerda, constituída por nódulos dolorosos e supurativos, refratários a antibioterapia com flucloxacilina e amoxicilina e ácido clavulânico empíricos. Objetivavam-se nódulos e placas eritemato-violáceas, ulcerados, sem flutuação e escasso exsudado purulento. Analiticamente, destacava-se anemia normocítica

normocrômica agravada, elevação de ferritina e velocidade de sedimentação. O estudo imagiológico revelou múltiplas adenopatias laterocervicais bilaterais com extensa necrose e focos de calcificação. Foi realizada biópsia incisiva cervical esquerda e colheita de exsudado. O exame histopatológico evidenciou inflamação granulomatosa da derme, escassas áreas de necrose, células gigantes do tipo Langhans e raros neutrófilos. Não se identificaram bacilos álcool-ácido resistentes na coloração Ziehl-Neelsen. A pesquisa de *Mycobacterium tuberculosis* complex por RT-PCR do material de biópsia foi positiva.

Obtido o diagnóstico de tuberculose ganglionar em doente com história compatível na infância, procedeu-se a referência para o Centro de Diagnóstico Pneumológico da área de residência para início de terapêutica. Uma das limitações encontradas para a diminuição da incidência de tuberculose é a dificuldade no estabelecimento de diagnóstico atempado, o qual depende largamente da instrução de doentes e profissionais de saúde para sinais de alerta, particularmente nas formas extrapulmonares que encerram maiores desafios diagnósticos.

## P29 - Úlcera de Lipschütz: uma entidade a não esquecer

Lanyu Sun<sup>1</sup>, C. Brazão<sup>1</sup>, D. Mancha<sup>1</sup>, P. Vasconcelos<sup>1</sup>, L. Soares-de-Almeida<sup>1,2,3</sup>, P. Filipe<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, Lisboa

<sup>2</sup>Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa

<sup>3</sup>Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa

O diagnóstico diferencial de úlceras genitais é desafiante na prática clínica. Em indivíduos previamente saudáveis, as úlceras vulvares são causadas principalmente por infeções sexualmente transmissíveis (IST's). A úlcera de Lipschütz, descrita pela primeira vez em 1912, é uma condição não adquirida sexualmente, provavelmente subdiagnosticada, caracterizada pelo aparecimento súbito de úlceras genitais dolorosas e necróticas, que afeta geralmente adolescentes ou mulheres jovens, não sexualmente ativas. Descreve-se uma adolescente de 16 anos, sem antecedentes pessoais relevantes e sem história prévia de contacto sexual. Recorreu ao Serviço de Urgência por uma ulceração vulvar única, muito dolorosa, de bordo elevado e bem definido, exsudativa e com fundo necrótico, com 2 cm de maior diâmetro. Negava episódios anteriores semelhantes. Referiu história de abcesso dentário uma semana antes do aparecimento da ulceração. A cultura e a pesquisa do herpes vírus simples 1 e 2 por PCR em zaragatoa foram ambas negativas. Laboratorialmente destacava-se ligeiro aumento dos parâmetros inflamatórios e serologia para a *Chlamydia pneumoniae* compatível com infeção aguda (IgA positivo e IgG negativo). O rastreio de IST's e as outras serologias infecciosas foram todas negativas. A doente foi medicada com betametasona 1mg/g + ácido fusídico 20mg/g creme 2x/dia e analgesia oral. Na reavaliação 3 semanas depois, verificou-se uma cicatrização muito favorável da ulceração. A úlcera de Lipschütz caracteriza-se pelo aparecimento de uma ou múltiplas ulcerações grandes ( $\geq 10$  mm), profundas e dolorosas, com aparência parcialmente simétrica ("kissing pattern"). Embora a sua fisiopatologia seja desconhecida, pensa-se que consiste numa resposta imune exuberante a uma infeção aguda, mediada por linfócitos B e T. Os agentes infecciosos mais frequentemente identificados são o vírus *Epstein-Barr* e o *Mycoplasma pneumoniae*, não existindo na literatura nenhum caso reportado precedido pela infeção por *Chlamydia pneumoniae*. O diagnóstico é clínico e as ulcerações são autolimitadas, resolvendo-se habitualmente sem deixar cicatriz em 2-3 semanas.

## P30 - Condiloma acuminado gigante extragenital tratado com cirurgia

Lanyu Sun<sup>1</sup>, C. Brazão<sup>1</sup>, D. Sousa<sup>1</sup>, D. Mancha<sup>1</sup>, P. Vasconcelos<sup>1</sup>, L. Soares-de-Almeida<sup>1,2,3</sup>, P. Filipe<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, Lisboa

<sup>2</sup>Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa

<sup>3</sup>Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa

O condiloma acuminado gigante (CAG), também conhecido como tumor de Buschke-Löwenstein, é uma doença rara da região anogenital. É considerado um tumor localmente agressivo com aparência histológica benigna, mas com potencial de crescimento destrutivo, transformação maligna e altas taxas de recorrência (até 60%). Ocorre mais frequentemente em homens com menos de 50 anos e em indivíduos imunodeprimidos. CAG de localização extragenital é raro e na maioria dos casos localizam-se nas áreas intertriginosas. Descreve-se um homem de 49 anos, fototipo III de Fitzpatrick, sem antecedentes pessoais relevantes. Referenciado por tumor na região supra-púbica com 4 anos de evolução. Ao exame objetivo, observava-se um tumor verrucoso exofítico, com cerca de 8x4 cm de dimensão e com exsudação purulenta. A biópsia cutânea confirmou tratar-se de CAG pelo que o doente foi submetido a excisão cirúrgica do tumor. O exame histopatológico da peça cirúrgica não evidenciou transformação maligna. A genotipagem do vírus do papiloma humano (HPV) por PCR foi positiva para o HPV-6. A pesquisa do VIH-1 e -2 foi negativa e a TC abdominal e pélvica não mostrou alterações relevantes. Alguns autores consideram CAG uma entidade intermédia entre o CA e o carcinoma espinocelular (CEC) enquanto outros a classificam como um carcinoma verrucoso da área anogenital. De acordo com estudos recentes, CAG e carcinoma verrucoso devem ser considerados como entidades separadas. O seu desenvolvimento está fortemente associado à infeção por HPV de baixo risco, principalmente HPV-6 e -11. Histologicamente, o tumor é caracterizado por papilomatose, hiperqueratose, paraqueratose, acantose e colicidose. A avaliação histológica cuidadosa é crucial para excluir a transformação em CEC. A excisão cirúrgica alargada, parece ser a opção terapêutica preferencial. O seguimento a longo prazo destes doentes é necessário tendo em conta a sua alta taxa de recorrência local.

## P31 - Condiloma lata vulvar e oral em imunocompetente como manifestação de sífilis secundária

Joana Vieitez Frade<sup>1</sup>, J. Vasconcelos<sup>1</sup>, L. Soares-de-Almeida<sup>1,2,3</sup>, P. Filipe<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa.

<sup>2</sup>Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa.

<sup>3</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, IMM João Lobo Antunes, Universidade de Lisboa, Lisboa.

A sífilis é uma doença infecciosa de transmissão sexual e vertical causada pela espiroqueta *Treponema pallidum subsp. pallidum*. Nos últimos anos, esta infeção tem ressurgido nos países desenvolvidos, especialmente no grupo de homens que têm sexo com homens, mas também em mulheres e homens heterossexuais.

Destacamos o caso de uma doente do sexo feminino, 34 anos, fotótipo IV de Fitzpatrick, sem antecedentes pessoais relevantes, incluindo infeções sexualmente transmissíveis (IST). Recorreu à urgência de Dermatologia por surgimento de cheiro fétido e lesões vulvares dolorosas com cerca de 3 semanas de evolução. Negou sintomatologia prévia ou concomitante. Referia relações sexuais desprotegidas com 4 parceiros nos últimos 6 meses, aparentemente sem sintomas. Ao exame objetivo, verificaram-se múltiplos nódulos verrucosos, alguns confluentes, com 1cm máximo de maior eixo, distribuídos assimetricamente pelo períneo, bem como uma placa esbranquiçada com 2cm no palato duro. Na avaliação laboratorial, destacou-se TPHA positivo e VDRL reativo (128dils). O rastreio das restantes IST foi negativo. Foram realizadas biópsias cutâneas compatíveis com condiloma lata. Foi medicada com dose única de penicilina G benzatínica 2, milhões de unidades via intramuscular. A doente faltou às consultas subsequentes de seguimento, pelo que não foi possível aferir evolução clínica e serológica.

Salientamos o caso em questão pela exuberância das manifestações clínicas e desafio diagnóstico, lembrando que esta entidade, apesar de rara em mulheres imunocompetentes, deve ser considerada no diagnóstico diferencial de condilomas acuminados e carcinoma espinocelular.



## P32 - Alternariose cutânea – feohifomicose emergente em imunodeprimidos

André Aparício Martins<sup>1</sup>, J. Xará<sup>1</sup>, D. Flor<sup>1</sup>, L. Ramos<sup>1</sup>, J. C. Cardoso<sup>1</sup>, M. M. Brites<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

A alternariose cutânea é uma feohifomicose pouco frequente, reconhecida como uma infeção oportunista emergente em doentes imunodeprimidos, sobretudo transplantados. A infeção é adquirida através de inoculação traumática, na sequência do contacto com solo ou plantas contaminadas.

Descrevemos o caso de uma doente do sexo feminino de 59 anos, transplantada renal, com lesões cutâneas assintomáticas no antebraço esquerdo e perna direita, com 3 meses de evolução. Negava traumatismo local, mas referia prática frequente de jardinagem. Ao exame objetivo apresentava 4 nódulos eritemato-violáceos, cobertos por escama fina e crosta central hemática na face posterior do antebraço esquerdo e da perna direita. As biópsias cutâneas revelaram hifas e estruturas esporuladas na histopatologia, e a cultura foi positiva para fungos filamentosos do género *Alternaria*. Estabelecido o diagnóstico de alternariose cutânea, foi iniciada terapêutica com itraconazol 200 mg id, reduzida a dose de tacrolimus e realizada a excisão cirúrgica das lesões de maiores dimensões. Houve resolução completa da dermatose após 8 semanas de tratamento, mantendo-se sem recidiva da infeção.

A alternariose cutânea manifesta-se por pápulas ou nódulos eritemato-violáceos, em áreas expostas dos membros, como mãos, antebraços e pernas. Ocasionalmente, as lesões podem apresentar-se cobertas por escama ou crosta e ter uma distribuição multifocal, como no caso descrito. A imunossupressão e o contacto com plantas apoiam este diagnóstico. Contudo, a identificação do agente em amostras estéreis é necessária para a sua confirmação. Os achados histopatológicos incluem infiltrado granulomatoso, frequentemente supurativo, e presença de estruturas fúngicas, incluindo hifas. No entanto, dado o seu carácter inespecífico, é necessária a realização de culturas para a identificação do agente. O tratamento baseia-se na combinação da excisão cirúrgica com antifúngicos sistémicos, como o itraconazol. A redução da imunossupressão melhora a resposta imunitária do doente e reduz o impacto de interações medicamentosas, em particular com os inibidores da calcineurina.

## P33 - Infeção cutânea por *Alternaria infectoria* em doente transplantado renal”

José Alberto Ramos<sup>1</sup>, A. M. Silva<sup>1</sup>, A. Monteiro<sup>1</sup>, D. Cerejeira<sup>2</sup>, J. Alves<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatovenereologia, Hospital Garcia de Orta E.P.E, Almada.

<sup>2</sup> Serviço de Dermatologia, Hospital Pedro Hispano E.P.E, Matosinhos.

Homem de 69 anos, com antecedentes pessoais de doença renal poliquística submetido a transplante renal em 2020, medicado neste contexto com tacrolimus oral e prednisolona. É referenciado à consulta de Dermatologia pelo aparecimento de múltiplas ulcerações do antebraço e membro inferior direito com 6 meses de evolução. Ao exame objetivo, observava-se na face antero-interna da perna direita a presença de quatro ulcerações ovaladas, com distribuição linear, em padrão esporotricóide, cobertas por tecido de granulação, e ulceração única de características semelhantes na face posterior do antebraço direito.

Por suspeita de infeção bacteriana foi medicado empiricamente com doxiciclina e após resultado de exame cultural bacteriológico de biópsia cutânea (*Staphylococcus aureus* e *Proteus mirabilis*) iniciou antibioterapia dirigida com amoxicilina e ácido clavulânico, sem melhoria clínica. O exame histológico da biópsia cutânea foi inespecífico.

Perante a falência clínica à antibioterapia prescrita colocaram-se como hipóteses diagnósticas mais prováveis: infeção fúngica profunda, micobacteriose e leishmaniose cutâneas. Neste sentido foi repetida a biópsia cutânea para exame histológico e realizado biópsia para exame cultural micobacteriológico e micológico. Após resultados iniciais histopatológicos sugestivos de infeção fúngica (observados numerosos esporos e hifas septadas na profundidade da amostra pelas colorações de PAS e Grocott), foi medicado com itraconazol 400 mg/dia que cumpriu durante 1 mês.

Na consulta de reavaliação verificou-se melhoria clínica, com destaque para o isolamento de *Alternaria infectoria* no exame cultural micológico. A terapêutica antifúngica foi prolongada durante mais 4 meses com itraconazol 200 mg/dia, observando-se cicatrização total das lesões. Durante o tratamento manteve a terapêutica com tacrolimus, com doseamento periódico dos níveis séricos do fármaco.

As feohifomicoses (infeções oportunistas causadas por várias espécies de fungos, em que se inclui as espécies de *Alternaria*) devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de lesões cutâneas crónicas, sobretudo em doentes submetidos a transplante de órgão e que cumpram medicação imunossupressora sistémica prolongada.

## P34 - Micose profunda a *Alternaria alternata* numa doente transplantada renal

Margarida Brito Caldeira<sup>1</sup>, B. Vilela<sup>1</sup>, A. João<sup>1</sup>, C. Fernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatovenereologia do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

As infeções cutâneas por *Alternaria* spp. ocorrem particularmente em doentes imunocomprometidos, dos quais os transplantados de órgão sólido são a maioria. Representam, assim, uma infeção oportunista num hospedeiro com imunidade comprometida por iatrogenia ou patologia de base. As espécies *Alternaria alternata* e *Alternaria infectoria* são as mais frequentemente associadas a infeções em humanos.

Apresentamos o caso de uma mulher de 63 anos, que se encontrava no segundo transplante renal por glomerulonefrite crónica. Tinha sido transplantada há 6 meses, encontrando-se medicada diariamente com tacrolimus 6mg, micofenolato de mofetil 500+500mg e prednisolona 10mg. Recorreu à consulta de Dermatologia por lesões cutâneas no membro inferior direito com cerca de 1 mês de evolução, objetivando-se múltiplos nódulos eritemato-violáceos com cerca de 1cm, alguns confluentes em placa, ulcerados, distribuídos pelo terço médio e inferior da perna direita, de consistência endurecida. Foi efetuada biópsia cutânea puncional para hematoxilina/eosina e microbiologia. A primeira demonstrou a presença de numerosos esporos e filamentos septados de parede espessa na derme profunda, os quais eram PAS positivos. O exame microbiológico isolou o fungo *Alternaria alternata*. Dada a presença de múltiplas lesões, optou-se por iniciar apenas terapêutica oral em detrimento da terapêutica cirúrgica ou com criocirurgia, tendo iniciado itraconazol oral, inicialmente na dose de 400mg diários, com posterior aumento para 600mg diários por refratariedade. A doente cumpriu 6 meses desta terapêutica, com resolução completa das lesões cutâneas. Nunca se verificaram sintomas sistémicos nem do trato respiratório superior. A dose de tacrolimus foi reduzida pela interação com itraconazol, não se verificando falência do transplante.

## P35 - Nódulos granulomatosos na face de um doente idoso

Inês Pereira Amaral<sup>1</sup>, C. Correia<sup>1</sup>, I. Soares<sup>1</sup>, M. Pupo Correia<sup>1</sup>, P. de Vasconcelos<sup>1</sup>, L. Soares de Almeida<sup>1,2</sup>, P. Filipe<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte EPE

<sup>2</sup> Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

A *Serratia marcescens*, um bacilo gram-negativo anaeróbio facultativo pertencente à família das Enterobacteriaceae, é um agente patogénico raramente implicado em infeções cutâneas. A sua capacidade de sobrevivência em condições adversas torna-a um agente predominante em infeções nosocomiais, sendo mais prevalente em indivíduos idosos e imunocomprometidos. As infeções cutâneas manifestam-se em 2 formas principais: aguda, incluindo celulite, abscessos, ulcerações, e crónica, com a formação de nódulos e lesões granulomatosas persistentes.

Reportamos o caso de um doente do sexo masculino, de 85 anos, com antecedentes de trombocitémia essencial e gamapatia monoclonal de significado indeterminado. O doente recorreu ao Serviço de Urgência de Dermatologia por quadro de seis nódulos dolorosos na hemiface esquerda, com padrão esporotricóide, com evolução de cerca de 3 meses. Além disso, referia um episódio único de ulceração e drenagem espontânea de conteúdo

purulento. Previamente ao surgimento das lesões, apresentou quadro persistente de blefarite e hordéolos das pálpebras do olho homolateral, tendo realizado terapêutica com azitromicina, flucloxacilina e doxiciclina, sem melhoria. Não havia evidência de contexto epidemiológico e o doente negava qualquer sintomatologia sistémica. A avaliação analítica não revelou alterações de relevo. A biópsia cutânea demonstrou granulomas supurativos com necrose central na derme e o exame bacteriológico da biópsia isolou *Serratia marscencens* sensível a gentamicina, piperacilina/tazobactam e cotrimoxazol. Foram excluídos outros diagnósticos diferenciais. O doente iniciou terapêutica dirigida com piperacilina/tazobactam durante o internamento, e posteriormente com cotrimoxazol oral, com resolução completa do quadro clínico.

Este caso destaca a importância de considerar microrganismos atípicos no diagnóstico diferencial de nódulos cutâneos com padrão esporotricóide, particularmente em indivíduos idosos ou imunocomprometidos, destacando a variedade de apresentações clínicas associadas à infeção por *Serratia marscencens*.

### P36 - Pustulose generalizada por reativação de herpes simplex: relato de um caso

Carlos M. Nogueira<sup>1</sup>, C. Cerqueira<sup>1</sup>, A. G. Lopes<sup>1</sup>, M. J. Guimarães<sup>1</sup>, T. Pereira<sup>1</sup>, J. Gomes<sup>1</sup>, C. Brito<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Braga

Apresentamos o caso de uma doente de 24 anos de idade, sem antecedentes conhecidos, que recorreu ao Serviço de Urgência (SU) após desenvolvimento de uma erupção pustulosa e febre com cinco dias de evolução, com início no couro cabeludo e posterior progressão cefalo-caudal. A doente referia história de uma infeção respiratória superior cerca de um mês antes e negava exposição a fármacos, bem como outros fatores epidemiológicos relevantes. Ao exame físico, apresentava várias pústulas em fundo eritematoso, agrupadas e confluentes, dispersas pelo couro cabeludo, região cervical, pavilhões auriculares, tórax e região genital. Palpavam-se adenopatias cervicais e retroarticulares infracentrímetras dolorosas. Do estudo complementar realizado, a destacar a presença de leucocitose com neutrofilia, elevação da proteína C reativa e da velocidade de sedimentação. Ainda no SU, foi prescrita antibioterapia com amoxicilina/ácido clavulânico. A doente ficou internada para estudo, tendo iniciado tratamento com ciclosporina pela suspeita de psoríase pustulosa generalizada, embora com agravamento e aparecimento de novas lesões nos dias subsequentes.

As serologias infecciosas e estudo de autoimunidade foram negativos. Foi realizada ainda uma radiografia de tórax e uma ecografia abdominal, sem alterações. As hemoculturas e bacteriológico do pus foram negativos, mas a pesquisa de DNA de herpes-simplex 1 foi positiva, confirmando o diagnóstico de infeção por herpes. Quando questionada, a doente referiu crises frequentes de herpes labial. O tratamento com ciclosporina foi suspenso e a doente iniciou valaciclovir, com resolução gradual do quadro.

Este caso reforça a importância de não prescindir da pesquisa de DNA dos vírus herpes em erupções com pústulas ou vesículas agrupadas, ainda que muito exuberantes ou atípicas. O caso descrito reflete uma apresentação incomum de uma reativação de herpes: a doente desenvolveu uma erupção pustulosa (e não vesicular) extensa, não apresentando qualquer evidência clínica ou analítica de imunossupressão.

## INFLAMATÓRIA

### P37 - Líquen nítido num doente VIH-positivo: a importância da dermatoscopia

Inês Pereira Amaral<sup>1</sup>, M. Pupo Correia<sup>1</sup>, I. Soares<sup>1</sup>, P. Vasconcelos<sup>1</sup>, L. Soares de Almeida<sup>1,2</sup>, P. Filipe<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte EPE

<sup>2</sup> Clínica Universitária de Dermatovenereologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa

O diagnóstico diferencial de lesões cutâneas em doentes com infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) apresenta desafios únicos em virtude das vastas manifestações cutâneas associadas. A dermatoscopia representa uma ferramenta crucial na avaliação de múltiplas lesões dermatológicas, proporcionando indícios que facilitam o diagnóstico diferencial. O líquen nítido (LN) é uma dermatose idiopática crónica, pouco frequente, tipicamente encontrada em idade pediátrica e jovens adultos.

Reportamos o caso de um doente de 51 anos, do sexo masculino, fototipo V de Fitzpatrick, referenciado à consulta urgente de Dermatologia. Da história progressa apura-se o diagnóstico de infeção pelo VIH desde há 2 anos, sob terapêutica antirretroviral, com carga viral indetectável. O doente foi encaminhado devido ao aparecimento de múltiplas pápulas arredondadas, hipopigmentadas, de dimensões inframilimétricas, agrupadas, e assintomáticas no dorso e membros superiores, com 3 semanas de evolução. À dermatoscopia foram observadas áreas circulares brancas, bem definidas, com 0,5 a 1 mm de diâmetro, caracterizadas por uma superfície lisa e uma sombra castanha central. Para confirmação diagnóstica, foi realizada uma biópsia cutânea, que revelou hiperplasia da epiderme com área central de atrofia, um infiltrado linfocitário denso na derme superficial, e hiperplasia das papilas dérmicas cicundantes (configuração em “ball and claw”, característica). Estes achados foram consistentes com o diagnóstico de LN. Em virtude da sua natureza tipicamente assintomática e tendência para a resolução espontânea, o tratamento é direcionado para os casos sintomáticos ou generalizados de LN. É imperativo tranquilizar os doentes quanto à evolução benigna da doença.

Este caso sublinha a importância de considerar o LN em doentes VIH positivo, destacando a utilidade de reconhecer os achados dermatoscópicos no seu diagnóstico.

### P38 - Consulta bidisciplinar de Artrite Psoriática: dez anos de experiência num centro terciário

Carolina Ochoa Matos<sup>1,2</sup>, F. Cunha Santos<sup>3</sup>, A. Silva<sup>1,2</sup>, M. Alpalhão<sup>4,5</sup>, P. Filipe<sup>4,5</sup>, J. Eurico Fonseca<sup>1,2</sup>, C. Miranda Rosa<sup>1</sup>, J. Antunes<sup>4,5</sup>, E. Vieira-Sousa<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Centro Académico de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal;

<sup>2</sup> Unidade de Investigação em Reumatologia -JE Fonseca Lab, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Centro Académico de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal;

<sup>3</sup> Serviço de Reumatologia, Unidade Local de Saúde da Guarda, - Hospital Sousa Martins, Guarda, Portugal;

<sup>4</sup> Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Centro Académico de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal;

<sup>5</sup> Clínica Universitária de Dermatologia de Lisboa, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa, Portugal.

Introdução: A artrite psoriática (AP) é uma doença inflamatória crónica caracterizada por fenótipos heterogêneos, o que torna o diagnóstico precoce, assim como os alvos de remissão, difíceis de estabelecer. Apesar da escassez de dados sobre unidades bidisciplinares, há evidência de melhoria no controlo da AP. O objetivo deste estudo foi descrever os principais resultados da consulta de AP instituída no Hospital de Santa Maria durante um período de aproximadamente 10 anos.

Metodologia: Estudo unicêntrico, transversal, de todos os doentes observados na consulta de Reumatologia/Dermatologia do Hospital de Santa Maria entre novembro de 2010 e fevereiro de 2021. O número total de consultas e doentes, o motivo de referência (diagnóstico ou decisão de tratamento), os diagnósticos cutâneos e musculoesqueléticos definitivos e as modificações de tratamento foram registados. Os dados demográficos, a duração da doença, os índices de atividade e a terapêutica foram avaliados usando o Reuma.pt.

Resultados: Foram realizadas 569 consultas, correspondendo a 509 doentes, 54.9% do sexo masculino, com idade média de 50.4 anos. O principal motivo de referência foi confirmação de diagnóstico (55.2%). 36.0% dos doentes tinham diagnóstico previamente estabelecido de psoríase (PsO) e 45.0% de AP. O diagnóstico “de novo” de PsO e AP foi estabelecido em 28.7% e 42.5% dos casos, respetivamente. Nos doentes cujo diagnóstico de AP não foi estabelecido, o principal diagnóstico alternativo foi osteoartrose [periférica

(n=70) ou axial (n=29)], fibromialgia (n=22), tendinite/entesite (n=20) e espondilartrite axial sem PsO (n=19). Os principais diagnósticos dermatológicos foram dermatite seborreica (n=15), distrofia ungueal (n=15), onicomicose (n=14) e eczema (n=9). Naqueles com diagnóstico confirmado de AP (n=329), o tratamento foi modificado devido a atividade cutânea (61,5%), musculoesquelética (28,8%) ou ambas (9,6%).

Conclusão: Este estudo mostra o impacto, através da precisão diagnóstica e modificações do tratamento, de mais de 10 anos após implementação duma consulta multidisciplinar nacional de AP.

### P39 - Erythema dyschromicum perstans: A Mysterious Skin Disorder

Inês Abreu, J. Patrocínio, M. Reis, L. Soares de Almeida, P. Filipe

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria

Disorders related to changes in skin pigmentation encompass a diverse group of skin conditions characterized by an excess of melanin-derived chromophores (hyperpigmentation) and/or an increase in non-melanin-derived chromophores (hyperchromias). Hyperpigmentation involves the darkening or intensification of the skin's natural color, typically caused by an augmented deposition of melanin (hypermelanosis) in the epidermis and/or dermis. Hyperpigmentation can manifest in a wide array of clinical conditions, spanning from normal variations in skin color to conditions acquired or inherited. While generally non-harmful, it can lead to significant cosmetic concerns and become an enduring psychosocial challenge due to the limited effectiveness of available treatments.

Erythema Dyschromicum Perstans (EDP), also known as Ashy Dermatitis or Dermatitis Cenicienta, is a rare and enigmatic dermatological condition characterized by chronic, asymptomatic, and progressive grayish-blue or ashy-colored patches on the skin. First described in the medical literature in the 1950s, EDP remains a relatively poorly understood disorder with many aspects yet to be elucidated. This essay aims to provide an overview of Erythema Dyschromicum Perstans, including its clinical presentation, epidemiology, etiology, diagnosis, and potential management approaches, while also presenting a case report of a 61-year-old woman who first came to a Dermatological consult due to hyperpigmentation in her face that had appeared and slowly progressed in the last year. In the first appointment, the patient had slate-gray macules distributed in a reticular pattern throughout her face and neck, only sparing the submentonian area. A skin biopsy was performed and it showed a lymphohistiocytic infiltrate in the papillary dermis consistent with the diagnosis of EDP. The patient initiated topical tacrolimus for a month without any improvement and it is now on a trial with topical corticosteroids. This case serves to raise awareness among dermatologists of EDP as an important differential diagnosis regarding a slowly progressive dermatosis with hyperpigmentation.

### P40 - Custo-utilidade de abrocitinib no tratamento de adultos com dermatite atópica moderada a grave em Portugal

Margarida Borges<sup>1,2</sup>, C Lopes<sup>3</sup>, MJ Paiva-Lopes<sup>4</sup>, T Torres<sup>5</sup>, AR Travassos<sup>6</sup>, B Pinheiro<sup>1</sup>, L Silva Miguel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Evigrade, uma empresa IQVIA;

<sup>2</sup>Laboratório de Farmacologia Clínica e Terapêutica, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal;

<sup>3</sup>Unidade local de saúde de Matosinhos;

<sup>4</sup>Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central;

<sup>5</sup>Centro Hospitalar Universitário do Porto;

<sup>6</sup>Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte.

OBJETIVOS:

Estimar a relação custo-utilidade de abrocitinib, comparativamente a dupilumab, no tratamento da dermatite atópica (DA) moderada a grave, em doentes com resposta inadequada ou não-elegíveis para terapêutica sistémica, em Portugal.

MÉTODOS:

O modelo de custo-efetividade utilizado combina uma árvore de decisão de 1 ano, que captura a resposta inicial ao tratamento, e um modelo de Markov, que permite seguir os doentes a longo prazo. A resposta foi definida como uma melhoria de  $\geq 75\%$  no Eczema Area and Severity Index (EASI) em relação à linha de base. Os doentes permanecem em tratamento até perda de eficácia ou efeitos adversos (EA). As probabilidades de resposta, EA e descontinuação foram estimados a partir de uma meta-análise em rede, e de ensaios clínicos com abrocitinib e dupilumab. Assumiu-se que o efeito de tratamento decresce linearmente e que a DA não tem impacto na mortalidade. Os ponderadores de utilidade para respondedores foram estimados aplicando as tarifas EQ-5D-5L portuguesas aos dados EQ-5D-5L recolhidos nos ensaios clínicos de abrocitinib. Para os não-respondedores utilizaram-se as variações reportadas na submissão de dupilumab ao NICE. O consumo de recursos no seguimento da doença baseou-se num painel de peritos e na base de dados de morbilidade hospitalar. Os custos unitários basearam-se na legislação nacional e nas fontes oficiais de preços de medicamentos. Assumiu-se a perspetiva do Serviço Nacional de Saúde, um horizonte temporal lifetime e uma taxa de atualização anual de 4%. A robustez do modelo e dos resultados foi avaliada através de análises de sensibilidade determinística e probabilística.

RESULTADOS:

Abrocitinib é dominante comparativamente a dupilumab, estando associado a um aumento de 0,09 anos de vida ajustados à qualidade (QALYs) e a uma redução dos custos.

CONCLUSÕES:

Abrocitinib é uma alternativa efetiva no tratamento da DA moderada a grave com resposta inadequada ou não-elegíveis para terapêutica sistémica.

FONTES DE FINANCIAMENTO:

O estudo foi financiado por Pfizer, não tendo o financiamento sido condicional à natureza dos resultados, que são da exclusiva responsabilidade dos autores.

### P41 - Pioderma gangrenoso pós-cirúrgico: um desafio diagnóstico e terapêutico

Patrícia Amoedo<sup>1</sup>, Matos P<sup>1</sup>, Coelho AR<sup>2</sup>, Pedrosa, AF<sup>1,3</sup>, Baudrier T<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

<sup>2</sup> Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

<sup>3</sup> Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e CENTESIS, Porto, Portugal

INTRODUÇÃO

Pioderma gangrenoso (PG) é uma dermatose neutrofílica ulcerativa, de etiologia mal-esclarecida que pode surgir como uma complicação cirúrgica rara.

Caso Clínico

Uma mulher de 59 anos, sem antecedentes de relevo, foi encaminhada para a consulta de dermatologia por ferida crónica na mama esquerda, junto ao local de incisão de cirurgia de redução mamária, realizada 6 meses antes. Previamente tinha realizado antibioterapia oral e 2 enxertos cutâneos sem melhoria. À nossa observação apresentava úlcera peri-areolar, inferomedial, de limites irregulares e bordos escavados. A biópsia mostrou infiltrado inflamatório polimórfico com migração transepidermica de neutrófilos a esboçar pústulas, integrável no diagnóstico de PG. O estudo microbiológico foi negativo. Foi tratada com prednisolona (1mg/Kg/dia, PO) e ciclosporina (400 mg/dia, PO), sem melhoria. Foram ponderadas outras alternativas, nomeadamente anti-TNF, mas após discussão com a doente, optou-se por tentar tratamento com dapsona (100mg/dia) com melhoria franca após 1 mês de tratamento e boa tolerância ao tratamento.

DISCUSSÃO

O PG é uma dermatose neutrofílica, auto-inflamatória, comumente associada a outras patologias, como doença inflamatória intestinal, artrite reumatóide e neoplasias hematológicas. Pode ainda surgir por fenómenos patérgicos no local da incisão cirúrgica, no pós-operatório precoce. A maioria dos casos de PG pós-cirúrgico (PGPC) estão associados a cirurgia de mama, especialmente mastoplastia redutora e reconstrução mamária, sendo habitualmente bilateral e poupando a área mamilo-areolar. Os achados histológicos são inespecíficos, sendo o diagnóstico PG essencialmente clínico,



contudo, como neste caso, é frequentemente interpretado como infecção pós-cirúrgica. A maioria dos casos respondem a altas doses de corticosteroides orais, sendo ciclosporina e os anti-TNF as principais opções de segunda linha, contudo há relatos de sucesso com outros fármacos, nomeadamente com a dapsona, um fármaco imunomodulador, com efeito inibitório sobre os neutrófilos. Em resumo, feridas pós-cirúrgicas crónicas, na ausência de infecção devem levantar a possibilidade de PGPC, sendo a dapsona uma alternativa eficaz e segura.

## P42 - Pioderma gangrenoso do pénis pós-circuncisão – um desafio diagnóstico

Ana Maria Lé<sup>1</sup>, M Nogueira<sup>1</sup>, S Mesquita<sup>2</sup>, A Coelho<sup>3</sup>, G Cunha Velho<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal

<sup>2</sup> Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal

<sup>3</sup> Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal

O pioderma gangrenoso é uma dermatose inflamatória neutrofilica e, habitualmente, caracteriza-se clinicamente como uma papulopústula que evolui para úlcera dolorosa, de progressão rápida. Atinge mais frequentemente os membros inferiores, mas pode ocorrer em qualquer área do tegumento, podendo ter como fatores desencadeadores fármacos ou trauma - fenómeno de patergia. O atingimento do pénis está raramente descrito, podendo ter uma clínica mais atípica e ser confundido com outras entidades, atrasando o diagnóstico e terapêutica. Apresentamos o caso de um doente do sexo masculino, de 64 anos de idade, com antecedentes de dislipidemia e fimose adquirida, que motivou seguimento pela Urologia e circuncisão. Uma semana após a cirurgia, recorreu ao serviço de urgência de Urologia por uma lesão extremamente dolorosa na região do pénis, tendo sido medicado com antibioterapia oral, tópica e cicatrizantes. Manteve progressão do quadro e, uma semana depois, objetivou-se área de ulceração irregular com 1.5 cm, com focos de fibrina, limitada à metade direita da glande, colocando-se a hipótese de lesão traumática. Em reavaliação após 4 dias, verificou-se área dolorosa, ulcerada, com 2.5 cm de maior eixo, já com extensão bilateral peri-meato. Realizado estudo analítico incluindo rastreio de doenças sexualmente transmissíveis, sem alterações. A biópsia cutânea revelou ulceração de fundo com acentuada inflamação com predomínio de neutrófilos, e bordo com inflamação neutrofilica perivascular e sem lesões de interface. Enviado tecido para microbiologia, com isolamento de *Acinetobacter baumannii* - interpretado como contaminação. Iniciou tratamento com prednisolona 0.5 mg/kg/dia, sem queixas algicas e sem progressão da lesão 1 semana depois, e com reepitelização quase total em 1 mês. No presente caso, o local de atingimento e o contexto pós-operatório levaram à consideração de outros diagnósticos diferenciais - úlcera traumática, úlcera infecciosa, eritema pigmentado fixo, líquen plano erosivo-, mas o alto índice de suspeição foi essencial para o diagnóstico e tratamento atempados.

## P43 - Síndrome de Sweet: um desafio diagnóstico

Catarina Cerqueira<sup>1</sup>, A. G. Lopes<sup>1</sup>, C. M. Nogueira<sup>1</sup>, M. J. Guimarães<sup>1</sup>, C. Araújo<sup>1</sup>, C. Brito<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Braga

A síndrome de Sweet é uma dermatose neutrofilica rara, cuja etiopatogenia ainda não é totalmente conhecida. Caracteriza-se por pápulas e placas edematosas, eritematosas, dolorosas mas não pruriginosas. Os locais mais comumente afetados são a face, pescoço, tronco superior e membros superiores. Outras alterações como febre, leucocitose periférica, artralgia, mialgia, cefaleia, acometimento ocular, oral e de órgãos internos podem ocorrer. Associa-se, em cerca de 50% dos casos, a outras patologias como doenças infecciosas, inflamatórias, auto-ímmunes e, sobretudo, neoplásicas (20 a 25%).

Apresentamos o caso clínico de um homem de 47 anos, saudável, sem medicação habitual, acompanhado em consulta de Medicina Interna por quadro de lesões cutâneas, dispersas pelo pescoço, tronco e membros,

astenia, hipersudorese noturna e artralguas de carácter inflamatório, com 2 meses de evolução. Foi medicado com prednisolona 60 mg/dia, com melhoria das artralguas e resolução das lesões cutâneas, porém, com a redução da dose de prednisolona para 20 mg/dia teve reaparecimento das lesões cutâneas, assim como dos sintomas sistémicos. Do estudo realizado, nomeadamente tomografia computadorizada (TC) toraco-abdominopélvica, serologias infecciosas, marcadores de auto-ímmunidade, hemoculturas e pesquisa de micobactérias no sangue e urina, destaca-se apenas um teste IGRA (Interferon Gamma Release Assay) positivo. Por suspeita de tuberculose cutânea foi referenciado a consulta de Dermatologia, onde foram observadas pápulas e placas eritematosas, dolorosas ao toque, dispersas pelo pescoço, tronco e membros superiores e uma temperatura auricular de 38.5°C. Foi realizada biópsia cutânea, que revelou uma dermatose neutrofilica, compatível com a hipótese clínica de Síndrome de Sweet. Duas semanas após, o doente teve resolução completa das lesões cutâneas e dos sintomas sistémicos.

## P44 - Fenómeno de Koebner em doentes sem dermatose pré-existente

Diana Bernardo<sup>1</sup>, M. Luz<sup>1</sup>, A. Azevedo<sup>1</sup>, G.C. Velho<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Relatamos dois casos clínicos de psoríase despoletada por fenómenos de Koebner estereotipados, na ausência de dermatose pré-existente. O primeiro caso refere-se a um homem de 19 anos, previamente saudável, com história familiar de psoríase. Referenciado por surgimento de pápulas eritematodescamativas confluentes em grandes placas que recobriam toda extensão do dorso e face posterior dos membros inferiores, muito bem delimitadas lateralmente e poupando estritamente a área dos calções. Duas semanas antes teve episódio de queimadura solar de 1º grau na mesma distribuição. Quadro clinicamente compatível com psoríase guttata e em placas, precipitado pela queimadura solar. O segundo caso é referente a uma mulher de 38 anos, saudável, sem antecedentes familiares de relevo e sem medicação crónica. Cerca de 1 mês após retirar ortótese de gesso por fratura do tornozelo direito, surgiram placas eritematosas arredondadas, com escama seca central amarelada e descamação em pequenos retalhos à periferia, não pruriginosas ou dolorosas, dispersas por toda a extensão da perna e pé direitos. Posteriormente surgiram lesões semelhantes infracentimétricas ao nível da coxa ipsilateral, algumas das quais apresentavam escama prateada central. Foi realizada biópsia cutânea, cujo resultado foi compatível com o diagnóstico de psoríase. Ambos os doentes foram medicados com uma associação de betametasona e calcipotriol em espuma, com controlo da dermatose. O fenómeno isomórfico de Koebner traduz-se pelo surgimento de novas lesões cutâneas de uma dermatose pré-existente em áreas de pele saudável, após uma lesão/traumatismo local. Os casos apresentados retratam a particularidade de não existir um diagnóstico prévio de psoríase e do fenómeno de Koebner representar a manifestação clínica inaugural da doença.

## MANIFESTAÇÃO DE DOENÇA SISTÉMICA

## P45 - Dermite granulomatosa neutrofilica em paliçada associada a artrite reumatoide

João Teixeira<sup>1</sup>, J. Xará<sup>1</sup>, C. Duarte<sup>2</sup>, J. C. Cardoso<sup>1</sup>, M. Gonçalves<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

<sup>2</sup> Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

<sup>3</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

A dermatite granulomatosa neutrofilica em paliçada (DGNP) é uma dermatose inflamatória rara de etiologia desconhecida que geralmente se manifesta como pápulas ou placas cor de pele a eritematosas nas extremidades. A DGNP ocorre habitualmente em associação com doença sistémica, particularmente, artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistémico. O prognóstico é favorável, com resolução espontânea ou após

controle da doença de base na maioria dos casos. Relatamos o caso de uma mulher de 70 anos, natural do Brasil, com antecedentes de artrite reumatoide seropositiva com 10 anos de evolução atualmente medicada com metotrexato 25mg subcutâneo semanal e tocilizumab. Referenciada a consulta de Dermatologia por dermatose assintomática localizada aos cotovelos com 2 anos de evolução. Ao exame objetivo eram notórias múltiplas pápulas e nódulos eritematovioláceos, outros subcutâneos, de consistência duro-elástica e móveis, distribuídos de forma grosseiramente simétrica nos cotovelos. Foram colocadas as hipóteses de nódulos reumatóides, dermatite intersticial granulomatosa e dermatite granulomatosa neutrofílica em paliçada, tendo sido realizada biópsia cutânea incisional. A histologia revelou um infiltrado granulomatoso intersticial com atrofimento de toda a espessura da derme, acompanhado de ocasionais neutrófilos em carioclasia e degenerescência do colágeno, com deposição de material basófilo filamentosos. A correlação clinicopatológica estabeleceu o diagnóstico de dermatite granulomatosa neutrofílica em paliçada. Na consulta de seguimento, 6 meses após início de tocilizumab endovenoso, com controle da atividade da doença do ponto de vista reumatológico, objetivou-se resolução completa das lesões cutâneas. Contudo, após 18 meses, foi novamente referenciada por reaparecimento da dermatose, agora com menor extensão embora ocasionalmente dolorosa. Foi medicada com clobetasol pomada e recomendada vigilância clínica. Este caso clínico pretende relembrar a associação entre artrite reumatoide e dermatoses neutrofílicas, nomeadamente a dermatite granulomatosa neutrofílica em paliçada, e o papel do Dermatovenereologista no diagnóstico e abordagem terapêutica destas entidades.

## P46 - Calcinose cutânea como achado inicial de doença sistémica

César Magalhães<sup>1</sup>, M. Costa<sup>1</sup>, J. Matos<sup>1</sup>, A. Rosca<sup>1</sup>, A. César<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CHVNG/E – Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

<sup>2</sup>Hospital CUF Trindade

### CASO CLÍNICO

A calcinose cutis consiste na deposição de sais de cálcio insolúveis no tecido cutâneo ou subcutâneo. A calcinose cutânea pode ter várias etiologias e suas manifestações clínicas variam amplamente. As doenças autoimunes são uma das principais etiologias.

Descrevemos um caso de uma mulher com esclerose sistémica cutânea limitada (lcSSc) em que a primeira manifestação clínica da doença foi a calcinose cutânea distrófica. Trata-se de uma mulher de 44 anos, sem antecedentes de relevo, que se apresentou com lesões cutâneas de 4 anos de evolução. Apresentava pápulas e nódulos endurecidos na região dos joelhos e, associadamente, escassas telangiectasias na face e no vermelhão dos lábios. Foram realizadas uma radiografia e uma biópsia cutânea que foram compatíveis com o diagnóstico presuntivo. Do estudo analítico destacou-se positividade de anticorpos antinucleares e anticorpos anti-centrómero B. Na manometria evidenciou-se uma motilidade esofágica ineficaz e nas provas de função respiratória uma ligeira diminuição da difusão alvéolo-capilar do CO. Durante o seguimento, iniciou fenómeno de Raynaud. A calcinose cutânea distrófica pode ser um dos primeiros sinais ou mesmo o primeiro sinal da doença, podendo preceder as outras manifestações clínicas em meses a anos. Apresenta-se particularmente associada à variante limitada, sendo que muitos destes doentes apresentam manifestações da síndrome CREST (calcinose cutânea, fenómeno de Raynaud, dismotilidade esofágica, esclerodactilia e telangiectasia). Este caso vem demonstrar a importância da Dermatologia no auxílio diagnóstico de doenças sistémicas potencialmente graves e a relevância dos achados cutâneos para o seu diagnóstico.

## P47 - Carcinoma da Mama: diagnóstico a partir da pele

Carlos M. Nogueira<sup>1</sup>, C. Cerqueira<sup>1</sup>, A. G. Lopes<sup>1</sup>, M. J. Guimarães<sup>1</sup>, T. Pereira<sup>1</sup>, J. Gomes<sup>1</sup>, C. Brito<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Braga

Relatamos o caso de uma doente de 55 anos, sem antecedentes pessoais de relevo, referenciada à consulta de Dermatologia por uma erupção cutânea

com duas semanas de evolução. À observação, a doente apresentava várias manchas e placas eritematosas de bordos bem delimitados, algumas com consistência dura, na região cervical, mamas e tórax, com vários centímetros de diâmetro. Ao exame objetivo, destacava-se ainda a presença de uma massa de consistência dura profunda na mama direita. Foi realizada biópsia cutânea de uma das lesões e pedida mamografia: a mamografia apresentava achados categorizados como BI-RADS 5 e a biópsia era compatível com metastização cutânea de carcinoma da mama, tendo permitido o diagnóstico de neoplasia da mama em estadio IV.

No sexo feminino, a principal causa de metástases cutâneas são as neoplasias da mama, que poderão surgir em cerca de 23.9% dos casos. Não obstante, na grande maioria dos casos, estas lesões são posteriores ao diagnóstico e tratamento inicial, refletindo progressão de doença. Quando presentes, conferem um prognóstico particularmente reservado. As metástases cutâneas enquanto manifestação inaugural de neoplasia da mama são pouco frequentes, destacando-se ainda neste caso a evolução aguda das lesões. Este caso ilustra o papel que o dermatologista pode ter no diagnóstico de doenças sistémicas e oncológicas, bem como a possível evolução rápida de um quadro de metastização cutânea.

## ONCOLOGIA

## P48 - Erupção mamária erisipeloide numa doente transplantada renal

Francisco Martins<sup>1</sup>, D. Flor<sup>1</sup>, J. Xará<sup>1</sup>, A. Martins<sup>1</sup>, J. C. Cardoso<sup>1</sup>, M. M. Brites<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Foi pedida a colaboração da Dermatologia na avaliação de uma doente transplantada renal de 66 anos, internada no serviço de Nefrologia por pielonefrite do enxerto, por história de sinais inflamatórios na mama esquerda com duas semanas de evolução e sem cedência à antibioterapia de largo espetro. A doente referia astenia, mas negava outros sintomas sistémicos.

Como antecedentes relevantes, tinha diabetes mellitus do tipo 2 com lesão de órgão-alvo (nomeadamente doença renal crónica terminal com necessidade de transplante) e carcinoma de células de Merkel do punho esquerdo (tendo sido realizada excisão completa e radioterapia local regional no ano anterior, não havendo evidência de doença em PET realizada 5 meses antes). Estava medicada com tacrolimus, prednisolona e insulina.

Ao exame físico, eram identificáveis sinais inflamatórios na mama esquerda, que se associavam a edema infiltrativo da zona circundante e a zonas ulceradas. Era palpável uma massa firme e pouco móvel no quadrante supero-externo, que correspondia ecograficamente a uma coleção hipocogénica de 7cm. A punção aspirativa desta lesão e uma biópsia cutânea revelaram infiltração por carcinoma de células de Merkel. Foi, por este motivo, realizada nova PET, que confirmou extensa metastização ganglionar regional, associada já a lesões ósseas e pulmonares.

O carcinoma de células de Merkel é um tumor neuroendócrino cutâneo agressivo, sendo a imunossupressão sistémica em contexto de transplantação renal o fator de risco mais relevante nesta doente. A metastização erisipeloide para a pele da mama é incomum e mimetiza tanto quadros infecciosos como tumores primários da mama, podendo atrasar o diagnóstico. O tratamento da doença avançada inclui esquemas de quimioterapia combinada, mas o prognóstico é globalmente desfavorável. Neste caso, foi feita uma tentativa de tratamento sistémico com carboplatina e etoposídeo, que a doente não tolerou. Por este motivo, foi proposto tratamento de suporte em coordenação com os Cuidados Paliativos.

## P49 - Carcinoma Sebáceo Extraocular Esporádico: uma entidade incomum

Patrícia Amoedo<sup>1</sup>, P. Matos<sup>1</sup>, AR Coelho<sup>2</sup>, M Costa-Silva<sup>1</sup>, MJ Cruz<sup>1,3</sup>, F Azevedo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia do Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

<sup>2</sup> Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

<sup>3</sup> Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e CENTESIS, Porto, Portugal

#### Introdução

O carcinoma sebáceo (CS) é um tumor aneural raro e agressivo, que surge principalmente na região periocular, podendo ser uma manifestação de síndrome de Muir-Torre (SMT).

#### Caso clínico

Uma mulher de 82 anos, com história de hipertensão e dislipidemia, foi enviada ao serviço de urgência por nódulo de crescimento rápido no ombro esquerdo. Negava história pessoal ou familiar de neoplasias cutâneas ou viscerais e os rastreios oncológicos estavam atualizados. Ao exame objetivo, observava-se nódulo exofítico, violáceo, de superfície lisa, com crosta amarela central. Não apresentava outras lesões cutâneas nem linfadenopatias palpáveis. Foi realizada exérese cirúrgica e o exame histológico mostrou uma neoplasia de padrão sólido, em lóbulos, constituída por células de citoplasma microvacuolizado, red oil O-positivas, com expressão de p40, MSH2 e MSH6, achados compatíveis com o diagnóstico de CS. Foi realizado o alargamento das margens cirúrgicas, que não mostrou neoplasia remanescente e no estudo imagiológico também não se identificaram lesões secundárias.

#### Discussão

O CS é um tumor aneural raro, com altas taxas de recorrência local e metastização à distância. Esta neoplasia pode surgir em qualquer local com glândulas sebáceas, no entanto, cerca de 75% dos casos ocorrem na região periocular, principalmente nas pálpebras. Os CS extra-oculares localizam-se principalmente na cabeça e pescoço, sendo outras localizações raras. Clinicamente apresenta-se tipicamente como um nódulo solitário, rosa ou amarelo, sendo frequentemente confundido com condições benignas como chalázio ou outras neoplasias, como carcinomas basocelular e espinocelular. Também do ponto de vista histopatológico pode ser difícil de diferenciar de outros tumores, sendo necessário um painel imunohistoquímico alargado.

O CS pode ser esporádico ou surgir como uma manifestação da SMT, uma doença hereditária autossómica dominante, resultante de mutações em genes de reparação do DNA, como MSH2, MLH1 ou MSH6, que predisõem ao aparecimento de neoplasias cutâneas e viscerais. Neste caso, a apresentação tardia e ausência de história pessoal e familiar de outras neoplasias sugerem um tumor esporádico, motivo pelo qual não foi realizado estudo genético. O tratamento de escolha para o CS é a excisão com margens alargadas ou cirurgia micrográfica de Mohs, não existindo consenso relativamente à necessidade de biópsia de gânglio sentinela ou terapias adjuvantes. Sendo esta uma neoplasia potencialmente agressiva é fundamental fazer um diagnóstico precoce, o que é particularmente difícil em apresentações atípicas como a deste caso.

## P50 - Angiossarcoma cutâneo da face e carcinoma de células renais: uma associação incomum

Pedro Rolo de Matos<sup>1</sup>, G. Rosa<sup>1</sup>, B. Granja<sup>1</sup>, M. Silva<sup>1</sup>, C. Leal<sup>2</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar e Universitário de São João, Porto, Portugal

<sup>2</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de São João, Porto, Portugal

O angiossarcoma é um tumor raro, sendo o angiossarcoma cutâneo a forma mais comum. É com maior frequência idiopático, podendo também estar associado a linfedema crónico ou exposição prévia a radiação. Tem maior incidência em homens a partir dos 70 anos. A cabeça e pescoço são as localizações mais frequentes, sendo rara a sua ocorrência no tronco ou extremidades.

Descrevemos um caso de um doente de 93 anos, sem antecedentes relevantes nomeadamente radioterapia, avaliado por lesão na hemiface esquerda com um ano de evolução e crescimento progressivo. Observava-se uma placa purpúrica pouco infiltrada na região do arco mandibular com cerca de 8 cm, sem hemorragia ou ulceração. Foi realizada biópsia que mostrou canais vasculares irregulares anastomosados na derme, revestidos por endotélio com atipia citológica acentuada. No estudo

imunohistoquímico observou-se expressão de CD31, CD34e e podoplanina nas células endoteliais atípicas. Estas características foram sugestivas de angiossarcoma. Foi pedida uma TC para estadiamento, que não mostrou adenomegalias ou metástases, contudo no polo superior do rim esquerdo observou-se nódulo sólido, com captação heterogénea de contraste, traduzindo provável carcinoma de células renais (incidentaloma).

O doente foi encaminhado para a consulta de sarcomas do IPO do Porto (centro de referência nesta patologia) e para Urologia.

O angiossarcoma surge como mancha ou placa vinosa simulando uma equimose. À medida que o tumor progride, desenvolvem-se nódulos violáceos que sangram facilmente com risco de ulceração. O diagnóstico diferencial inclui o hemangioma capilar, o sarcoma de Kaposi, o hemangioendelioma epitelióide e o hemangiopericitoma, excluindo-se estas hipóteses com base no contexto clínico e avaliação histopatológica. O tratamento pode incluir excisão cirúrgica com margem ampla, quimioterapia ou radioterapia. O prognóstico é mau, com uma sobrevida aos 5 anos inferior a 30% na maioria dos estudos. Este caso demonstra a importância de considerar este diagnóstico perante uma lesão vinosa persistente num idoso.

## P51 - Hematoma na face em doente anticoagulado - há mais do que se vê à primeira vista?

Beatriz F. Vilela<sup>1</sup>, I. Aparício Martins<sup>1</sup>, A. João<sup>1</sup>, J. M. Neves<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia, Hospital de Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa

O angiossarcoma é um tumor maligno raro e agressivo originado das células endoteliais. O objetivo principal deste trabalho é fornecer insights sobre o diagnóstico, estratégias de tratamento e prognóstico associados a esta patologia.

Apresenta-se um caso clínico de um doente de 86 anos, sob medicação anticoagulante e antiagregante, que se apresentou com um aparente hematoma na hemiface direita. O doente recorreu ao Serviço de Urgência e foi inicialmente avaliado pela especialidade de Otorrinolaringologia. Relatava o aparecimento de um pequeno hematoma na hemiface direita há cerca de 2 semanas, com aumento gradual das dimensões e atingimento do pavilhão auricular. Referia ainda queixas de zumbido bilateral de longa duração e episódios recorrentes de tonturas há mais de 2 meses. A otoscopia não revelou alterações e não foram observadas petéquias na cavidade oral ou nas extremidades. Sem história de trauma. O doente foi encaminhado ao serviço de Dermatologia para observação. Observou-se hematoma nas regiões pré-auricular, retro-auricular e temporal direitas, com infiltração mínima e ausência de dor à palpação. Recomendou-se a suspensão da antiagregação e foram solicitados exames laboratoriais que demonstraram coagulação normal. Na consulta de reavaliação, 2 semanas depois, a lesão apresentava maior infiltração. Foi realizada biópsia cutânea, que confirmou o diagnóstico de angiossarcoma, evidenciando a natureza agressiva do tumor. O paciente foi submetido a uma abordagem multidisciplinar para avaliar as melhores opções terapêuticas.

O angiossarcoma apresenta desafios diagnósticos devido à sua raridade e apresentação clínica variável. A consideração das comorbidades, estado funcional e tolerabilidade ao tratamento é crucial. A deteção precoce e a abordagem multidisciplinar são fundamentais para melhorar o prognóstico.

## P52 - Impacto da exposição ocupacional a radiação U.V. no desenvolvimento de Carcinomas Espinocelulares

Ana Sofia Pinela<sup>1</sup>, A. Cunha<sup>2</sup>, T. Martinho<sup>1</sup>, A. Monteiro<sup>3</sup>, J. Alves<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Saúde Ocupacional, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.

<sup>2</sup>Serviço Saúde Ocupacional, Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

<sup>3</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia, Hospital Garcia de Orta, E.P.E.

INTRODUÇÃO: Mais de 500 milhões de pessoas trabalham ao ar livre por longos períodos, com significativa exposição solar e consequentemente a radiação Ultravioleta (U.V.). A radiação U.V. contribui para o aparecimento



de 65-90% dos cânceros de pele. Etiologicamente, os carcinomas espinocelulares (CEC) relacionam-se com exposição cumulativa à radiação U.V., muitas vezes decorrente da atividade ocupacional.

**OBJETIVO:** Identificar numa amostra de pacientes com o diagnóstico anatomopatológico de CEC, seguidos em consulta de Dermatologia, quais as suas atividades profissionais, caracterizar a exposição solar ocupacional e a relação com o desenvolvimento de CEC.

**MATERIAL E MÉTODOS:** Integraram este estudo 105 pacientes com diagnóstico anatomopatológico de CEC em 2022 seguidos em consulta de Dermatologia num hospital central. A colheita de dados realizou-se pela consulta de processos clínicos e por entrevistas telefónicas. Foi efetuada análise estatística descritiva e aplicaram-se os testes estatísticos: X2, Teste exato de Fisher, T Student e Regressão logística.

**RESULTADOS:** Da amostra, 84,8% apresentam fototipo I e II e 50,5% tiveram exposição solar significativa associada às atividades das profissões de agricultura (22,9%), construção civil (17,1%), condução de veículos (11,4%), limpeza e trabalhos domésticos (12,4%). A média de idades no diagnóstico de CEC é de 79,3 anos. Por cada ano de exposição ocupacional a radiação U.V., o risco de CEC aumentou em 1,18 (IC 95% 1.102- 1,272). Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a profissão de costureira e a presença de CEC nos membros superiores ( $p < 0,05$ ).

**DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:** Em Portugal, os CEC podem estar diretamente relacionados com a ocupação profissional. Este estudo evidencia o impacto da exposição ocupacional à radiação U.V. no aparecimento de CEC e a necessidade de investimento em medidas de prevenção e promoção de saúde dos trabalhadores expostos em colaboração com a Dermatologia.

### P53 - Fibroxantoma atípico: um caso de metastização

Diogo de Sousa<sup>1</sup>, L. Sun<sup>1</sup>, C. Brazão<sup>1</sup>; J. Pedro-Vasconcelos<sup>1</sup>; L. Soares-Almeida<sup>1,2</sup>; P. Filipe<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Lisboa

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa

<sup>3</sup>Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa

O fibroxantoma atípico (FA) é um tumor cutâneo raro, constituído por células fusiformes, característico da cabeça e pescoço em doentes do sexo masculino. Apesar das características histológicas clássicas de uma neoplasia agressiva, o FA classicamente caracteriza-se por uma baixa agressividade clínica, com uma taxa de metastização reportada de 0.95%.

Apresentamos um caso de um doente do sexo masculino, de 80 anos, fototipo II de Fitzpatrick, com seguimento em consulta de Dermatologia por queratoses actínicas da face, que recorreu a consulta por aparecimento de tumor na região pré-auricular esquerda, com 6 meses de evolução, e de crescimento progressivo. Ao exame objetivo era possível observar um tumor exofítico com cerca de 15mm de maior eixo, friável, e sangrante, na região pré-auricular esquerda. O tumor foi excisado com margens livres. Histologicamente a amostra era caracterizada por células fusiformes, pleomórficas, em distribuição estoriforme, com incontáveis mitoses atípicas. O estudo imunohistoquímico revelou intensa positividade para CD10, sendo negativo para AE1/AE3, BerEP4, Melan-A, PRAME e SOX10. O índice proliferativo era muito alto (Ki-67>90%). A tomografia axial computadorizada de estadiamento revelou um nódulo heterogéneo na vertente posterior do lobo superficial da parótida esquerda, suspeito de traduzir metastização. A biópsia do nódulo foi compatível com FA. O doente foi proposto para radioterapia terapêutica dadas as comorbilidades e o risco cirúrgico inerente à realização de uma parotidectomia. A resposta terapêutica não foi avaliada pelo óbito do doente por causas não oncológicas.

A metastização dos FA é um fenómeno raro, com poucos casos descritos na literatura. Os locais mais comuns de metastização local são a parótida e as cadeias ganglionares cervicais, sendo a metastização à distância mais comum para o pulmão. O tratamento cirúrgico é recomendado como primeira linha, tanto no tumor primário como lesões metastáticas, estando a radioterapia reservada para casos sem condições cirúrgicas.

McClure E, Carr MJ, Patel A, Hussain Naqvi SM, Kim Y, Harrington M, Cruse W, Gonzalez RJ, Sondak VK, Sarnaik AA, Messina JL, Zager JS. Atypical Fibroxanthoma: Outcomes from a Large Single Institution Series. Cancer

Control. 2023 Jan-Dec;30:10732748231155699. doi: 10.1177/10732748231155699. PMID: 36764930; PMCID: PMC9926370.

Wang WL, Torres-Cabala C, Curry JL, Ivan D, McLemore M, Tetzlaff M, Zembowicz A, Prieto VG, Lazar AJ. Metastatic atypical fibroxanthoma: a series of 11 cases including with minimal and no subcutaneous involvement. Am J Dermatopathol. 2015 Jun;37(6):455-61. doi: 10.1097/DAD.000000000000237. PMID: 25590287.

Polcz MM, Sebaratnam DF, Fernández-Peñas P. Atypical fibroxanthoma management: Recurrence, metastasis and disease-specific death. Australas J Dermatol. 2018 Feb;59(1):10-25. doi: 10.1111/ajd.12646. Epub 2017 Aug 17. PMID: 28815551.

### P54 - Carcinoma basocelular em nevo epidérmico verrucoso

António Magarreiro Silva<sup>1</sup>, J. A. Ramos<sup>1</sup>, A. M. António<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia, Hospital Garcia de Orta, Almada

Doente de 52 anos de idade, sexo feminino, com seguimento em consulta de Dermatologia por antecedentes de melanoma maligno do dorso, estadio IB e carcinoma basocelular da perna esquerda, completamente excisado. Observava-se um nevo epidérmico verrucoso no flanco direito do tórax, presente desde a infância. No centro da lesão, de aparecimento nos últimos meses, observava-se uma pápula brilhante, perolada, com vasos telangiectásicos, com cerca de 1cm de diâmetro. Colocou-se a hipótese diagnóstica de carcinoma basocelular, tendo realizado excisão cirúrgica, cujo resultado histológico confirmou o diagnóstico (subtipo nodular) e a exérese total.

Os nevos epidérmicos verrucosos são hamartomas congénitos benignos da pele, compostos por queratinócitos. Ao contrário de outros tipos de lesões como os nevos sebáceos, onde existe um risco bem conhecido de desenvolvimento de neoplasias cutâneas secundárias, existem poucos casos descritos de neoplasias cutâneas com origem em nevos verrucosos, a maior parte referentes a carcinomas pavimentocelulares. Estudos moleculares mostraram a existência e papel etiopatogénico de mosaicismos dos genes FGFR3 e PIK3CA nos nevos epidérmicos verrucosos, ambos com potencial oncogénico. No entanto, a muito baixa prevalência destes casos sugere que se possa tratar apenas de uma coincidência.

### P55 - Nem tudo é o que parece: tumor de colisão

Catarina Cerqueira<sup>1</sup>, A. G. Lopes<sup>1</sup>, C. M. Nogueira<sup>1</sup>, M. J. Guimaraes<sup>1</sup>, C. Araújo<sup>1</sup>, C. Brito<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Braga

A coexistência de duas ou mais neoplasias, benignas ou malignas, na mesma lesão cutânea é designada tumor de colisão. Várias associações têm vindo a ser descritas, sendo mais comuns as associações entre carcinoma basocelular e nevo melanocítico e carcinoma basocelular e queratose seborreica. Quando ocorre a associação de dois tumores malignos os mais comumente associados são o melanoma maligno e o carcinoma basocelular.

Apresentamos um caso de um doente de 70 anos, do sexo masculino, fototipo II, com antecedentes de adenocarcinoma da próstata com metastização óssea, hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade, referenciado à consulta de Dermatologia por lesão morfeiforme na vertente nasal direita com 2 anos de evolução. À observação apresentava uma lesão eritematosa, com bordos mal definidos, com crosta amarelada, com cerca de 1 cm de diâmetro. Foi realizada biópsia cutânea incisional da lesão que revelou um carcinoma basocelular com padrão infiltrativo morfeiforme. Foi realizada exérese total da lesão cujo exame histológico revelou pele com queratose actínica, carcinoma basocelular multicêntrico e foco com carcinoma espinocelular bem diferenciado. Os tumores de colisão consistem em dois tumores independentes, anatomicamente próximos, contudo separados um do outro por uma fronteira bem definida. Alguns autores defendem estas ocorrências como coincidência, enquanto outros acreditam nos efeitos parácrinos de um tumor sobre populações próximas de células, induzindo a formação de um outro tumor. A associação de queratose actínica, carcinoma basocelular e carcinoma espinocelular na mesma lesão cutânea é rara.

Revista SPDV 75(2) 2017; Tumor de Colisão – Um Desafio Diagnóstico; Alexandre Miroux Catarino, Maria Goreti Catorze, Ângela Pereira, Isabel Viana.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6508484/>

## QUERATINIZAÇÃO

### P56 - Pitiríase rotunda: manifestação cutânea de doença sistêmica?

Inês Aparício Martins<sup>1</sup>, M. Brito Caldeira<sup>1</sup>, A. João<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenereologia, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

A pitiríase rotunda (PR) é um distúrbio adquirido da queratinização que se caracteriza pela presença de placas ictiosiformes circulares, de limites bem definidos, localizadas tipicamente no tronco e extremidade proximal dos membros. Apesar da sua fisiopatologia ser desconhecida, a PR tem sido associada a várias doenças sistêmicas.

Doente do sexo feminino, 61 anos, natural da Guiné-Bissau, com dermatose assintomática com 7 anos de evolução e afeção predominante da extremidade proximal dos membros inferiores, glúteos, tronco e axilas. Ao exame objetivo identificava-se uma dermatose disseminada, bilateral e grosseiramente simétrica, caracterizada por múltiplas placas hiperpigmentadas circulares, finas, de limites bem definidos e escama ictiosiforme. Nas axilas, região lombar e extremidade proximal das coxas as placas eram confluentes, esboçando arranjo policíclico. A biópsia cutânea revelou epiderme acantósica com hipogranulose e hiperqueratose compacta, espongióse pitiriasiforme com exocitose de linfócitos e células de Langerhans e excluiu a presença de agentes infecciosos, nomeadamente fungos. Assim, com base nos achados clínicos e histopatológicos, foi estabelecido o diagnóstico de PR. Solicitou-se estudo analítico e rastreio oncológico adequado à idade, para estudo de patologia sistêmica subjacente. Foi diagnosticada hepatite B crónica e requisitado doseamento de alfafetoproteína e ecografia abdominal, para exclusão de carcinoma hepatocelular. Iniciou tratamento com queratolítico e retinóide tópicos, com melhoria modesta após 3 meses.

A PR é uma dermatose rara, com a maioria dos casos reportados no Japão, África do Sul e Sardenha. No caso descrito, a presença de lesões circulares, com escama ictiosiforme e sem infiltração, evoca o diagnóstico. A hepatite B crónica concomitante, alerta para a possível associação da PR com doenças sistêmicas. De facto, o diagnóstico de PR tem vindo a ser associado a neoplasias, infeções e desnutrição, o que reforça o seu enquadramento como manifestação cutânea de doença sistêmica.

## REAÇÃO CUTÂNEA ADVERSA A FÁRMACO

### P57 - Eritema Pigmentado Fixo Bolhoso Generalizado como imitador de Síndrome de Stevens-Johnson

Bárbara Vieira Granja<sup>1,2</sup>, P. Amoedo<sup>1</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>, A. Cunha<sup>1,3</sup>, A. Pedrosa<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto

<sup>2</sup>Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

<sup>3</sup>Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução: O eritema pigmentado fixo (EPF) é uma reação cutânea de hipersensibilidade tipo IV a medicamentos que caracteristicamente recorre nos mesmos locais após reexposição ao fármaco culpado. Apresenta-se como mancha(s) ou placa(s) eritemato-violácea(s) que resolvem com áreas de hiperpigmentação. Podem existir recorrências perante reexposição ao fármaco, com aumento da inflamação e risco de eritema pigmentado fixo bolhoso generalizado (EPFBG).

Caso Clínico: Homem de 43 anos, saudável, internado por dermatose

generalizada bolhosa e erosiva com 5 dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava manchas e placas eritemato-violáceas dolorosas, algumas das quais sobrepostas por bolhas flácidas do dorso, cotovelos, nádegas e palmoplantares. Associadamente identificava-se eritema palpebral e exsudado conjuntival, erosões da mucosa oral e genital, sem exsudado uretral ou perianal. Negava febre ou outros sintomas associados. Tinha tomado ibuprofeno 600 mg horas antes do aparecimento das lesões. Referia dois episódios prévios de lesões semelhantes das nádegas e mucosa genital, com menor gravidade, que surgiram 24 a 48 horas após toma do mesmo fármaco. No estudo analítico destacava-se elevação das transaminases (AST 71, N < 37; ALT 79, N < 37; G-GT 234, N < 49) e aumento dos parâmetros inflamatórios (proteína-C-reativa: 117,7 mg/L, N < 3,0; velocidade de sedimentação: 22 mm/1<sup>ª</sup>h, N < 15), sem leucocitose ou disfunção renal. As serologias víricas e o exame bacteriológico das lesões cutâneas não revelaram alterações. No exame histológico evidenciava-se necrose confluyente da epiderme e derme com infiltrado inflamatório mononucleado ligeiro de predomínio perivascular em localização superficial, com participação de eosinófilos. Iniciou prednisolona oral 1 mg/kg/dia com resolução completa do quadro ao 9<sup>º</sup> dia de internamento, mantendo apenas hiperpigmentação no local das lesões. Dois meses após resolução do quadro clínico, foi demonstrada positividade nos testes epicutâneos para o alérgico testado (ibuprofeno) em áreas previamente afetadas, com formação de áreas extensas de exsudação, ulceração e erosão. Foi aconselhado ao doente a evicção total do fármaco culpado e outros com potencial reação cruzada.

Discussão: Dada a gravidade do envolvimento cutâneo e mucoso no EPFBG, o diagnóstico diferencial com Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) pode ser difícil. Também as características histopatológicas podem não ser diferenciadoras. Relativamente ao SSJ, o EPFBG tem um início mais rápido (1-24 horas) após exposição ao fármaco culpado, cursa com menor envolvimento sistémico e a evolução clínica é geralmente favorável, com resolução rápida em 7 a 14 dias após a descontinuação do medicamento agressor. A existência de história de lesões recorrentes nos mesmos locais é patognomónica de EPF.

### P58 - Hidradenite Écrina Neutrofílica Associado à Citarabina: Um Caso de Apresentação Atípica

João Soares<sup>1,2</sup>, A. Matos<sup>1</sup>, J. Cardoso<sup>1</sup>, F. Santiago<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC),

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC)

Mulher, de 29 anos, com síndrome mielodisplásica, internada no serviço de hematologia para esquema de indução com citarabina. No 16<sup>º</sup> dia de tratamento foi pedida a observação pela dermatologia por lesões cutâneas dolorosas em ambas as mamas, com 24 horas de evolução. Observavam-se placas eritemato-edematosas, com endurecimento subcutâneo e dor exuberante à palpação, localizadas às mamas bilateralmente. Nos quadrantes inferiores mamários, as lesões adquiriam aspecto telangiectásico. O restante exame objetivo dermatológico era normal. As análises laboratoriais revelaram complicações conhecidas da doença de base e quimioterapia (trombocitopenia  $7 \times 10^9/L$ , leucopenia  $0.7 \times 10^9/L$ ), e intercorrência infecciosa no contexto de neutropenia induzida pela quimioterapia (PCR 7.75mg/dL). A ecografia mamária excluiu coleções e adenopatias. Optou-se por não continuar a quimioterapia e fazer corticoterapia tópica com betametasona pomada. Verificou-se um agravamento da dor e edema e nesse contexto foi realizada biópsia cutânea, tendo o dermocorticoide sido escalado para clobetasol pomada. A biópsia revelou um infiltrado dérmico predominantemente neutrofílico com topografia preferencial peri-écrina, mas sem alterações da epiderme, sugestivo de Hidradenite Écrina Neutrofílica. As lesões melhoraram progressivamente em 2 semanas, com resolução completa, deixando apenas hiperpigmentação pós inflamatória.

Por progressão da doença hematológica, em reunião de decisão terapêutica, optou-se por modificar a quimioterapia para Venetoclax e Azacitidinae em conjunto com alotransplante hematopoiético.

Este caso ilustra uma Hidradenite Écrina Neutrofílica associada à Citarabina com distribuição exclusivamente à região mamária, constituindo uma forma de apresentação pouco habitual.

## P59 - Capecitabina e eritrodisestesia palmo-plantar em doente com mutação do gene DPYD

Filipe Silva Monteiro<sup>1</sup>, C. A. Santos<sup>2</sup>, A. F. Vassalo<sup>2</sup>, J. F. Pedro<sup>2</sup>, T. Ramalho<sup>2</sup>, J. V. Frade<sup>1</sup>, F. Trigueiros<sup>2</sup>, J. Borges-Costa<sup>1</sup>, A. P. de Lacerda<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Clínica Universitária Dermatológica de Lisboa Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE

<sup>2</sup>Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE/ Hospital de Santa Maria

A capecitabina é um profármaco pertencente à classe das flupirimidinas, convertido na sua forma ativa em 5-fluorouracilo pela di-hidropirimidina desidrogenase (DPD). É frequentemente usado na quimioterapia de tumores gastrointestinais ou mama e pode associar-se a efeitos adversos graves, tais como mucosite, eritrodisestesia palmo-plantar e enterocolite, sendo estes mais prevalentes naqueles com défices enzimáticos do seu metabolismo.

Caso clínico: Mulher de 58 anos, fototipo 6, com antecedentes de leucemia linfocítica crónica e adenocarcinoma gástrico de células pouco coesas G3 pT4bN3b, submetida a gastrectomia total, linfadenectomia e quimioterapia adjuvante com capecitabina e oxaliplatina. Recorreu ao serviço de urgência 14 dias depois do primeiro ciclo de quimioterapia com quadro de vómitos, diarreia, mucosite grau 3 caracterizada por edema, eritema e crostas hemorrágicas na mucosa labial e manifestações cutâneas com placas hiperqueratósicas e hiperpigmentadas na face, tronco e membros, com algumas áreas hipopigmentadas. Não tinha descolamento epidérmico, vesículas, bolhas ou lesões em alvo. Nos dias seguintes as lesões evoluíram com descamação acral e resolução da mucosite. Em TAC abdominal foi ainda identificada uma enterocolite extensa e exuberante com insuficiência intestinal que persistiu no internamento e apesar das medidas terapêuticas de suporte, a doente evoluiu desfavoravelmente com progressão da doença neoplásica e falecendo ao fim de 4 meses. Pela reação exuberante à capecitabina foi realizado estudo molecular com identificação da variante c.2846A>T, p.(Asp949Val) no gene DPYD, em heterozigotia, confirmando deficiência em DPD e classificando a doente como metabolizadora intermédia, com risco aumentado de toxicidade a fármacos de fluoropirimidinas.

Apesar de raro, o défice de atividade da DPD na mutação do DPYD aumenta o risco de efeitos adversos graves mucocutâneos com impacto significativo na sobrevida, reforçando a importância de rastrear indivíduos suscetíveis antes do início de tratamentos com capecitabina.

## P60 - Erupção Acneiforme induzida por Amivantamab.

Pedro Simões Farinha<sup>1</sup>, B. Vilela<sup>1</sup>, J. Neves<sup>1</sup>, C. Fernandes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Santo António dos Capuchos, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. Cri Dermatovenereologia

As erupções acneiformes são reações adversas comuns associadas aos inibidores do recetor do *epidermal growth factor receptor* (EGFR). São cada vez mais reconhecidas como efeitos secundários prevalentes dos inibidores da via de sinalização da *mitogen-activated protein kinase* (MEK) downstream do EGFR, especialmente quando usados como monoterapia. O Amivantamab é um anticorpo monoclonal IgG1 bi-específico cujos alvos são os domínios extracelulares do EGFR e *mesenchymal-epithelial transition* (MET).

Este caso é referente a uma doente de 69 anos com antecedentes conhecidos de adenocarcinoma metastático do pulmão em seguimento no departamento de Oncologia. Adicionalmente existe história de tabagismo ativo (50 Unidades Maço Ano) e infeção por VIH, com bom controlo virológico e adesão ao tratamento. Após um ano de quimioterapia e imunoterapia com Carboplatina, Pemetrexedo e Pembrolizumab foi iniciada segunda linha terapêutica com Amivantamab.

Uma semana após o início deste tratamento de segunda linha, apresentou-se ao Departamento de Oncologia com uma dermatose facial caracterizada por eritema facial. Duas semanas depois, foi encaminhada para Dermatologia por agravamento clínico. O exame físico revelou uma dermatose polimorfa que afetava as regiões nasais e malaras do rosto, incluindo sulco nasogeniano, caracterizada por eritema difuso de base com pústulas e pápulas eritematosas foliculocêntricas. Relatou apenas prurido leve e uma sensação

de queimadura. O diagnóstico de erupção acneiforme associada a fármacos foi realizado com base em critérios clínicos, e foi iniciada terapêutica com Prednisolona e Doxiciclina, com resolução quase total passadas 4 semanas. O EGFR tem funções conhecidas na regulação queratinocítica e os inibidores deste recetor, podem induzir uma resposta inflamatória, possivelmente devido a alterações no crescimento e na diferenciação do epitélio folicular, assemelhando-se à fisiopatologia da acne.

Este caso realça a necessidade de diagnóstico precoce destas dermatoses não apenas para o controlo dos sintomas, mas também para garantir a adesão aos tratamentos oncológicos, preservando a qualidade de vida dos pacientes.

## P61 - Pustulose erosiva do couro cabeludo secundária a novos inibidores do EGFR

Diana Bernardo<sup>1</sup>, A. Azevedo<sup>1</sup>, S. Carvalho<sup>1</sup>, G.C. Velho<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António

Apresentamos um caso clínico de um homem de 52 anos com contexto de adenocarcinoma do pulmão estadio VI, incluído num ensaio clínico *open-label*, sob amivantamab [anticorpo IgG humanizado direcionado aos recetores de fator de crescimento epidérmico (EGFR)] e lazertinib [inibidor de tirosina quinase (TKI) antagonista do EGFR], associado à quimioterapia de base (carboplatina e perimetrexedo). Cerca de 1 mês após início do ensaio clínico, inicia quadro caracterizado por múltiplas erosões com drenagem seropurulenta dispersas pelo couro cabeludo, com áreas de alopecia. Adicionalmente, erosões e pústulas predominantemente ao nível da região malar e fronte. Previamente medicado com ácido fusídico e metronidazol tópicos e vários ciclos de minociclina oral, mantendo agravamento do quadro. O exame bacteriológico, micobacteriológico e micológico de tecido foi estéril e a pesquisa de herpesvírus foi negativa. Realizada biópsia cutânea, que foi compatível com dermatose pustulosa erosiva. O doente apresentou resposta favorável e rápida à terapêutica com clobetasol creme e ciclo curto de prednisolona oral, e os fármacos provavelmente implicados foram temporariamente suspensos. Face a esta melhoria, foi iniciado protocolo de tratamento com amivantamab e perimetrexedo, com recidiva da dermatose. A pustulose erosiva do escalpe é uma condição rara que afeta principalmente homens idosos com dermatoheliose do couro cabeludo e que se manifesta por pústulas estéreis e erosões envolvendo grandes áreas do couro cabeludo, que podem cicatrizar com alopecia. Existem alguns casos reportados na literatura de pustulose erosiva do couro cabeludo associada aos TKI antagonistas do EGFR, sobretudo o gefitinib. Reportamos este caso de pustulose erosiva do escalpe num doente sob lazertinib e amivantamab, que apresentou recidiva após reintrodução de amivantamab, corroborando a hipótese de que o EGFR desempenha um papel na patogénese desta patologia.

## P62 - Siderose cutânea após infusão endovenosa de carboximaltose férrica: uma complicação rara

Joana Fazendeiro Matos<sup>1</sup>, C. Queirós<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: A siderose cutânea secundária à administração endovenosa de ferro é uma complicação rara, mas descrita em cerca de 1,6% dos doentes submetidos a este tratamento. A gravidez constitui um fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento de anemia ferropénica, frequentemente com necessidade de suplementação de ferro, por via preferencialmente oral, contudo, por vezes, com necessidade de administração endovenosa, quando refratária.

Descrição do caso: Descrevemos o caso de uma doente do sexo feminino, de 32 anos, grávida de 34 semanas, referenciada à consulta de Dermatologia por hiperpigmentação na fossa antecubital direita de aparecimento súbito 2 meses antes, após infusão endovenosa de carboximaltose férrica por anemia ferropénica refratária ao ferro oral, quando se encontrava na 26ª semana de gravidez. Durante a infusão, por noção de extravasamento, o tratamento foi interrompido, tendo a mancha começado a surgir no final do dia do procedimento, inicialmente interpretada como hematoma traumático, dada dor associada. Ao exame objetivo, na nossa consulta, apresentava uma mancha com cerca de 20 cm, acastanhada, de contornos irregulares, indolor,



localizada na fossa antecubital direita. O diagnóstico final foi de siderose cutânea secundária à infusão de endovenosa de carboximaltose férrica, tendo sido oferecido tratamento com LASER, que a doente recusou por não ter impacto estético significativo, optando-se por estratégia de atitude expectante com vigilância após 1 ano.

Discussão: A relevância deste caso prende-se, sobretudo, com o reconhecimento desta entidade. Previamente à infusão endovenosa de ferro, devem ser explicados os riscos inerentes à técnica. Para além disso, a adoção de uma estratégia preventiva, através da adoção de protocolos de infusão, poderá minimizar a ocorrência destes e outros efeitos laterais.

## TECIDO CONJUNTIVO

### P63 - Elastólise da derme média: uma entidade rara com localização atípica

Joana Vieitez Frade<sup>1</sup>, J. Patrocínio<sup>1</sup>, J. Vasconcelos<sup>1</sup>, L. Soares de-Almeida<sup>1,2,3</sup>, P. Filipe<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa.

<sup>2</sup>Clínica Universitária de Dermatologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa.

<sup>3</sup>Unidade de Investigação em Dermatologia, IMM João Lobo Antunes, Universidade de Lisboa, Lisboa.

A elastólise da derme média é uma entidade dermatológica adquirida rara, que se caracteriza pelo surgimento rugas finas e flacidez cutânea devido à degradação das fibras elásticas presentes na derme média. Esta patologia afeta predominantemente mulheres caucasianas de meia-idade, sendo o tronco, o pescoço e braços as localizações preferencialmente afetadas.

Destacamos o caso de uma doente do sexo feminino, 39 anos, fotótipo V de Fitzpatrick, natural de Cabo Verde, sem antecedentes pessoais relevantes. Foi encaminhada à consulta de Dermatologia por alteração da textura da pele das axilas e virilhas com cerca de 3 anos de evolução e em agravamento progressivo. Negou sintomatologia associada, no entanto referia um impacto psicossocial significativo da dermatose. Ao exame objetivo, verificaram-se pápulas foliculares amareladas, rugas finas e flacidez cutânea nas axilas e virilhas, com formação protusões cutâneas na região inguinal. Foram realizadas biópsias cutâneas, tendo-se verificado alteração da morfologia e diminuição das fibras elásticas da derme média nas colorações de Verhoeff e von Kossa e ausência de depósitos de cálcio. Foi medicada com tretinoína 0,05% creme, no entanto sem melhoria significativa após 6 meses de terapêutica.

Este caso realça a importância do reconhecimento e da abordagem adequada da elastólise da derme média, uma condição cutânea rara com potencial impacto negativo na qualidade de vida dos doentes. A fisiopatologia desta doença ainda não se encontra esclarecida, no entanto julga-se que a exposição à radiação UV, defeitos na síntese das fibras elásticas, autoimunidade ou libertação de elastase pelas células inflamatórias ou fibroblastos possam estar envolvidos. Desta forma, são necessárias mais estudos para a compreensão dos mecanismos subjacentes a esta condição, de forma a desenvolver estratégias terapêuticas dirigidas mais eficazes.

## TUMOR BENIGNO

### P64 - Endometriose umbilical primária

Bárbara Vieira Granja<sup>1,2</sup>, P. Gomes<sup>1</sup>, P. Rolo de Matos<sup>1</sup>, E. Rios<sup>3,4</sup>, F. Azevedo<sup>1</sup>, C. Lisboa<sup>1,4,5</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatologia e Venereologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE, Porto

<sup>2</sup>Departamento de Biomedicina, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto

<sup>3</sup>Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE, Porto

<sup>4</sup>Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto

<sup>5</sup>RISE@ CINTESIS, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto

**Introdução:** A endometriose é uma doença ginecológica benigna na qual o tecido endometrial funcional aparece fora do endométrio e afeta cerca de 10% das mulheres em idade reprodutiva. A cavidade pélvica é o local mais frequentemente afetado, mas cerca de 12% das lesões são extrapélvicas. A endometriose umbilical (EU) é definida como a presença de glândulas endometriais e/ou estroma na pele do umbigo. É uma forma rara de endometriose, representa 0,4–4% das lesões extragenitais e cerca de 0,5–1% de todos os casos de endometriose. As lesões pélvicas coexistem em 35% dos doentes com EU.

**Caso Clínico:** Mulher de 42 anos, nulípara, saudável, foi referenciada à consulta de Dermatologia por lesão umbilical com 4 meses de evolução. Ao exame objetivo apresentava um nódulo eritematoso, bem definido, do umbigo com 1,2 cm. Não existiam antecedentes de cirurgias prévias, gravidez anterior ou toma de contraceptivos hormonais. Negava dor ou prurido, mas referia alteração das dimensões e cor da lesão, de avermelhado a acastanhado ao longo do mês e episódios de hemorragia umbilical coincidentes com o período menstrual. Os cataménios eram regulares, sem dismenorreia ou dor pélvica crónica. No exame histológico evidenciou-se a presença de glândulas e estroma do tipo endometrial na derme, com imunoposição de recetores de estrogénio (RE) e CD10. Foi realizado o diagnóstico de EU e programada cirurgia para excisão total da lesão. A doente foi adicionalmente avaliada na consulta de ginecologia.

**Discussão:** A EU apresenta-se como um nódulo umbilical vermelho, roxo ou acastanhado com 0,5 a 3cm. A dor está presente em 83% das mulheres com EU, os sintomas catameniais (edema, alteração da cor e consistência) em 83,5% e a hemorragia em 50,9% dos casos. Contrariamente à EU secundária, a primária ocorre na ausência de cirurgia prévia e existem várias teorias patogénicas propostas, entre as quais, a migração de células endometriais através da cavidade abdominal, do sistema linfático ou por remanescentes embrionários (útraco ou vasos umbilicais). Perante um nódulo umbilical, especialmente se assintomático, é necessária a exclusão de metástases secundárias (nódulo de *Sister Mary Joseph*), cujo diagnóstico diferencial é histológico. O tratamento recomendado da EU é a excisão cirúrgica. De acordo um estudo recente, a taxa de recidiva pós-cirúrgica é de 4,7% durante um período de *follow up* que variou entre os 3-92,5 meses.

### P65 - Siringocistoadenoma Papilífero Anogenital – Uma Morfologia Enganadora

Madalena Pupo Correia<sup>1,2</sup>, I. Pereira Amaral<sup>1</sup>, I. Soares<sup>1</sup>, S. Fernandes<sup>1,2</sup>, L. Soares de Almeida<sup>1,2</sup>, P. Filipe<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Dermatovenerologia - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte,

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa,

<sup>3</sup>Paulo FilipeLab – Instituto de Medicina Molecular

O siringocistoadenoma papilífero (SCP) é uma neoplasia aneal benigna, rara, que pode ocorrer de forma esporádica ou como tumor secundário sobre um nevo sebáceo de Jadassohn. Surge mais frequentemente na cabeça e pescoço, seguindo-se tronco e extremidades, estando descritos raros casos na região anogenital. A sua etiogénese depende de mutações na via *RAS/MAPK* e/ou de infeção por HPV.

Um homem de 22 anos foi avaliado em dermatologia por uma lesão sagrada, com aumento dimensional recente e hemorragia frequente (manipulações por prurido). Objetivava-se um tumor exofítico de 10x10x10cm, verruciforme, friável e pediculado. O exame histopatológico revelou uma lesão exoendofítica, com arquitetura papilar formada por estruturas tubulares com epitélio de dupla camada, compostas de células luminiais cubóides e colunares. Os ductos invaginavam da epiderme para a derme superficial e identificaram-se áreas de secreção apócrina.

Estabeleceu-se o diagnóstico de SCP sobre nevo epidérmico (clínicamente imperceptível), divergindo da origem em nevos organóides explanada na literatura e expectável para uma neoplasia aneal. Esta singularidade é ainda mais marcante devido à dissociação entre o diagnóstico clínico hipotetizado – tumor de Buschke-Lowenstein - e os achados histopatológicos. Num terceiro plano, existe também uma dissociação clínico-molecular: tumores que mimetizam clinicamente verrugas virais não apresentam DNA de HPV detetável – enquanto outros apresentam DNA de HPV (serótipos de baixo e alto risco). Embora os siringocistoadenomas sejam neoplasias benignas, está

descrito o surgimento de hiperplasia e metaplasia (mucínica e escamosa), bem como malignização em siringocistocarcinoma.

Este caso enfatiza a importância e relevância do exame histopatológico dos tumores da região anogenital no estabelecimento do seu diagnóstico definitivo e determinação da melhor abordagem terapêutica, seguimento e respetivo prognóstico, e corrobora igualmente a importância da estratégia vacinal contra o HPV.

## P66 - Siringomas axilares mimetizando Doença de Fox-Fordyce

Catarina Cerqueira<sup>1</sup>, A. G. Lopes<sup>1</sup>, C. M. Nogueira<sup>1</sup>, M. J. Guimaraes<sup>1</sup>, A. P. Vieira<sup>1</sup>, C. Araújo<sup>1</sup>, C. Brito<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Braga

Os siringomas são tumores anexiais benignos, que derivam dos ductos écrinos da epiderme e ocorrem mais frequentemente durante a puberdade ou na 3ª e 4ª década de vida. Estão geralmente localizados na cabeça e pescoço, especialmente na região peri-orbitária.

Apresentamos o caso de uma adolescente de 14 anos, sem antecedentes de relevo e sem medicação habitual, referenciada à consulta de Dermatologia por aparecimento de múltiplas lesões papulares na região anterior do pescoço e axilas, com cerca de 3 anos de evolução. À observação apresentava pequenas pápulas eritematosas, foliculocêntricas, agrupadas na face anterior do pescoço e região ante-axilar. Foi levantada a hipótese diagnóstica de Doença de Fox-Fordyce, tendo sido medicada com tretinoína 0.5 mg/g em creme, duas vezes por semana, com pouco benefício. Foi realizada biópsia cutânea incisional de lesão da axila esquerda, cujo resultado histológico evidenciou achados morfológicos de siringoma.

Os siringomas são bastante menos comuns nas axilas, abdómen, região genital e membros. Clinicamente apresentam-se como pequenas pápulas cor da pele ou amarelo-acastanhadas. A Doença de Fox-Fordyce é uma dermatose rara que resulta do aprisionamento do suor das glândulas apócrinas, causando inflamação. Clinicamente apresenta-se por pequenas pápulas cor da pele ou eritematosas, foliculocêntricas, associadas a liquenificação e redução ou ausência de transpiração nas axilas, região púbica e/ou em volta dos mamilos. Com este caso pretendemos evidenciar a importância do exame histológico para o diagnóstico dos tumores dos anexos cutâneos.

## Poster institucional



### Avaliação da eficácia e tolerância de uma bruma antivermelhidão em pessoas com rosácea

Maria João Cruz<sup>1</sup>, O.C. García<sup>2</sup>, L.C. Visús<sup>2</sup>, R.A. Allende<sup>2</sup>, N. S.<sup>2</sup>, N.H. Maldonado<sup>2</sup>, A. M. Pablo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro Hospitalar e Universitário de São João,

<sup>2</sup>LETI Pharma, S.L.U., Espanha,

Antecedentes: a rosácea é uma doença inflamatória crónica da pele que aparece no rosto. Os pacientes apresentam frequentemente episódios de *flushing*, um rubor facial transitório acompanhado por uma sensação de calor intensa. Os episódios devem ser monitorizados, uma vez que o seu aparecimento repetitivo pode levar a eritema facial permanente.

Objetivo: avaliação da eficácia e da tolerância da bruma em pessoas com pele sensível com eritrose, couperose e/ou rosácea (subtipo I) sob controlo dermatológico.

Métodos: avaliaram-se 30 mulheres (38-69 anos). O produto foi aplicado, pelo menos, 2 vezes/dia durante 45 dias. Condições de aplicação: limpar o rosto com água micelar, colocar o *spray* a 20/30 cm de distância e vaporizar sobre rosto/pescoço. Quarenta e cinco dias antes do início do estudo, avaliou-se o número e a duração (minutos) dos episódios de *flushing* para posterior comparação após 45 dias de utilização do produto. No D0 e no D45, efetuou-se uma avaliação clínica e instrumental: perda de água transepidérmica (tewameter), vermelhidão (chromameter), hidratação (corneometer), microcirculação sanguínea (flowmeter) e imagens digitais (Fotofinder Vexia). No D45, as voluntárias efetuaram uma autoavaliação, onde se avaliou a tolerância e a comedogenicidade. No D0, antes e depois de uma única aplicação do produto, mediu-se a temperatura da pele.

Resultados e conclusões: as medições instrumentais mostraram melhorias significativas ( $p < 0,0001$ ) da temperatura (-2,9%; -1,1 °C), hidratação (+15,8%), perda de água transepidérmica (-12,9%), vermelhidão (-8,5%) e microcirculação sanguínea (-9,1%). A avaliação clínica mostrou uma melhoria significativa ( $p < 0,05$ ) da reatividade cutânea, da intensidade/extensão do eritema, das telangiectasias, da inflamação, do estado geral da pele e do número de comedões. Observou-se uma diminuição significativa do número (-28,7%) e da duração (-20,5%) dos episódios de *flushing* após 45 dias de aplicação do produto. As voluntárias classificaram a eficácia e a qualidade da bruma como muito boas.



## AGRADECIMENTOS

Às firmas farmacêuticas participantes abaixo mencionadas pelo seu apoio e confiança

**sanofi**

**almirall**  
feel the science

**NOVARTIS**

*Lilly*

**abbvie**

**Pfizer**

**MSD**

**KYOWA KIRIN**

**Boehringer  
Ingelheim**

**edol**  
saúde que se vê

**L'ORÉAL**  
Dermatological Beauty

**GALDERMA**

**LEO**

**cantabria labs**  
celebrate life

**Biogen.**

**MARTI  
DERM**  
LA FORMULA

**Pierre Fabre**

**CAUDALÍE**

**Pierre Fabre  
DERMATOLOGIE**

**EUROIMMUN**

**LETI  
Pharma**

**Janssen**

**medinfar**

**REFERENCE**  
DERMATOLOGIE

**Genové**  
DERMATOLOGICS

**CS**  
Portugal  
PRODUTOS  
FARMACÉUTICOS

**SVR**  
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

**Biolotus**

**URIAGE**  
EAU THERMALE

**Eucerin**

**kenvue**  
(EX JOHNSON&JOHNSON CONSUMER HEALTH)

**ISDIN**  
LOVE YOUR SKIN

**FALCÃO TELES LDA.**

**NAOS**  
BIODERMA  
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE  
INSTITUTE  
ESTHEDERM

**Filsat**

**VIATRIS**

**Mylan**  
A VIATRIS COMPANY

**AstraZeneca**

**laserCare**  
MODAL LASER